

A TRAGÉDIA DA DOENÇA – BASES FENOMENOLÓGICAS DA MEDICINA NARRATIVA

Carlos E Pompilo¹

RESUMO

Este ensaio procura expor o estado patológico como uma reconfiguração de nosso ser-no-mundo, por meio da abordagem fenomenológica do processo do adoecer e utilizando o conceito de *unheimlichkeit* (não-estar-em-casa) (FREUD, 1925, HEIDEGGER, 2012 e SVENAEUS, 1999), cujas consequências imediatas seriam uma apreensão alternativa da facticidade do “mundo da vida” e a possibilidade de reinterpretação da estrutura de significação na qual estamos inseridos. Tal condição permitiria ao enfermo, por intermédio da produção de narrativas a partir de seu estado mórbido, criar outros “mundos” e produzir “Eus” redimidos. Para os profissionais da saúde, a quem tais experiências de cunho existencial convergem, a narrativa assim configurada não tem como objetivo a simples coleta de dados ou o mero acolhimento do paciente. Ao contrário, a ausculta atenta do profissional de saúde e sua intervenção discursiva constituem elas mesmas uma Terapia.

Palavras-chave: Narrativa, *Unheimlichkeit*, Medicina

ABSTRACT

This essay aims to expose the pathological state as a reconfiguration of our being-in-the-world, through a phenomenological approach to the process of getting ill and an appropriation of the concept of *Unheimlichkeit* (“the uncanny”) (Freud, 1925, Heidegger 2012 and SVENAEUS, 1999). The immediate consequences of this approach are an

alternative apprehension of the facticity of the “world-of-life” and the possibility of a reinterpretation of the signification structure in which we operate. Such a condition allows the patient, through the production of narratives about his/her morbid state, to create other “worlds” and produce redeemed “Selves”. For the health professionals, to whom such existential experiences converge, the so-configured narratives do not represent a simple collection of data or a better way of embracing the patients before them. Rather, these health professionals’ careful auscultation and their discursive intervention are themselves a Therapy.

Keywords: Narrative, *Unheimlichkeit*, Medicine

I. Sobre o “falar” e o “adoecer”

A ausência, à época, de uma ontologia existencial aos moldes da que foi desenvolvida na passagem do século XIX para o XX e que demarca a transição para a filosofia contemporânea, notadamente após Heidegger, não impediu que dois mil e quinhentos anos antes, na Antiguidade Clássica, as relações do Homem² para com o mundo e os outros entes fossem interpeladas de modo sistemático. Uma das maneiras pré-(ou para-)filosóficas de constatarmos tal afirmação é analisar a forma como os grandes dramaturgos do período clássico (Ésquilo, Sófocles e Eurípedes) descreveram as peripécias humanas e os seus personagens em suas obras.

¹ Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, coordenador do Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo (GENAM-USP), professor colaborador do Programa de Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa, Linha de Pesquisa Literatura e outras Formas do Conhecimento, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.

² O uso do vocábulo “homem” para descrição da espécie humana de forma geral segue o pensamento grego antigo e sua visão de mundo centrada na figura masculina. A fusão dos significados de “homem” e “espécie humana” só ocorreria de fato a partir do surgimento do Cristianismo, quando descritores de gênero – e.g. *vir*, em latim, e *were*, em inglês arcaico - começaram a cair em desuso. Utilizarei “Homem” para seguir com esse raciocínio. Para um exemplo desse uso pelos gregos, ver também a nota 4.

Segundo Nicole Loraux, é possível reunir as descrições que abordam a figura do homem sob três eixos de significação que assumem nomenclatura própria e independente, a saber:

Brótos, ou homem como **mortal** (dito também *thnetos*, a partir de uma outra raiz, que significa “morrer”); *anthropos*, o homem dentro de sua humanidade de ser **social**; e *aner*, o homem **viril**. (LORAUX, 2006, p. 52, negritos meus).

Brótos (βρότος) é o homem mortal, em contraposição aos deuses imortais. É o que é capaz de morrer. Pode ainda significar “sangue coagulado” ou “coágulo”. *Thnetos* (θνητός) tem a mesma raiz de *thanatos*, “morte”, e o radical *than-* (Θαν-) parece ser proveniente de uma antiga raiz proto-indo-europeia, com significado de “escuro”, “nublado”, ou ainda referir-se a “desaparecer” ou “desaparecimento”³. Quando “homem” queria significar “masculino”, “viril”, em oposição a “feminino”, “mulher”, dizia-se *ánēr* (*aner*, cuja raiz é *andr-*). No singular, *aner* designa também “guerreiro”, ou mesmo “herói”. *Anthropos* (άνθρωπος), por sua vez, é o “homem entre os homens”, o “ente social”. Mulheres, nessa acepção, podem também receber o tratamento de *anthropos*⁴, o que reforça a orientação “horizontal” e abrangente desse eixo conceitual que toma o homem entre seus semelhantes, coabitantes da pólis. *Anthropos* é, portanto, ortogonalmente posicionado em relação a *brótos*, pois este ocupa o eixo “vertical” do espaço conceitual: o do homem mortal frente à eternidade dos deuses celestes. *Aner* é o terceiro eixo, e o que dá volume ao conceito. Tal esquema, entretanto, não é rígido e há sobreposição semântica entre os autores. A nós interessará o fato de que, nessa reconstrução clássica do conceito de “homem”, encontra-se o germe de sua concepção ontológica a ser desenvolvida posteriormente.

No gênero trágico, há uma preponderância marcante do *brótos* sobre os demais descritores do gênero em todos os três autores do período clássico citados (LORAUX, 2006, p. 52-3). Tal fato não causa estranheza, se considerarmos que o *mythos* trágico tem como base a relação do homem com seu destino, sua bravura, sua *hybris*, este tendo sempre que lidar com as interferências dos deuses num embate desigual e ainda compreender as decisões divinas a partir de sua lógica mortal. “Tudo o que acontece na tragédia encontra-se sob a preocupação dominante do problema teológico[...]”, escreve Jaeger em seu clássico *Paidéia*⁵.

3 Não deixa de ser curioso que Atena (Αθήνα), a deusa da sabedoria, tenha a mesma raiz em seu nome, precedida da partícula “α”, que denota negação.

4 Como a enfermeira que, no *Hipólito* de Eurípedes, diz a Fedra “que as mulheres enquanto ‘homens’ (*anthropos ousa*) podem falhar”. (LORAUX, 2006, p.56).

5 Cf. Jaeger, 2003 p. 301, mas também todo o capítulo “O Drama de Ésquilo”, p. 283-314. O próprio subtítulo do livro de Jaeger – a Formação do Homem Grego – é Αιμην Πειφυκε Πασι Παιδεία Βροτοιζ, utilizando o *brótos* nesse sentido “espiritual”.

Já nos textos médicos é o *anthropos* quem predomina. De fato, se tomarmos como exemplo uma das mais famosas obras da medicina grega, uma parte do *Corpus Hippocraticum*, frequentemente atribuída a Polybus e intitulada “Sobre a Natureza do Homem”⁶ (Περὶ Φισιος Ανθρωποι), veremos que nela o autor usa apenas a palavra *anthropos*, do título até a última página, sempre que se refere ao homem, optando por usar o vocábulo *gynaika* (γυναικα) para se referir às mulheres. Assim é também com outras obras médicas, fato que novamente não constitui surpresa, dada a característica da abordagem da medicina antiga. Diferentemente da tragédia grega, o médico hipocrático considerava seu paciente como habitante de um mundo ordenado – *kosmos* –, do qual era o reflexo. A doença era um desequilíbrio entre os quatro fluidos constituintes do organismo – sangue, fleuma, bílis negra, bílis amarela –, sendo que a administração de dietas específicas, sangrias e purgantes, bem como a mudança de clima poderiam restabelecer o equilíbrio por meio da interferência positiva em tais humores. Parece ter sido Demócrito quem primeiro desenvolveu a analogia entre a medicina e a filosofia, dizendo que a primeira cura o corpo, e a última alivia a alma de seus sofrimentos (NUSSBAUM, 1994, *apud* SVENAEUS, 1999, p. 15). Entretanto, os indivíduos que a filosofia e a tragédia apaziguam e educam não parecem ser os mesmos de quem a medicina cuida. Se a filosofia lida com o *brótos*, a medicina trabalha com o homem entre outros homens: o *anthropos*.

Na Grécia antiga, aquele que fala não é o mesmo que adocece.

