

Christopher Robert Peterson

**Gíria Médica
Trambiclínicas, Pilantrópicos e Embromeds**

**Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Oswaldo Cruz,
como requisito parcial para a obtenção de grau de
Doutor em Saúde Pública**

Banca examinadora:

Bruna Franchetto

Jürgen Walter Bernd Heye

Maria Helena Machado

Luís David Castiel

Fermin Roland Schramm (orientador)

**Rio de Janeiro
1999**

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi realizada com o auxílio de uma bolsa do CNPq. Além do meu orientador, Fermin Roland Schramm, agradeço aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública que contribuíram com suas valiosas críticas, sobretudo a Carlos Everardo Coimbra Junior, Luís David Castiel, Maria Helena Machado, Nilson do Rosário Costa, Cecília Minayo, Keyla Marzochi, Mauro Marzochi e Luiz Antônio Camacho, aos professores Bruna Franchetto do Museu Nacional e Jürgen Heye da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e aos colegas de doutorado da ENSP, especialmente os médicos Márcia da Silveira Charneca Vaz e Roberto Medronho. O sociólogo e ecologista David Hathaway, da FLACSO, amigo de longa data e colega de tradução, leu uma versão preliminar do texto e fez várias sugestões. Agradeço também ao Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina e à Associação Brasileira de Linguística pela solidariedade durante o XIV Instituto Linguístico. Minha companheira, Marta de Oliveira, acompanhou a evolução do texto com atenção, afeto e sugestões valiosas. Agradecimentos especiais aos médicos que dispuseram do seu tempo para serem entrevistados, e aos oito estudiosos que responderam ao meu artigo (Peterson, 1998a) com suas críticas e comentários.

RESUMO

O autor analisa a gíria médica carioca a partir da visão de metáfora interativa ou viva proposta por autores como Black (1962) e Ricoeur (1972; 1976), aplicada a trocadilhos e outros chistes do cotidiano médico, com o objetivo de desvendar o que os médicos significam ou “querem dizer” com esse registro lingüístico. O estudo adota uma classificação da gíria em três áreas temáticas, i.é., na relação do médico com a aquisição do conhecimento profissional e escolha de especialidade, com os pacientes e com os serviços de saúde. Comparando seu material empírico com o de estudos americanos que enfocam chistes para pacientes, o autor identifica, além destes, uma série de trocadilhos para os próprios serviços de saúde, levando-o a sugerir interfaces entre a gíria médica e a “hipercrise sanitária” identificada por Schramm (1995).

Palavras-chave linguagem médica; gíria médica; jargão médico; ética médica; bioética

E-mail do autor: cpeterson@alternex.com.br

ABSTRACT

The author analyzes medical slang in Rio de Janeiro based on the view of interactive or live metaphor proposed by such authors as Black (1962) and Ricoeur (1972; 1976), applied to puns and other jokes from medical work, with the goal of unveiling what physicians mean by this linguistic register. The study classifies medical slang in three broad areas, pertaining to the physician's relations with professional training and knowledge, patients, and health care services. Comparing his empirical material with previous studies focusing on hospital slang for patients, the author identifies, in addition, a range of slang terms for health care services themselves. The study points to interfaces between medical slang and the Brazilian "health hypercrisis" identified by Schramm (1995).

Key words medical discourse; medical slang; medical jargon; medical ethics; bioethics

Author's e-mail address: cpeterson@alternex.com.br

SUMÁRIO

	<u>página</u>
Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Sumário	iv
Abertura	1
Introdução	2
Hipótese	6
Objetivo Principal	7
Objetivos Específicos	7
Justificativa	8
Metodologia	9
Capítulo I:	
A construção da metáfora médica	14
Capítulo II:	
A metáfora médica enquanto ato de fala	22
Capítulo III: Análise discursiva da gíria médica carioca	
Notas introdutórias	39
A. Metáfora e saber médico	40
B. Gíria para pacientes	48
C. Trocadilhos para os serviços de saúde	64
Capítulo IV: Gíria médica:	
excesso de significado diante da finitude de recursos para saúde?	79
Capítulo V: Conclusões	101