II. “O que você é quando me vê?”

O reconhecimento de outros aspectos do *adoecer* que não apenas o “biológico”, apesar de tardio, foi um passo importante em direção a uma compreensão mais ampla dos processos mórbidos, não só por expandir sua penetração junto a outras áreas do conhecimento para além da biomedicina, mas também por abrir caminho a abordagens mais atentas em relação à integralidade do ser humano em estado patológico. Taylor (1979) propôs uma categorização das situações mórbidas possíveis a partir do indivíduo que é declarado (ou que se declara) doente. Posteriormente, Sackett e cols. (SACKETT, 1991), na influente obra *Clinical Epidemiology – A Basic Science for Clinical Medicine*, cuja primeira edição data de 1985, incorporaram a categorização de Taylor em seu capítulo introdutório referente à prática clínica, sendo também logo adotada em publicações brasileiras (v., por exemplo, BENSEÑOR, 2002). Manteremos os termos originais em inglês, já que sua tradução para o português é algo ambígua, como será fácil perceber no que segue.

6 Consultei a versão bilingue *online* da Loeb Classical Library (LCL). <http://www.archive.org/stream/hippocrates04hippuoft#page/24/mode/2up>. Acesso em 20/12/2013.

As palavras *disease*, *sickness*, *illness* procuram descrever situações diferentes do amplo espectro de aflições humanas⁷. *Disease* é, dentro desse contexto, o alvo biológico. É o desarranjo anatômico, bioquímico, genético ou psicológico cujas consequências, modos de identificação e tratamento lemos nos tratados de medicina. *Illness* é o que o paciente apresenta tendo uma *disease*, exibindo sintomas (alterações que ele ou ela mesmo sente no funcionamento de seu organismo) ou sinais (alterações que o médico percebe por meio do exame clínico). Por fim, *sickness* ou *predicament* diz respeito às perspectivas sociais, psicológicas e/ou econômicas advindas do infortúnio da *disease*⁸. Em que pese, como mencionado, a nítida expansão para além do domínio simplesmente biológico do conceito de doença, nesse modelo de categorização do horizonte patológico humano a medicina parece – apesar de representar, e bem, o papel que ela mesma toma para si, qual seja, o de, por meio dos saberes e tecnologias biomédicos, tratar o desvio fisiológico que caracteriza a doença – funcionar também como uma “Biologia Aplicada” a cargo da Psicologia, Antropologia, Sociologia, Serviço Social, entre outras ciências relacionadas ao Homem e sua humanidade. Tudo é tomado sob uma ótica biomédica instrumental, que vê na enfermidade a metáfora do inimigo a ser vencido. Mas quais seriam as implicações disso?

De imediato, de acordo com esse modelo, não é possível conceber qualquer aspecto *positivo* para a enfermidade. O estado patológico nada mais é que um fardo completamente apartado da vida saudável e feliz e que deve ser evitado a qualquer custo. Não só evitado, mas combatido, apagado, esquecido, ocultado. A “vertente curativa” da medicina tem por objetivo, então, atacar agressivamente tais estados uma vez instalados, assim como sua “vertente preventiva” empenha-se em evitar que ocorram. O sucesso técnico sem precedentes da medicina atual cria mesmo um ambiente favorável para que essa “esquiva fóbica” da doença (*nosofobia*) se instale como aspecto primordial de uma cultura tardo-capitalista que tem na própria medicina e suas práticas um de seus principais pilares. Nesse sentido, como corolário, a morte é também vista como uma falha ou atribuída à “insuficiência de conhecimentos” (*necrofobia*). A tecnologia hoje disponível é tão eficaz em evitá-la quanto em criar um limbo artificial onde habitam cadáveres insepultos. Morre-se de “insuficiência generalizada” mas melhor seria dizer que morreremos por *insuficiência tecnológica*. A morte foi transferida para as unidades de terapia intensiva e nossa recusa em enfrentá-la com coragem frente à promessa moderna não cumprida da imortalidade, associada ao *fato incontestável* da finitude

7 Dentre os vários descritores do padecimento físico humano (e também de animais), além de *doença*, encontramos *desordem*, *distúrbio*, *disfunção* e *desarranjo*, além dos conhecidos *moléstia*, *mal*, *enfermidade* e *transtorno*, entre outros. O significado e uso de tais termos, ao menos no português falado no Brasil, não tem a mesma especificidade do uso dos termos proposto para língua inglesa.

8 Para uma belíssima abordagem da inserção dos “outros aspectos” da doença (*predicament*) na cultura, ver SONTAG, 1978.

humana, nos torna um bando de “inválidos acompanhando a vida das janelas do hospital” (BAUMAN, 1998, p. 195)⁹.

Qual papel o médico desempenha, então, nessa tragédia? A nós, atores de um tempo em que a informação e sua velocidade viral formam a tessitura do real que nos afeta, restaria reconhecer outras faces da montanha fenomenal que constitui um paciente de carne e ossos, que não apenas essa, virtualizada e instituída tecnologicamente (POMPILIO, 2008). Só assim, talvez, pudéssemos nos afastar do bufão e nos aproximar do herói. Como se não bastassem as centenas de artigos, livros e prática árdua e incessante que visam à resposta para a pergunta “o que é?”, ao médico urge, agora mais do que nunca, a indagação abissal: “quem é esse ser que sofre?” Qual é sua rede de sustentação e como tal constituição afeta esse seu, digamos logo, *ser-no-mundo*? Há ainda um *mundo*... Compreenderíamos melhor se sentíssemos as dores que sentem? Se respirássemos com a mesma dificuldade que respiram? Acolheríamos melhor se nos acometesse o medo que os acomete? Mestres da interpretação dos signos, os médicos não passam de meros usuários de programas escritos por seus próprios pacientes no que se refere a este “lado oculto da montanha”. Seria preciso dominar um tipo de *linguagem de máquina*¹⁰ subjacente a esse *software* para adentrarmos aos meandros da construção fática e repleta de significantes que constituem o que o próprio paciente chama de (sua) vida ($\beta\iota\omicron\varsigma$), no sentido forte da palavra? De fato, esse tipo de *empatia radical*, uma experiência plena do ser de um outro, quase uma incorporação, ainda não existe no âmbito clínico¹¹.

Parece, pois, que tais respostas não se encontram no ar rarefeito da altitude. De fato e ao contrário, seria preciso um guia para as profundezas, alguém como um *sherpa* subterrâneo, senhor dos caminhos intrínsecos de seu próprio ser. Um super-paciente com poderes de expressão além-do-homem, que pudesse nos levar ao nível bruto de sua constituição primordial. Que pudesse nos conduzir à crueza e à violência de seus impulsos mais básicos, para que então víssemos, com nossos próprios olhos, onde está a semente que se desdobra em doença lá em cima, na superfície revolta e poluída das convenções sociais onde se dá o fatídico encontro. Mas um paciente assim subverteria o equilíbrio de forças na relação com o médico, subvertendo também a própria medicina. Ao médico, é necessário deixar-se sequestrar por ele, o que não acontecerá se não possuir a consciência do querer. O médico é *treinado* para não permiti-lo e, sendo bom, não o permitirá de fato. A única alternativa possível, então, é abandonar a arena de embate onde se dá o contato com o paciente e buscá-lo em

9 Cf. também o diagnóstico, mais de meio século antes, da necrofobia burguesa no ensaio “O narrador”, §10. (BENJAMIN, 1985, p. 207).

10 Não me refiro aqui à psicanálise e outras técnicas de perscrutação do inconsciente, também elas *softwares*, para manter a analogia, com o agravante talvez, de uma maior complexidade, visto que podem ser entendidas como *metasoftwares*.

11 Sobre essa experiência de incorporação no mundo virtual e na cultura *queer*, v. interessante depoimento de Pena, 2009.

outros lugares, sem deixar de “estar” médico, sob o risco de perder o olho clínico que o identifica. E onde encontrá-lo? Antes, onde procurá-lo?

Se considerarmos, com Aristóteles (2007, p.185), que outras formas de obtenção de “verdades” são possíveis além daquelas atingíveis pela razão clássica, dentre elas a arte (*techné*), caberia procurar por “vestígios patológicos” nas obras dos grandes mestres. Ora, quem dentre os humanos domina melhor os descaminhos das profundezas? Quem dentre nós traduz melhor seus interstícios mais febris em pinturas, poesias, livros, esculturas, personagens, música e todas as manifestações do espírito humano? Como é quando um gênio das artes escreve, pinta, compõe, representa sobre suas doenças ou sobre a forma como percebe as enfermidades? Ao conceber uma obra de caráter universal, um artista contribui para o *corpus* cultural da humanidade, criando novos gostos, novas formas de subjetivação, novas formas de *ser-no-mundo* e, com elas, novas formas de adoecer. E o ciclo se fecha. Por isso, quando um tal guia se propõe descer às profundezas recônditas de seu próprio ser e interpelar-se – o que talvez não seja raro, nem tão difícil –, mas, para além disso, tornar as respostas minimamente inteligíveis a nós, meros mortais – essa a verdadeira marca do gênio –, o que retorna vem na forma de uma profunda sabedoria. E vem como uma interrogação ao reverso do próprio significado do ser daqueles antes no preciso momento do *encontro clínico* que os define: “quando você vê o ser que sou em minha dor, quem é que você é?”