Fechamento	109
Anexo I: Gíria médica: um léxico	110
Anexo II: Entrevista gravada com médico traumatologista	117
Anexo III: Anedota americana sobre <i>HMOs</i>	118
Anexo IV: Exemplo de uso de acrônimos no jargão médico	120
Bibliografia consultada	121

ABERTURA

*Multa renascentur quae jam cecidere cedentque
Quae nunc sunt in honore vocabula, si volet usus,
Quem penes arbitrium est et jus et norma loquendi.*

“Muitas palavras que já morreram não de renascer,
e cairão (em desuso outras) que atualmente estão em voga,
se assim quiser o uso, que detém o arbítrio, o direito e a
norma de falar.”

(Horácio, *Arte Poética*, apud Rónai, 1980:112)

“Clavícula?...”

A palavra hesitante do calouro mais afoito rompe o silêncio nervoso e escorre pelas paredes de azulejo branco do anfiteatro do velho Instituto Anatômico, em resposta à primeira pergunta de um curso de Medicina de seis anos. Na véspera, o vetusto catedrático deixara na bancada de aço inoxidável esse osso singular, que há mais de trinta anos abre seu Curso de Introdução à Anatomia Humana, junto à pergunta, “Alguém pode identificar?”

“Clavícula,” repete o calouro, agora mais seguro de si.

“Clavícula, sim. Em latim, ‘pequena chave’. Algum dos doutores pode me explicar por que? Será pela semelhança do formato?...”

À distância, os futuros médicos procuram ansiosamente alguma similitude formal entre aquele osso solitário e qualquer outra chave do seu cotidiano. Com um gesto magistral, generoso, o catedrático entrega-o aos jovens da primeira fila, que passam o objeto de mão em mão, entreolhando-se, cétricos, envergonhados.

“...Quiçá. Porém sabiam também os anatomistas clássicos que a ‘clavícula’ é o primeiro osso a se formar no feto, e o último a se desvitalizar no cadáver. Portanto, a clavícula é a pequena chave que abre e fecha a vida.”

O silêncio volta ao anfiteatro. Alguns calouros estão até com os olhos marejados. Mas é só o cheiro de formol nas paredes. Eles ainda vão se acostumar...

INTRODUÇÃO

Na aula inaugural de medicina, o catedrático dá uma lição não apenas de anatomia, mas sobretudo de metafórica. Provoca os alunos com a questão clássica da distinção entre a *semelhança* no sentido direto e estreito, ou seja, entre os próprios objetos – o osso e a chave – e a *analogia*, ou a semelhança das relações – entre o *abrir* e *fechar* da vida e o abrir e fechar de algo com uma chave. Para melhor entender a metáfora do professor, poderíamos recorrer a outras metáforas. Isso seria natural: afinal, para falar da linguagem, temos que utilizá-la. Então, vejamos: num exercício etimológico, *arqueológico*, o professor espana a poeira dos séculos de um osso, evocando o anatomista clássico que pela primeira vez, com gênio classificatório, cunhou a metáfora *clavícula* - “pequena chave”. Com aquele osso inerte, cujo nome há muito tornou-se metáfora morta (perdendo o sentido figurado para o literal, passando de *chavezinha* para *chavão*), o professor ressuscita a metáfora viva.

Sem pedir licença poética ao professor de anatomia, recorro à *pequena chave* para abrir a discussão sobre outro campo metafórico da medicina, que chamo de *gíria médica*, o objeto desta tese. A *clavícula* é um exemplo de *catacrese*, não propriamente no sentido convencional de “uso forçado, imposto pela necessidade...pela falta de palavra adequada” (Fontanier, 1977, apud Filipak, 1984:167), mas concordando com Black (1962:32-33), como “o uso de uma palavra num sentido novo para remediar uma lacuna no vocabulário; catacrese põe sentidos novos em palavras velhas”. Como Black observa, quando “a catacrese serve uma finalidade genuína, o novo sentido rapidamente torna-se parte do sentido *literal*”.

Meu artigo sobre *gíria médica* (Peterson, 1998a) abre com o exercício metafórico proposto acima, um enigma: todas as metáforas “morrem”, i.é., tendem inexoravelmente à catacrese, à literalidade? E os chistes metafóricos criados por médicos no seu trabalho cotidiano “morrem”, ou continuam circulando enquanto *gíria viva*, revelando e interagindo com as surpresas, tensões e conflitos vivenciados pelos médicos? Quando o anatomista antigo cunhou a palavra *clavícula* para preencher uma lacuna no léxico (já que não havia nome para aquele osso), ele deu um sentido novo à palavra antiga para “pequena chave”. *Clavícula* rapidamente tornou-se uma metáfora morta, e há séculos exige um exercício

etimológico para desenterrá-la. À medida que o significado é visto como “natural”, a metáfora morre. Mas as metáforas vivas são aquelas que não apenas “preenchem lacunas”, mas continuam portando significados duplos ou múltiplos, isto é, mantêm sua polissemia, e ao mesmo tempo, expressam tensão, provocam surpresa, divertimento, desconforto, discordância. Como bem observa Ricoeur (1976:52), não há metáforas vivas no dicionário. A gíria médica carioca tampouco consta do *Aurélio*. Tem que ser procurada entre os membros da profissão. Assim, a construção da metáfora viva permeia toda minha discussão da gíria médica.

O texto se desenvolve como segue:

Na *Justificativa*, identifico como a idéia inicial da tese surgiu da minha dupla militância profissional como tradutor e médico sanitário e da constatação da escassez, na literatura brasileira, de trabalhos sobre a linguagem médica em geral e a gíria e jargão médicos em particular.

A *Metodologia* delinea como o processo de análise *ad interim* partiu de uma lista de trocadilhos recordados da minha própria experiência como estudante, interno e médico para uma série de entrevistas com outros médicos, paralelamente à uma revisão da literatura internacional e à busca por um marco teórico que desse maior sustentação aos meus achados empíricos, no trabalho de diversos estudiosos da metáfora, entre eles, Eco (1974), Freud (1905a), Black (1962), Ricoeur (1972; 1976) e Searle (1979). Consulte também estudos americanos sobre gíria e/ou humor médicos, como Crichton (1968), Gordon (1983), Coombs et. al. (1993) e, mais recentemente, Bennett (1997), na busca de pontos de comparação entre os respectivos léxicos. Essa comparação permitiu uma constatação importante, mas que talvez parecesse óbvia à primeira vista, ou seja, que embora a gíria médica não tivesse sido estudada anteriormente no Brasil, enquanto fenômeno não estava restrita a este país.

O *Capítulo I* fornece a definição provisória ou *working hypothesis* para o termo “gíria médica” que foi utilizada ao longo do estudo para distingui-la de outros registros lingüísticos médicos, como os discursos científico e deontológico e, sobretudo, do seu

quase-congênera, o jargão médico (essa definição será reavaliada no Capítulo V, nas Conclusões). Recorrendo a Black (1962) e Ricoeur (1972; 1976), segue com uma revisão breve das três principais visões históricas de metáfora – substituição, comparação e interação – já então ilustradas por metáforas colhidas através da pesquisa de campo e adotando a visão interativa como aquela com maior potencial polissêmico, buscando apresentar as possibilidades iniciais da metáfora médica no sentido de *significar* ou “querer dizer” coisas do *ethos* médico.

O *Capítulo II*, referenciado na escola analítica de Oxford, sobretudo Searle (1979), examina a questão da metáfora médica enquanto *ato de fala*. A questão central deste capítulo é o que a metáfora médica “faz, ao dizer”. Sugere também uma relação do tipo metáfora/paráfrase entre a gíria médica e outros discursos sobre o *ethos* médico, inclusive os debates da bioética.