III. O *Sherpa* Subterrâneo

Friedrich Wilhelm Nietzsche nasceu em 15 de Outubro de 1844, em Röcken, na Saxônia - Alemanha, vindo a falecer precocemente em um asilo para doentes mentais em Weimar, no mesmo país, em 25 de Agosto de 1900, com 56 anos incompletos. Apesar da causa de sua morte ainda estar envolvida em polêmicas¹², há hoje evidências que sugerem que Nietzsche era portador de uma raríssima doença genética conhecida pelo acrônimo em inglês CADASIL (*Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*), cuja principal alteração é um defeito na parede de pequenas artérias, causado por mutações em um gene conhecido como Notch 3, localizado no cromossomo 19q12 (HEMELSOET, 2008). Cinco critérios foram propostos para o diagnóstico da doença, a saber: início precoce do quadro (abaixo de 50 anos), associado à presença de pelo menos dois dos sintomas neurológicos considerados maiores (enxaqueca, episódios semelhantes a acidentes vasculares encefálicos, distúrbios do humor e demência subcortical). Desses *cinco* critérios, Nietzsche tinha comprovadamente *quatro*, incluindo a já famosa enxaqueca

e o quadro de demência ao final da vida, frequente e, talvez, erroneamente atribuído a neurosífilis. Nietzsche tinha dores de cabeça desde os 9 anos de idade e preenchia critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia para o diagnóstico de *enxaqueca sem aura*; era *anisocórico* (a pupila direita era maior que a esquerda) desde 1876, sinal que suscitou o diagnóstico de sífilis quarenta anos depois, em sua derradeira internação na clínica de repouso da Basiléia. Tinha também uma inflamação das retinas e miopia grave (HEMELSOET, 2008, p. 10). Nietzsche sofria de depressão e ideias suicidas, chegando a descrever alucinações. Após uma crise em 1889, teve o diagnóstico de *demência parálitica*, com sinais claros de paralisia espástica do hemicorpo esquerdo (HEMELSOET, 2008, p.11). Além disso, o pai de Nietzsche faleceu aos 36 anos de idade, com sintomas que o filósofo considerava muito semelhantes aos seus (NIETZSCHE, 2003), além de haver registro de outros membros da família com problemas mentais. A concomitância de condições médicas características, como enxaqueca, distúrbios psiquiátricos, demência, acidente cerebral e problemas visuais, associadas à história de problemas mentais e cognitivos em vários membros da família, inclusive com enxaqueca, ataques epiléticos e declínio cognitivo detectados em seu pai, favorecem fortemente o diagnóstico de CADASIL (HEMELSOET, 2008).

Por ser uma doença crônica e de evolução lenta, e por ter Nietzsche deixado centenas de textos e cartas em que descrevia com detalhes filigrânicos seu padecimento e sua forma de conviver com a moléstia, herdamos um ponto de vista privilegiado para analisar de que forma sua vida foi afetada pelo problema. Isso nos dá a possibilidade de investigar, através dos olhos sensíveis de um dos maiores filósofos e escritores da história ocidental, de que maneira uma doença debilitante pode modificar nossas concepções e ideias sobre o mundo. Nietzsche parece mesmo ter moldado alguns dos principais pontos de sua filosofia em função da saúde instável e das necessidades de seu corpo frágil (AZEREDO, 2011). Não é o escopo deste ensaio discorrer sobre as implicações médico-patológicas de Nietzsche em sua filosofia, nem há competência para tal. Aos nossos propósitos, bastará a análise de alguns poucos fragmentos que mostrem como o filósofo deriva dos sentimentos associados à dor e ao sofrimento causados por sua enfermidade – e que, graves, vieram culminar em sua morte prematura – sua visão de mundo de plena afirmação da vida e da liberdade de espírito (MOREIRA, 2006).

Dentre a opulência do material disponível sobre o assunto na vasta obra de Nietzsche, vamos analisar apenas três excertos que abordam o problema de sua enfermidade¹³. A primeira publicação que enfrenta o assunto explicitamente é *Humano, Demasiado Humano* (NIETZSCHE, 2000). No aforismo 289, *O Valor da Doença* (p. 178), escreve o filósofo:

12 Para outros diagnósticos, ver CYBULSKA, 2000; SAX, 2003; KOSZKA, 2009.

13 Um especialista em Nietzsche não teria dificuldades em fundamentar melhor tal ideia. De fato, os estudos citados trafegam por esse caminho, porém não o fazem de forma direta.

“O homem que jaz doente na cama talvez perceba que em geral está doente de seu ofício, de seus negócios ou de sua sociedade, e que por causa dessas coisas perdeu a capacidade de reflexão sobre si mesmo: ele obtém esta sabedoria a partir do ócio a que sua doença o obriga”. (p.178) Na concisão deste fragmento, ele parece dar uma resposta direta à tripartição do conceito de enfermidade acima mencionado e, para arrematar, abre caminho para uma “sabedoria” proveniente da obrigação ao ócio. Na mesma obra, todos os oito parágrafos do *Prólogo* são relacionados, direta ou indiretamente, com a fase de convalescença do autor. O início do parágrafo 4 exemplifica, entretanto, aquilo que estamos a investigar:

Desse isolamento doentio, do deserto desses anos de experimento, é ainda longo o caminho até a enorme e transbordante certeza e saúde, que não pode dispensar a própria doença como meio e anzol para o conhecimento, até aquela *madura* liberdade do espírito, que é também autodomínio e disciplina do coração e permite o acesso a modos de pensar numerosos e contrários – até a amplitude e refinamento interior que vem da abundância, que exclui o perigo de que o espírito porventura se perca e se apaixone pelos próprios caminhos e fique inebriado em algum canto; até o excesso de forças plásticas, curativas, reconstrutoras e restauradoras, que é precisamente a marca da grande saúde, o excesso que dá ao espírito livre o perigoso privilégio de poder viver por experiência e oferecer-se à aventura: o privilégio de mestre do espírito livre (NIETZSCHE, 2000, 10-11).

Para Nietzsche, uma *grande saúde* é “necessária àqueles que querem experimentar diferentes modos de querer, sentir e pensar. Isso porque, a partir de um olhar retrospectivo, o filósofo percebeu que foi sua saúde (precária) que lhe ofereceu condições para realizar inúmeras experimentações com o pensamento” (MOREIRA, 2006, 46). É importante ressaltar aqui que Nietzsche reescreveu os prefácios de *Humano, Demasiado Humano* (livros 1 e 2), *O Nascimento da Tragédia*, *Aurora* e a *Gaia Ciência*, todos de uma só vez, na primavera de 1886, exatamente após um período de declínio de sua saúde (BURNETT, 2000). Tais textos, cuja publicação conjunta chegou mesmo a ser cogitada pelo editor de Nietzsche, têm a marca de um período de convalescença e maturidade do autor que culmina no *Ecce Homo*. Como diz Burnett:

É no *Ecce Homo* que Nietzsche manifestará com mais ênfase as condições sob as quais estivera sujeito durante toda vida e principalmente no que diz respeito àqueles anos que antecederam o colapso [derradeiro] de 1889; o texto permite ir fundo naquele que é o verdadeiro sentimento pelo qual o filósofo passara naqueles anos (BURNETT, 2000, p.65).

Nietzsche entendia-se como *saudável* de acordo com o seguinte raciocínio desenvolvido no *Ecce Homo*:

Minha prova para isso é, entre outras coisas, o fato de eu sempre ter escolhido instintivamente os meios **corretos** contra as situações graves: enquanto o *decadent* costuma escolher sempre os meios prejudiciais a si mesmo. Como *summa summarum*, eu era saudável; como parcela, como especialidade, eu era um *decadent* (...). Eu mesmo me tomei pela mão, eu mesmo voltei a me tornar são: a condição para isso – não há psicologia que não o reconheceria – é **que ao cabo de contas a gente seja saudável!**” (NIETZSCHE, 2003, p. 24-26, grifos e itálicos do autor)

Nietzsche centra sua argumentação em uma sabedoria instintiva em escolher, “pela própria mão”, as opções terapêuticas que melhor se adequavam a seu estado, com isso refletindo o *pathos* do século XIX, para o qual a doença era fruto de uma vontade doentia¹⁴. Para ele, tal “instinto certo” só pode ser proveniente de alguém com constituição *saudável*, dado que seu conceito de saúde envolve, como vimos, o ensaio, a experimentação, as várias perspectivas. Como afirma Azeredo (2011): “Nietzsche defende a valorização dos instintos, do corpo e seus ritmos naturais como os únicos capazes de se orientarem em direção a uma vida potente e vigorosa”. A constituição doentia é a estreita, a covarde, fechada a outras possibilidades. Ou como afirma a mesma autora: “A tentativa de atribuir sentido à vida, contrariando e negando sua natureza trágica, caótica e desprovida de certezas e de segurança, promove a degeneração das forças vitais, uma vez que essa tentativa pressupõe o esquecimento de tudo que em nós se caracteriza pela imprecisão, pela indeterminação, pelo movimento” (p. 250-251).