O *Capítulo III* apresenta uma análise discursiva do material de campo propriamente dito, à luz dos dois capítulos anteriores. Adoto uma classificação temática da gíria médica em três grandes áreas: a formação médica e as especialidades, os pacientes e os serviços de saúde. Na gíria para *especialidades*, sugiro uma característica que aparentemente não havia sido explicitada na literatura até então, além do papel de provocação inter-especialidades, ou seja: através desses chistes os médicos recuperam, ainda que jocosamente, as raízes históricas da medicina moderna. A área dos *pacientes* permitiu as maiores possibilidades de comparação entre a gíria médica carioca e a americana, já que a literatura americana sobre o tema (Crichton, 1968; Gordon, 1983; Coombs et. al., 1993) enfoca quase que exclusivamente esse sub-tema. Finalmente, ao contrário desses mesmos autores americanos, identifique e analise uma gíria médica carioca para os próprios serviços de saúde, descoberta essa que deu lugar a um debate produtivo com outros autores americanos (Pollock, 1998; Flowers, 1998) em relação a Peterson (1998a). Na seqüência, com base numa leitura de Bennett (1997), sugiro índices de uma gíria médica nascente para os serviços de saúde, também nos Estados Unidos.

No *Capítulo IV*, partindo de uma indagação de Ricoeur (1976:68) sobre a relação entre o uso tensional da linguagem e a sustentação de um conceito tensional da realidade, examino questões levantadas por bioeticistas como Oppenheimer & Padgug (1998), Callahan (1996), Schramm (1997b), Engelhardt (1996) e Garrafa (1994) na hipótese de uma relação de metáfora/paráfrase entre a gíria médica e o debate bioético, especialmente com respeito à questão da justiça distributiva em saúde.

O *Capítulo V* resume as conclusões do estudo e apresenta sugestões para linhas de pesquisa sobre os discursos médicos.

HIPÓTESE

Existe na linguagem médica carioca um campo lexical e semântico chamado *gíria médica*, que se pode distinguir do jargão médico e dos discursos tanto científico (fundamentado em fatos e confinado ao sentido literal das palavras), quanto deontológico (que prescreve inclusive como e quando o médico deve se comunicar com os pacientes e familiares, colegas e sociedade). A *gíria médica* é plena de significação em relação à desprofissionalização médica (perda de autonomia técnica e laboral) (Machado, 1996); à transição epidemiológica (Prata, 1992; Marques, 1995) e à transição paradigmática na ética médica (Schramm, 1997c).

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar e classificar a gíria médica carioca do ponto de vista lexical e semântico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estabelecer interfaces entre os significados da gíria médica carioca e: a) a transição epidemiológica brasileira e b) o estado atual do trabalho médico no Brasil.

Relacionar a gíria médica carioca e seus significados à transição paradigmática na ética médica.

JUSTIFICATIVA

A questão central desta tese, o que a gíria médica diz sobre o *ethos* médico, surgiu de uma observação ingênua. Como tradutor, observava que os tropos eram quase sempre “intraduzíveis”, desafiando até as leis da física no caso da tradução simultânea, com duas

idéias tentando ocupar o mesmo lugar ao mesmo tempo, mas que pareciam expressar uma riqueza de significados não-dizíveis por outro estilo discursivo. E como médico, ocorreu-me que os chistes e trocadilhos utilizados por membros da nossa profissão poderiam significar coisas singulares sobre o campo da saúde em geral e a prática médica em particular. Assim identifiquei esse conjunto de tropos, que chamo de *gíria médica*, como objeto de investigação. Foi uma observação ingênua, porque embora tivesse alguns anos de experiência em tradução, não tivera nenhum contato formal ou sistemática com as teorias da linguagem ou da semântica. Através de uma revisão bibliográfica preliminar em 1995 e consultas com lingüistas de diferentes instituições acadêmicas do Rio de Janeiro, que aliás, estão presentes nesta Banca Examinadora, constatei uma escassez de trabalhos sobre o discurso médico, ou melhor, sobre os estilos ou registros discursivos dos médicos brasileiros em geral, e nenhuma referência sistemática ao uso da *gíria* ou jargão médicos no país. Essa lacuna por si só justificaria uma investigação sobre o tema da *gíria médica* brasileira. Caso a *gíria médica* pudesse ser identificada e classificada, ainda que preliminarmente, e também, como pretendo demonstrar, tivesse relevância para o *ethos* médico no país, o esforço da investigação seria duplamente justificado.