Suas decisões acertadas só poderiam provir de uma constituição saudável. Além disso, Nietzsche reafirma sua saúde no *geral* e sua doença no *particular*, como um detalhe do “re-sumo de seu ser”, abrindo a possibilidade da coexistência simultânea entre os dois estados. E então, arremata: “Um ser tipicamente mórbido não pode vir a se tornar são e muito menos vir a se tornar são por sua própria conta; para alguém que é tipicamente saudável uma doença pode, ao contrário, até ser uma estimulação enérgica à vida, a viver mais” (NIETZSCHE, 2003, p. 26).

A precocidade da morte de Nietzsche é inegável; mais interessante, entretanto, é pensar no que foi construído com o pouco que lhe foi concedido.

IV. *Unheimlichkeit*

Heim, em alemão, quer dizer “lar, lugar aconchegante” e gera, à semelhança do inglês *home*, o radical *heim-*,

14 A seguinte frase foi atribuída a Schopenhauer por Susan Sontag (1978): “A vontade mostra-se como corpo organizado e a presença da doença significa que a vontade está ela mesma doente”. A larga influência schopenhaueriana em Nietzsche se mostra em vários textos como, por exemplo, na *III Consideração Extemporânea* (Schopenhauer como Educador).

que é a origem de vários vocábulos: *Heimat* significa “terra natal”; *Heimisch* é “nativo, familiar, pertencente à localidade”; *Heimlich* tem o significado de “conhecido, familiar, caseiro, habitual, íntimo” (como *homelike*, em inglês). Esta última acepção, a da intimidade, é proveniente da ideia de manter algo entre as paredes de nossa casa, livre de olhares estranhos, ou seja, tem o sentido de “manter em segredo”. De fato, *Geheim* é o próprio “segredo” admitindo também o significado de “privado”, aquilo que se mantém oculto de quem não se conhece. *Heimlich*, assim, é uma palavra que permite duas interpretações. A primeira é “à vontade, em casa, na intimidade do lar”. A segunda é “segredo, oculto, não mostrado”. Um efeito curioso, porém, ocorre com o significado da palavra quando a negamos por meio do prefixo *un-*: *Unheimlich* é utilizado como negação muito mais do primeiro (“à vontade”, “em casa”) do que do segundo significado (“segredo”) (FREUD, 1925). *Unheimlich* significaria, então, “não se sentir em casa”, “não estar à vontade”. Mas quem procura pelo termo em um dicionário¹⁵ encontrará ainda uma terceira acepção que pertence aos campos semânticos do “inquietante”, “sinistro”, “lúgubre”, “ominoso”, utilizados na língua falada. Para Freud, esse significado provém do fato de que *unheimlich* pertence àquela categoria do assustador que “remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (FREUD, 1925). Existe na negação uma aproximação semântica ambivalente entre os extremos do significado da palavra. *Unheimlich* abrigaria o próprio *Heimlich* e as ideias ambíguas e simultâneas de “íntimo-estranho”, “nativo-estrangeiro”, “familiar-não-familiar”, aproximando-se de *Unheimisch* (“não-familiar”, “estranho”), equivalendo a um tipo particular de “inquietante” e “assustador”.

O “efeito *unheimlich*” está na base da interpretação fenomenológica que Fredrik Svenaeus (SVENAEUS, 1999; SVENAEUS, 2000a; SVENAEUS, 2000b) dá ao processo do adoecer. Para o autor sueco, estar doente é como ser invadido pela sensação de “não ter moradia” ou “não sentir-se em casa”, tendo de conviver com um sentimento de *estranhamento* na *intimidade* do próprio ser. Para isso, faz uso da metapsicologia de Freud (FREUD, 1925) e da analítica existencial heideggeriana (HEIDEGGER, 2009; HEIDEGGER, 2012). Para nossos propósitos neste ensaio, uma rápida exposição da filosofia de Heidegger, no que diz respeito a esse ponto específico, é necessária nesse momento.

De acordo com Heidegger em *Ser e Tempo* (HEIDEGGER, 2012), a estrutura significante (*Bewandnisganzheiten*) do mundo que nos cerca é mais primordial que as qualidades e propriedades das coisas estudadas pelas ciências, como a Biologia¹⁶, por exemplo. Caso contrário, não conseguiríamos sequer falar ou escrever sobre nossa experiência com tais

ciências. Heidegger denomina *Da-sein* o ser que somos, literalmente ser-aí, onde o “aí” hifenizado ressalta a unidade com o mundo dado. Com *ser-no-mundo* (*in-der-Welt-sein*), diferentemente de uma relação sujeito-objeto, o filósofo alemão reforça que tal mundo, histórica e culturalmente, é ele mesmo constitutivo do ser do *Dasein*. O mundo tem, então, o que Heidegger chama de “mundidade” (*Weltlichkeit*), indicando que é construído por meio de ações de entendimento, pensamentos e sentimentos dos seres humanos nele situados (SVENAEUS, 1999, p. 84). A mundidade é um conceito ontológico e designa a estrutura de um fator constituinte do ser-no-mundo, a própria determinação do *Dasein*, pertencente a ele e dele constituída. Esse mundo das ações humanas, dos projetos, da linguagem é sempre também permeado por uma sensação de “não-estar-em-casa”. Isso ocorre porque, nas palavras de Svenaeus:

Ele é meu mundo mas também, e ao mesmo tempo, não é meu, pois não posso controlá-lo nem conhecê-lo plenamente. De acordo com Heidegger isto não é uma deficiência, mas um fenômeno necessário: sou lançado ao mundo (*Geworfen*), e estar junto com outras pessoas (*Mitdasein*) é parte de meu próprio ser. O mundo em que vivo é, em primeiro lugar e principalmente, meu mundo (e não o mundo “objetivo” da Física¹⁷), mas a essa, chamemos, ‘minhidade’ do mundo, também pertence uma ‘outridade’, proveniente da presença de outras pessoas que dele também fazem parte. (SVENAEUS, 2000b: 1; tradução ligeiramente modificada do original)

As estruturas de significado do mundo são constituídas de relações, não entre coisas, mas entre *ferramentas*. As relações entre as diferentes ferramentas são explicadas em termos de um “para fins de”. Assim, meu carro pode ser visto como uma ferramenta para ir ao trabalho. No nível de entendimento cotidiano, não me preocupo com o funcionamento dos componentes do carro, apenas dou partida e dirijo até o meu local de trabalho. Entretanto, se por alguma razão o carro não funcionar pela manhã, ele deverá ser enquadrado em uma outra e nova rede de significados que será determinada *por mim*. Ficarei aborrecido, ansioso e terei a relativizar a importância de determinados agendamentos, tendo em vista minhas novas necessidades. Terei que arrumar outra maneira de ir ao trabalho, precisarei levá-lo ao mecânico; terei, enfim, que lidar com meus eventuais atrasos. Sou eu, não o carro, quem tem a possibilidade de mudar a rede de significados escolhendo essa via, assim como poderia escolher outra qualquer, como por exemplo ficar em casa. Levo isso a cabo não apenas por meio de ações físicas, mas também por pensar, sentir e falar. Heidegger refere-se a esses modos de interação com o meio como *existenciais*, já que dão sentido ao ser-no-mundo. São eles o entendimento (*Vers-*

15 Ver, por exemplo, o Langenscheidt Taschenwörterbuch-Portugiesisch, 2001.

16 Heidegger chama de *ônticas*, em contraposição a *ontológicas*, as ciências cuja preocupação são os entes não levando em consideração a pergunta pelo significado do ser (HEIDEGGER, 2012; §3).

17 Para uma contrapartida naturalista a essa abordagem fenomenológica do mundo, v. QUINE, 1978.

tehen), a disposição ou o “encontrar-se”¹⁸ (*Befindlichkeit*) e o discurso (*Rede*).

Explorar a complexidade desses conceitos está muito além do limite deste ensaio. Concentremo-nos na *disposição*, tendo em vista nossos interesses imediatos. Para Heidegger, estamos lançados no mundo e adquirimos determinada *disposição* (alegre, triste, aborrecido) de acordo com a situação, moldando nosso *entendimento*. Cada entendimento tem uma disposição. Certas disposições são pré-requisitos para o que Heidegger chama de entendimento autêntico ou *autenticidade* (*Eigentlichkeit*). Autêntico é o ser-no-mundo que se possui, que tem a liberdade de escolha¹⁹. No exemplo do carro, tenho a liberdade para reconfigurar toda uma cadeia de ocorrências com seus respectivos significados para me adaptar à nova situação. A mais fundamental e própria disposição do *Dasein* é a *ansiedade* (*Angst*). É ela quem o “desperta” para seu ser-no-mundo, abrindo-lhe as potencialidades da existência, inclusive a derradeira possibilidade, ou seja, a morte. Aqui, é oportuna a citação original de Heidegger:

Na angústia, ele (*Dasein*) sente-se estranho (*Unheimlich*). Nisto se exprime de imediato a peculiar indeterminidade do que o *Dasein* encontra na angústia: o nada e o em parte alguma. Mas o estranhamento (*Unheimlichkeit*) significa, então, ao mesmo tempo, o não-estar-em-casa. Na primeira indicação fenomênica da constituição-fundamental do *Dasein* e da elucidação do sentido existencial do “ser-dentro”, o ser-em foi determinado como morar em..., estar familiarizado com... (Cf. §12, p. 72 ss)²⁰ (HEIDEGGER, 2012, p. 527).

Ao evitar esse estranhamento, o *Dasein* acaba se afastando de seu próprio *ser-para-morte* (*Sein-zum-tode*) e diluindo-se (*Verfallenheit*) no mundo dos outros (*Das Man*), numa existência inautêntica. Então, segundo Heidegger, o *estranhamento* é a disposição fundamental na qual o *self* experimenta uma *não-familiaridade* com seu próprio ser-no-mundo. Na angústia, o “nada” e o “em parte alguma” é o estar sem moradia, sem destino, sem lugar para viver, como dissemos acima, e experimentar ainda a sensação de não-familiaridade com o próprio ser; esse o verdadeiro e intraduzível significado de *Unheimlichkeit*.

Segundo Svenaeus, uma análise da saúde e seu caráter enigmático sob a fenomenologia heideggeriana abre caminho

para que a entendamos “como um sentimento de ‘estar em casa’ que impede que o sentimento de ‘não-estar-em-casa’ se manifeste. O ‘não-estar-em-casa’, condição necessária e básica da existência humana (autêntica) relacionada a nossa finitude e dependência de outros, é, na doença, trazido à tona e transformado em uma intrusiva sensação de abandono e estranhamento (*homelessness*)” (SVENAEUS, 1999, p. 93). Heidegger, como já citado, considera toda disposição uma forma de entendimento, o que permite interpretar o adoecimento não apenas como um sentimento – muito ruim, no mais das vezes –, mas, ao mesmo tempo, como um modo de compreensão do mundo. Ficar doente, sob o ponto de vista puramente existencial, significaria experimentar um constante e intrusivo *Unheimlichkeit* em nosso ser-no-mundo que nos remete a nós mesmos, nos arrancando, muitas vezes de forma abrupta e violenta, do mundo dos outros e constituindo-se, assim, em uma experiência de individualização. E onde perdemos? A contrapartida negativa é que a doença diminui certamente a abertura do *self* ao mundo, reduzindo suas possibilidades e potencialidade tendo como consequência a restrição de sua liberdade.

Como conclusão, Svenaeus afirma que “do ponto de vista fenomenológico nenhuma doença é exclusivamente mental ou somática, mas sempre as duas coisas. Estar enfermo implica uma disposição (*Befindlichkeit*) que é vivida por todos e cada um dos aspectos do ser-no-mundo do *Dasein*, do corpo à linguagem, assim penetrando no completo entendimento da pessoa enferma” (SVENAEUS, 2000a). Por essa razão, se tomarmos esse sentimento de “não-estar-em-casa” como a essência fenomenológica da enfermidade, a missão dos profissionais de saúde não deve ser apenas curar doenças, mas também, por meio de uma atenção devota ao ser-no-mundo do paciente, abrir possíveis caminhos em busca do reencontro da aconchegante sensação de “voltar para casa” (SVENAEUS, 2000b).

É tentador, nesse momento, considerar outras experiências de “estranhamento” e, mais especificamente, do sentimento de “não-estar-em-casa” como formas alternativas de obtenção de conhecimento, seja pela via estética, seja pela análise formal dos discursos e, assim, tentar emprestar-lhes uma conotação “epistemológica”.

Viktor Shklovskij, representante do formalismo russo (MARGOLIN, 2005), descreve em 1917 a *desfamiliarização* (em russo transcrito, *ostranenie*) como processo de ruptura ou modificação radical do que é familiar, em relação à literatura, linguagem ou mesmo à realidade, recriando assim, a novidade, a surpresa; uma forma de “desautomatizar” nossa percepção do que nos é habitual (SHKLOVSKIJ, 1917)²¹. A desfamiliarização de Shklovskij constituiu a base do “efeito

18 A tradução do alemão *Befindlichkeit*, como quase tudo em Heidegger, é problemática em qualquer língua. Na primeira edição de *Ser e Tempo* em inglês, os tradutores escolheram *state of mind*. Nas seguintes, optaram por *attunement* (sintonia), que é confusa. Schalow & Denker, 2010 usam *disposedness*. Em português, Castilho, em *Ser e Tempo* (Heidegger, 2012), escolheu “encontrar-se”, mais literal em relação ao original. Já o grupo de tradutores dos *Seminários de Zollikon* (Heidegger, 2009) optou por “disposição”, que é o que utilizaremos.

19 Heidegger enfatiza que não há juízo de valor entre os dois modos, autêntico e inautêntico.

20 A citação do parágrafo 12 é do próprio autor, contrapondo os dois sentidos da palavra *Unheimlich*.

21 Shklovskij cita vários escritores no artigo mas, em especial, Leon Tolstoi. Sobre este último, ele escreve: “Tolstoi faz o familiar parecer estranho ao não nomear objetos familiares. Ele descreve um objeto como se o estivesse vendo pela primeira vez, um evento simples como se fosse um acontecimento único”. Cf. SHKLOVSKIJ, 1917 (em livre tradução).

de alienação” ou “de distanciamento” (*Verfremdungseffekt*) no teatro de Bertolt Brecht²². Por meio do distanciamento, Brecht procura lembrar ao espectador que ele está no teatro, diferentemente de outras propostas dramatúrgicas cujo objetivo é criar uma suposta “realidade” e transportar o espectador para o palco. Assim, a intelecção dos dramas dos personagens adquire uma dimensão, digamos, menos “empática” e pretensamente mais “racional”, criando uma outra maneira de interpretar o teatro. Há também uma aproximação da desfamiliarização com a *différance* de Jacques Derrida e com o conceito de desterritorialização/re-territorialização de Gilles Deleuze e Felix Guattari. O desconstrucionismo de Derrida tem o objetivo de romper com a “semiologia clássica”, que considera o signo escrito ou linguístico como um mero adiamento ou substituição da presença perceptual. Para isso, ao invés de considerar a escrita na relação com um objeto referencial, Derrida a situa em relação à *différance*, que combina o adiamento temporal com a diferença espaço-material. A “percepção alterada” em Shklovskij é a fonte dessa diferença espaço-material em Derrida (CRAWFORD, 1984). Sem entrar em maiores detalhes, o processo de desterritorialização/re-territorialização desenvolvido no *Anti-Édipo* de Deleuze-Guattari, se entendido de modo amplo como uma *descontextualização* de um grupo de relações instituídas, sejam conceituais, linguísticas, sociais ou afetivas, o que possibilitaria vê-las sob outras perspectivas, também tem relação de parentesco com as várias formas de estranhamento que acabamos de analisar²³.

O “efeito *unheimlich*” provocado pela doença pode agora ser entendido, à luz do que foi exposto, como uma reconfiguração, mais ou menos importante na dependência de sua intensidade, de nosso ser-no-mundo, tendo como consequência imediata uma apreensão alternativa da facticidade do mundo da vida e permitindo sua reinterpretação, estado que se estenderia, principalmente no caso do filósofo, aos períodos de convalescença, como uma experiência de renascimento. A curiosidade científica de Nietzsche pela doença adquire, então, forma (NIETZSCHE, 2001, p. 10). Estaríamos dispensados da doença? Ele mesmo responde:

Apenas a grande dor, a lenta e prolongada dor; aquela que não tem pressa, (...) obriga a nós, filósofos, a alcançar nossa profundidade extrema e nos desvencilhar de toda confiança, toda benevolência, tudo o que encobre, que é brando, mediano, tudo em que antes púnhamos talvez nossa humanidade. Duvido que uma tal dor ‘aperfeiçoe’-; mas sei que nos *aprofunda*” (NIETZSCHE, 2001, p. 13).

22 Descrito pela primeira vez em um interessante ensaio de 1936 chamado *Alienation Effects in Chinese Acting*, na tradução inglesa de John Willett (BRECHT, 1964).

23 Há ainda outras formas de estranhamento. A peculiar arte do *flâneur* de Walter Benjamin em perder-se nas familiares ruas de sua cidade é descrita pelo autor como *Unheimlich*. Benjamin, amigo de Brecht, conhecia seu teatro e o *Verfremdungseffekt*. Na sabedoria oriental, há a figura do *Koan*, cujo objetivo é provocar uma “pane cognitiva” e, por meio dela, atingir a iluminação espiritual.

V. “Eu sou o que vejo de mim em sua face. Eu sou porque você é” (provérbio zulu)²⁴

O vórtice a que fomos conduzidos pelo recorte, sem dúvida fragmentário e incompleto, ao qual demos vazão até o momento ao emprendermos nossa busca por uma fundamentação do ato de narrar sob estado mórbido é bastante peculiar. A fenomenologia do binômio saúde-doença dá descrições promissoras do que significa cuidar de pessoas enfermas, mas não avança uma terapêutica. Svenaeus sugere que tratemos dos seres-no-mundo, reconhecendo neles o “abandono” e a sensação de “falta de moradia”, para que possamos reconduzi-los ao estado fenomenológico do “estar em casa” – mas não nos diz como.

O lugar do qual falamos agora é um território sem nome e sem fronteiras. Não é a Estética, nem a Fenomenologia. Não é a História, nem a Filosofia. Há a Ciência e a Literatura. Há nômades e seus conceitos-chave. O fatídico *encontro clínico* entre o paciente e seu médico é um continente desértico por onde passam caravanas solitárias. Alguns demoram-se aqui.

Há, entre eles, Michel Foucault e a *parresia* (FOUCAULT, 1999). *Parresia* vem do grego *παρρησία*, formada por *πᾶν* (*pan*) “tudo” + *ῥῆσις* / *ῥῆμα* (*rhesis/rhema*) “fala, declaração”. Sua importância para nós reside no fato de podermos entendê-la como uma proto-ética do discurso. É interessante, por exemplo, comparar a *parresia* grega com nosso conceito cartesiano de evidência. Para Descartes, a coincidência entre crença e verdade é atingida por meio de uma experiência mental, obviamente racional. Para os gregos, entretanto, tal coincidência não se dava no nível mental, mas na atividade verbal (*lógos*), mais especificamente na *parresia*. Se tal proceder não tem mais lugar em nossa matriz epistemológica, ele parece ainda permear insistentemente a relação do médico com seu paciente. “A *parresia* é uma forma de confissão a alguém que exerce poder sobre o confessante e é capaz de censurá-lo e puni-lo pelo que fez”, diz Foucault (1999), tendo em vista a Política. Quem pratica a *parresia*, o *parresiastes*, é sempre alguém menos poderoso que seu interlocutor. Um pai ou professor nunca praticam a *parresia* com seus respectivos filho ou aluno. Ela acontece, por exemplo, quando um filósofo critica um tirano, um aluno aponta os defeitos de seu professor, um cidadão discorda da maioria, ou seja, é sempre algo que “vem de baixo para cima”. A *parresia* pode ocorrer como atividade em três situações (*cf.* FOUCAULT, 1999). Em primeiro lugar, em pequenos grupos de pessoas ou no contexto da vida comunitária. Em segundo, nas relações humanas no âmbito da vida pública. Finalmente, no contexto das relações pessoais individuais, privadas, que são as que nos interessam no âmbito da medicina. Foucault jamais utilizou a medicina como exemplo

24 *Cf.* AYRES, 2001.

de parresia em seus textos, talvez tendo em mente que, na Grécia Antiga, “quem fala não é o mesmo que adoece”. De fato, o que ocorre é exatamente o oposto. Os médicos, em especial os epicuristas, é quem aplicavam a parresia a seus pacientes como forma de tratamento, como mostra uma interessante análise do texto de *Filodemo* (SILVA, 2009, p. 124-137). Longe de contradizer a importância da parresia no encontro atual entre o paciente e seu médico, tal fato demonstra como as relações de poder no encontro clínico se inverteram desde a Antiguidade, em especial devido ao formidável êxito proporcionado pelo avanço tecnológico da medicina, inimaginável então. A parresia persiste no encontro clínico, mas mudou seu lado na mesa.

Há a contribuição de Walter Benjamin (BENJAMIN, 1985 e 1989). A riqueza do pensamento do crítico alemão faz de qualquer análise apressada presa fácil de equívocos. Por isso, consideraremos aqui a teoria literária e a teoria historiográfica revolucionária de Benjamin em seus pontos mais básicos. Há muitos aspectos em comum e algumas regiões de conflito entre elas. Podemos, com Jeanne-Marie Gagnebin (GAGNEBIN, 1994), tentar resumi-las nas perguntas que o perseguiram ao longo de sua vida: “o que é contar uma história?” e “o que é contar a história?” Ambas são importantes para nós. Talvez o fio que as une passe pelo fato de que a narração é fundamental para a constituição do sujeito, seja ele individual ou coletivo. “Essa importância sempre foi reconhecida como a da *rememoração*, da retomada salvadora pela palavra de um passado, que sem isso desapareceria no silêncio e no esquecimento” (GAGNEBIN, 1994, p. 3 - itálico meu). Isso serve para povos e nações, bem como para amigos e pacientes. A primeira pergunta tem algumas respostas no ensaio *O narrador*, de 1936 (BENJAMIN, 1985, p.197-221). Para Benjamin, ao narrar é necessário que a vivência (*Erlebnis*) seja convertida em matéria narrável – ou seja, “experiência”, no sentido forte de *Erfahrung*” (AVELAR, 1999). Se não há vivências, dada a repetição e o automatismo da vida moderna, o ato de narrar tende a empobrecer-se. A segunda pergunta tem como texto fundamental *Sobre o Conceito de História*, de 1940 (BENJAMIN, 1985, p. 222-232). Nele, Benjamin afirma que “a história é objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de *agoras*” (BENJAMIN, 1985, p. 229). Essa concepção histórica do tempo contrapõe o sujeito sem história cartesiano e com a história sem sujeito marxiana, pois “é na fulgurância do agora que o passado retorna, de improviso”, para que o “enigma do futuro seja resolvido” (MATOS, 2006)²⁵. Se a biografia de um indivíduo não constrói sua identidade, o que a constrói? A nós, importa o fato de que nessa concepção benjaminiana de história o esquecimento não é simples falha, mas também um recorte da memória, marca da finitude e fonte de sua autoridade.

25 Nessa fórmula reside o conceito benjaminiano do *Jetztzeit*.

Não poderíamos deixar de mencionar Jürgen Habermas e sua Razão Comunicativa. Para ele, o pensamento de Kant e Hegel – que resulta na chamada filosofia da consciência – têm como base um modelo de conhecimento fundamentado na percepção e na representação de objetos a um sujeito singular ou mesmo a uma consciência transcendental. Habermas entende que, ao tentarmos conhecer algo racionalmente, terminamos invariavelmente por interagir com outros sujeitos. Segundo suas próprias palavras:

No lugar do sujeito solitário, que se volta para objetos e que, na reflexão, toma a si mesmo por objeto, entra não somente a ideia de um conhecimento linguisticamente mediatizado e relacionado com o agir, mas também o nexos da prática e da comunicação quotidianas, no qual estão inseridas as operações cognitivas que têm, desde a origem, caráter intersubjetivo e, ao mesmo tempo, cooperativo” (HABERMAS, 1989, p. 24-25).

Do ponto de vista do encontro clínico, tal racionalidade intersubjetivamente compartilhada permite uma atualização bastante promissora para quem viveu e sofreu com os excessos da razão clássica incorporados pela medicina baseada em evidências (CRONJE, 2003). Além disso, a prática da Teoria do Agir Comunicativo propõe que o acesso à realidade se dê por dois caminhos:

de um lado, o caminho empírico, que privilegia a perspectiva de um observador imparcial ou terceira pessoa gramatical. É o caminho percorrido normalmente pelas ciências da natureza, cuja meta consiste na detecção, observação e descrição de fenômenos, eventos e causas. De outro lado, está a via simbólica delineada na perspectiva performativa de um sujeito participante, o que envolve práticas sociais, culturais, comunicativas e argumentativas” (SIEBENEICHLER, 2012 – Introdução)

Já que a própria medicina assim procede, ou pelo menos deveria proceder, a Teoria do Agir Comunicativo passa a se constituir uma importante matriz teórica para que se construam práticas intersubjetivas de saúde (AYRES, 2004).

Nesse contexto, a Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer é fundamental. Schleiermacher, no romantismo alemão, unificou as correntes teológicas e filológicas da hermenêutica em uma única ciência e arte da compreensão. Dilthey, no contexto do historicismo, levou a teoria hermenêutica à condição de fundamento epistemológico das Ciências do Espírito (*Geisteswissenschaften*). Heidegger, inicialmente em *Ser e Tempo* (HEIDEGGER, 2012), mas em especial após a reviravolta (*die Kehre*), realizou uma reflexão metadiscursiva que funda na linguagem a compreensão, não apenas das obras e da cultura humanas, mas das próprias realidades do Homem. Com isso, a hermenêutica rompeu com suas pretensões objetivistas, o que a levou, com Gadamer, ao *status* de atitude filosófica, uma compreensão

que conforma e sustenta procedimentos cognitivos de modo geral (BERNSTEIN, 1983). Segundo Ayres (2005), Gadamer buscou superar a dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. Uma vez que, no caso das ciências que lidam com o humano – a medicina entre elas –, quem busca compreender está também necessariamente incluído no processo de compreensão, há uma coincidência entre conhecedor e conhecido que é a base da validação dos procedimentos interpretativos. Daí a frase “compreensão, nas Humanidades, é compreender-se”, do próprio Gadamer.

Por fim, é necessário mencionar Paul Ricoeur. Assim como Heidegger e Habermas, Ricoeur também se insere numa tradição hermenêutica²⁶, mas, como em relação aos outros dois filósofos, vamos tomá-lo por uma faceta específica de seu monumental trabalho, de extrema relevância para a medicina narrativa por razões óbvias: a narratologia (RICOEUR, 2010). Em sua obra *Tempo e Narrativa* (2010), Ricoeur traça um paralelo entre *metáforas* e *narrativas*. Na própria natureza dessas construções de linguagem, há, para Ricoeur, a constituição de inovações semânticas. A diferença entre elas, então, seria que, no caso das metáforas, enquanto existir um deslocamento de pertinência semântica que sobrevive e resiste a interpretações literais, a metáfora se mantém viva. No caso das narrativas, a inovação semântica consiste na invenção de uma intriga na unidade temporal de uma ação total e completa. “Em ambos os casos, algo novo – algo ainda não dito, algo inédito – surge na linguagem: aqui, a metáfora viva, isto é, uma nova pertinência na predicação, ali, uma intriga inventada, isto é, uma nova congruência no agenciamento dos incidentes”²⁷. Esse “agenciamento dos incidentes” é o que dá sentido à narrativa e a integra na rede de significados do mundo como estrutura significativa. Não há como valorizar uma *queixa*, de quem quer que seja, sem essa compreensão. Só por isso, o estudo de Ricoeur por profissionais de saúde já estaria justificado. Contudo, ainda assim, estaríamos a pisar em um campo bastante teórico. Mas, ele avança um pouco mais. Para Ricoeur, a imaginação produtiva é quem possibilita a compreensão. Metáforas e narrativas simulam (não estaria aqui embutida a ideia de ensaio?!), no nível superior de uma metalinguagem, a inteligência enraizada no esquematismo que nos aprisiona: o da linguagem. E conclui:

Consequentemente, quer se trate de metáfora ou de intriga, explicar mais é compreender melhor. Compreender, no primeiro caso [metáfora], é voltar a captar o dinamismo em virtude do qual um enunciado metafórico, uma nova pertinência semântica emerge das ruínas da pertinência semântica tal como aparece numa leitura literal da frase. Compreender, no segundo caso [narrativa], é voltar a captar a operação que unifica numa ação inteira e completa a diversidade constituída

26 Para excelente revisão com especial atenção para os aspectos relacionados às práticas de saúde das hermenêuticas crítica e filosófica, v. AYRES, 2005.

27 Cf. RICOEUR, 2010. Op. cit. p. 2.

pelas circunstâncias, pelos objetivos e pelos meios, pelas iniciativas e pelas interações, pelas reviravoltas da fortuna e por todas as consequências não desejadas da ação humana. (RICOEUR, 2010, p. 3).

A compreensão totalizante que exige a narrativa se contrapõe ao discurso analítico e fragmentário requerido pela ciência biomédica e imposto pelas situações desfavoráveis nas quais se dá o encontro clínico atualmente. Hoje, o discurso científico, por seus poderes visionários e seus resultados brilhantes, sobreescreve a medicina de tal forma que o médico se torna um “citador-de-estudos-clínicos”, repetindo-os sempre que necessário e, principalmente, em situações de tensão entre o conhecimento teórico e a aplicação prática (GADAMER, 1996), até que novos estudos substituam os antigos (IDEM, p. 1-30). Mas nossos pacientes não querem só isso. Sem abandonar a ciência, é preciso dar algum valor aos discursos que, feitos de linguagem, são quase abstraídos da relação entre os médicos e seus pacientes (e entre médicos também!), como interferentes, ruídos indesejáveis. Como conseguir tal feito? Trata-se de um problema epistemológico, pois refere-se ao valor de verdade que atribuímos a determinadas informações. Ainda aqui, é Ricoeur quem responde:

O problema epistemológico levantado, quer pela metáfora, quer pela narrativa, consiste em grande medida em ligar a explicação empregada pelas ciências semio-linguísticas à compreensão prévia que decorre de uma familiaridade adquirida com a prática linguageira, tanto poética como narrativa.” (RICOEUR, 2010, p. 3).

Se, a partir do “estranhamento”, *ostranenie*, *Unheimlichkeit*, *differance*, *Verfremdungseffekt*, ou qualquer forma por meio da qual se consiga uma “dissonância” à “familiaridade da prática linguageira” causado pela poesia (metáforas em trânsito) e pelas narrativas (ensaios de intrigas sintéticas do mundo da vida) de modo a quebrar o transe cognitivo causado pelo costume; se o discurso poético (no sentido de *Poiesis*) permite à linguagem acessar realidades que não são atingidas pelo discurso meramente descritivo, permitindo inclusive a Ricoeur falar em referência metafórica, em especial nos campos “sensorial, pático, estético e axiológico, constituintes do mundo habitável”; e se, enfim, a função mimética das narrativas, por sua vez, se exerce de preferência no campo da ação e seus valores temporais, então as narrativas ao *reconfigurar* nossas experiências temporais e reconstruir nosso modo de ser-no-mundo têm aqui seu particular e inquestionável valor de verdade.

VI. Conclusão

A tragédia da doença, sob um ponto de vista fenomenológico-existencial, começa no jogo mórbido de significados relacionado ao sentido que o doente atribui a sua

enfermidade. Conhecemos bem a face negativa desse jogo e elaborar sua contrapartida sem um cunho consolatório ou de autoajuda é sempre um desafio. Se a filosofia já foi a “medicina da alma”, hoje é a profissão de Hipócrates que necessita de uma “filosofia” que a auxilie em seu fardo de Sísifo camusiano: o alívio dos padecimentos da espécie humana.

Há duas formas de se “curar” a angústia pelo contato com a finitude proporcionada pela doença: ou devolvemos o sentido da finitude ao paciente; ou bem, o retiramos completamente²⁸. Devolver o sentido da finitude é convencer o paciente de que ele não foi jamais perdido. Retirá-lo é dizer que nunca foi verdadeiramente dado. Tendo em vista a finitude, ou a sublimamos em alguma forma de imortalidade, ou a in-corporamos. A primeira saída é *metafísica*, mas não nos enganemos de que sua presença consta apenas dos discursos teológicos. Ela reside também, por exemplo, em conceitos seculares comuns como o de natureza (ROSSET, 1989) e progresso (DUPAS, 2006), entre outros. A segunda via é a *trágica*. Se “já nos considerarmos mortos”²⁹, não há o que temer. “Num mundo onde não há nada a perder, todas as circunstâncias são aproveitadas” (ROSSET, 1989, p. 73). Circunstâncias que permitem ao estado mórbido uma reinterpretação de seu ser-no-mundo e com isso, uma reconfiguração da estrutura de significação no qual o ser-aí está enredado num processo que pode criar “mundos” e produzir “Eus” redimidos.

Para o médico, ou qualquer outro profissional da saúde que se disponha ao cuidado de enfermos, a tragicidade da doença reside no fato de nos constituirmos o fulcro de narrativas carregadas de conteúdos existenciais (CARELLI, 2013). O enfermo não é o operário autômato a que se referia Benjamin. Ele é o *narrador* por excelência; sacado do tempo dos relógios, passa habitar o tempo dos calendários. A intensidade de suas vivências (*Erlebnis*) fornece, assim, material riquíssimo para que sejam convertidas em experiências (*Erfahrung*) e, como consequência natural, narradas. A narrativa, assim construída, não tem por objetivo a coleta de dados ou o simples acolhimento; é muito mais que isso (CARELLI, 2013). O ouvido atento do profissional de saúde constitui uma *Terapia* (θεραπεία). Privilégio ou sina, é esse o seu destino. Eis a tragédia.

Agradecimentos

Agradeço à professora doutora Fabiana Carelli pela cuidadosa revisão do manuscrito, pelas sugestões valiosas e acréscimos fundamentais ao texto final.

28 Vou utilizar o raciocínio que Clément Rosset (1989) desenvolve para explicar o conceito de “mundo desnaturalizado”, em especial nas p.72-79.

29 Refiro-me ao personagem Capt. Ronald Speirs, interpretado por Matthew Settle na série *Band of Brothers*, quando “consola” um soldado desesperado com a ferocidade do combate com a frase: “A única esperança é admitir que você já está morto.”

Referências

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. 2. ed. Tradução de Edson Bini. Edipro, São Paulo. 2007.

AVELAR, I. João Gilberto Noll e o Fim da Viagem. *Travessia* [Florianópolis, Brazil] 39 (1999 [2002]): 167-92. 25.

AYRES, JRCM. 2004. Norma e Formação. Horizontes Filosóficos para as Práticas de Avaliação no Contexto da Promoção de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2004. v.9, n.3, p. 583-592.

_____. Hermenêutica e Humanização da Práticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2005. v. 10. n.3. p. 549-560.

_____. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2001. v. 7. n.1, p.63-72.

AZEREDO, VPO. Nietzsche: a grande saúde e o sentido trágico da vida. *Cadernos Nietzsche* 28, 249-261, 2011.

BAUMAN, Zygmunt. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Tradução de Jorge Gama e Cláudia M. Gama. Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 1998. p. 190-204.

BENJAMIN, Walter. 1985. Sobre o Conceito de História (1940). In: *Obras Escolhidas I. Magia e Técnica, Arte e Política*. Tradução de Sérgio Paulo Rouanet. 14. reimpressão. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2011. p. 222-232

_____. 1989. Charles Baudelaire – Um Lírico no Auge do Capitalismo. In: *Obras Escolhidas III*. 4. reimp. Tradução de José Carlos Martins Barbosa e Hemerson Alves Baptista. São Paulo: Brasiliense, 2011.

BENSENÖR, Isabela Martins (Org.); ATTA, José Antonio. (Org.); MARTINS, Milton de Arruda (Org.). *Semiologia Clínica - Sintomas e Sinais Específicos - Dor - Insuficiências*. São Paulo: Sarvier, 2002.

BRECHT, B. *Brecht on Theatre – Developing an Aesthetic*. Edited and Translated by John Willett. New York: Hill and Wang, 1964.

BURNETT, Henry. Humano, demasiado humano, livro 1 - Nice, primavera de 1886. *Cadernos Nietzsche* 8, 2000, p. 55-88.

CARELLI, Fabiana; POMPILIO, Carlos Eduardo. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. *Interface* (Botucatu), Set, vol.17, n.46, 2013, p.677-681.

CRAWFORD, L. 1984. Viktor Shklovskij: Différance in Defamiliarization. In: *Comparative Literature*, v. 36, n. 3

(Summer, 1984), p. 209-219.

CRONJER., FULLAN, A. Evidence-based medicine: toward a new definition of “rational” medicine. *Health: SAGE Publications*; 2003;7(3):353-69.

CYBULSKA, E. M. The madness of Nietzsche: a misdiagnosis of the millennium? *Hosp. Med.*, 2000, 61: 571-575.

DUPAS, Gilberto. *O Mito do Progresso - Ou o Progresso como Ideologia*. São Paulo: Ed. Unesp, 2006.

FOUCAULT, Michel. Discourse and Truth: the Problematization of Parrhesia, Edited by Joseph Pearson. Digital Archive: Foucault.info, 1999.

FREUD, Sigmund. The “Uncanny”. Tradução de Alix Strachey. C.P., 4, 1925. p. 368-407.

_____. *Das Unheimliche*. Gesammelte Werke: XII, 2005. p. 229-268, 1919.

GADAMER, Hans George. *The Enigma of Health - The Art of Healing in a Scientific Age*. Translated J. Gaiger e N. Walker. Stanford University Press, 1996.

GAGNEBIN, Jeanne-Marie. *História e narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Editora Unicamp, 1994. Coleção Estudos Filosofia. Volume 142.

HABERMAS, Jürgen. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

Heidegger, Martin. *Seminários de Zollikon – Protocolos, Diálogos, Cartas*. Editado por Medard Boss. Tradução de Gabriella Arnold, Maria de Fátima A. Prado, Renato Kirchner. Ed Universitária São Francisco, ABD e Vozes, 2009.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. Tradução de Fausto Castilho. Campinas: Ed. Unicamp e Petrópolis: Vozes, 2012.

HEMELSOET, D., HEMELSOET, K., DEVREESE, D. The neurological illness of Friedrich Nietzsche. *Acta neurologica Belgica*, 2008.

JAEGER, Werner. *Paidéia. A Formação do Homem Grego*. Tradução de Arthur M. Parreira. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

KOSZKA, C. Friedrich Nietzsche (1844–1900): a classical case of mitochondrial encephalomyopathy with lactic acidosis and stroke-like episodes (MELAS) syndrome? *J Med Biogr* August vol. 17 n. 3 161-164, 2009.

LORAUX, Nicole. La Tragédie Grecque et l’Humain. In: *Les Aventures de la Raison Politique*. Paris: Editions Métailié, 2006. p. 47-69. Editor Aduauto Novaes.

MARGOLIN, U. Russian Formalism. The John’s Hopkins Guide to Literary Theory and Criticism. Ed. M Groden, M Kreiswirth, and I Szeman. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2005. Acessado em <http://www.davidlavery.net/Courses/Narratology/JHGTC/Russian%20Formalism.pdf> (01/01/14)

MATOS, Olgária. *Discretas Esperanças*. Reflexões Filosóficas sobre o Mundo Contemporâneo. São Paulo: Nova Alexandria, 2006

MOREIRA, AB. Corpo, Saúde e Medicina a partir da Filosofia de Nietzsche. Dissertação de Mestrado. FFCLH-USP. Orientador: Scarlett Marton. 2006. Acessível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-26112007-140043/en.php>

NIETZSCHE, Friedrich. *Humano, Demasiado Humano - Um Livro para Espíritos Livres*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. *Gaia Ciência*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras. 2001.

_____. *Ecce Homo - De Como a Gente se Torna o que a Gente é*. Tradução de Marcelo Backes. Porto Alegre: L&PM Pocket. 2003.

PENA, Cristiana. Empatia radical @ MySpace. A construção de uma autoficção política. *Ex-aequo* n.20 Vila Franca de Xira. 2009. Acessado em 21/12/2013. http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874=55602009000200013-&script=sci_arttext

POMPILIO CE, VIEIRA JE. The technological invention of disease and the decline of autopsies. *Sao Paulo Med J*. 2008 Mar 6;126(2):71–2.

QUINE, W. V. 1978. The Ways of Paradox and Other Essays. Cambridge, MA: Harvard University Press. In Fenomenologia. Cerbone, DR. Tradução de Caesar Souza. Petrópolis, RJ. Vozes (Série Pensamento Moderno) p. 21.

RICOEUR, Paul. *Tempo e Narrativa*. Tradução de Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2010. v. 1.

ROSSET, Clément. *A Anti-Natureza - Elementos para uma Filosofia Trágica*. Tradução de Getúlio Puell. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989.

SACKETT, DL; HAYNES, RB; GUYATT, GH; TUGWELL, P. *Clinical Epidemiology – A Basic Science for Clinical Medicine*. 2nd Edition. Little Brown and Company. Boston, 1991.

SAX, L. What was the cause of Nietzsche’s dementia? *J. Med. Biogr.*, 2003, 11 : 47-54.

SCHALOW, F & DENKER, A. *Historical Dictionary of*

Heidegger's Philosophy. 2nd Edition. Scarecrow Press, Inc, 2010.

SHKLOVSKIJ, V. 1917. Art as a Technique. Acessado em <http://www.vahidnab.com/defam.htm> (01/01/14)

SIEBENEICHLER, FB. Apresentação à Edição Brasileira. In: HABERMAS, J. *Teoria do Agir Comunicativo*. Tradução de PA Soethe. São Paulo: Martins Fontes, 2012. v.1.

SILVA, Maria de Fátima. *A Parrésia em Filodemo*. Dissertação de Mestrado em Estudo Clássicos em Literatura Grega, 2009.

SLATMAN, J. Transparent Bodies: Revealing the Myth of Interiority. In *The Body Within: Art, Medicine and Visualization*, 2009. Chap 6. p. 107-122. Editado por Renée Van de Vall, Robert Zwijnenberg.

SVENAEUS, F. The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice. *Linköping Studies in Arts and Science*, Department of Health and Society, 1999.

_____. Das Unheimliche – Towards a Phenomenology of Illness. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2000a, 3(1), p.3-16.

_____. The body uncanny - Further steps towards a phenomenology of illness. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2000b, 3: 125–137.

TAYLOR, DC. The components of sickness: Disease, illness and predicaments. *Lancet*, 1979; 2:1008-1010.