METODOLOGIA

Notas introdutórias

A tese teve desde o início um enfoque duplo e interativo, com a coleta de material empírico e a busca de suporte teórico, de maneira a tentar iluminar o primeiro com o segundo. A Escola Nacional de Saúde Pública não tinha uma cadeira formal de lingüística

ou semântica, mas tive a vantagem de contar com a orientação do professor Fermin Roland Schramm, cuja formação nessas áreas antecedeu sua dedicação atual à bioética (1995, 1997a, 1997b, 1997c). Schramm me guiou particularmente até a leitura de Black (1962) e Ricoeur (1972). Tive também as sugestões valiosas do antropólogo e Editor dos *Cadernos de Saúde Pública* Carlos Everardo Coimbra Jr., e de Luís David Castiel, este com sua investigação sobre o uso da metáfora na epidemiologia (Castiel, 1995, 1996, 1998). E o dispositivo formal que autoriza a obtenção de créditos de pós-graduação fora da instituição de origem permitiu que eu estudasse com os lingüistas Bruna Franchetto do Museu Nacional/UFRJ e Jürgen Heye da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Assim, a permeabilidade da ENSP a uma idéia fora dos marcos da sua grade curricular e a solidariedade inter-institucional do Museu Nacional e da PUC são ao mesmo tempo motivos de gratidão da minha parte e fatores que facilitaram a metodologia interdisciplinar desta tese.

Metodologia de campo

Usei como ponto de partida para os tropos coletados neste estudo uma lista que fiz de memória – uma espécie de estudo de campo retrospectivo – de trocadilhos aprendidos durante minha própria formação médica na Universidade Federal Fluminense, entre 1978 e 1984. Pelo fato de pertencer à profissão cuja linguagem me propus a estudar, assumi o viés de autor-ator. Como médico, enfrentava um desafio semelhante àquele identificado por Bourdieu na sociologia da religião praticada por sociólogos padres ou ex-padres: “O interesse ligado ao fato de pertencer a um campo está associado a uma forma de conhecimento prático, interessada, que aquele que não faz parte do campo não possui. Para se proteger contra os efeitos da ciência ... aqueles que a ele pertencem tendem a fazer dessa pertença condição necessária e suficiente para o conhecimento adequado. Esse argumento é usado correntemente, e em contextos sociais muito diferentes, para desacreditar qualquer conhecimento externo, não autóctone (“você não pode entender”, “é preciso ter vivido isso” ou “não é assim que isso acontece”) e contém uma parcela de verdade” (Bourdieu, 1987:110).

Então, o ponto de partida para o material empírico foi um estudo de campo retrospectivo, de *recall*, recordando os chistes que eu escutava e às vezes utilizava durante minha própria formação e prática como médico. Esse léxico inicial foi ampliado posteriormente através de entrevistas com outros médicos. Em maio de 1995 apresentei a lista a sete diferentes profissionais de saúde formados em três universidades do Rio de Janeiro – um infectologista, um pediatra, um obstetra, um psiquiatra, uma psicóloga com formação psicanalítica, um geriatra e uma enfermeira – pedindo que fornecessem sua própria definição para os termos e reagissem à lista, comentando as definições dos outros entrevistados e vasculhando a memória para outros exemplos semelhantes. As entrevistas iniciais foram realizadas por telefone, e posteriormente realizei duas entrevistas em grupo, com três entrevistados cada. Utilizei a técnica de “bola de neve” para identificar os contatos (Becker, 1993). Outros tropos foram acrescentados através da revisão da lista com meus colegas de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública, especialmente dois deles com formação médica. Baseado num roteiro com perguntas abertas, em julho de 1996 gravei seis horas de entrevistas com quatro anestesistas de um hospital universitário do Rio de Janeiro, dois dos quais trabalhavam também como traumatologistas no serviço de resgate do Corpo de Bombeiros. Eles acrescentaram outros tropos e forneceram suas definições para o glossário que vinha coletando. Essas entrevistas, gravadas numa sala ao lado do quarto dos médicos durante intervalos entre procedimentos cirúrgicos e de emergência, incluem perguntas baseadas em Labov (1972:180-182), que tiveram o intuito de provocar mudanças de estilo de fala, por exemplo: “Como foi seu primeiro plantão?” “Você já sentiu medo durante o atendimento?” Os colegas demonstraram uma riqueza impressionante no uso de metáforas para explicar o cotidiano do seu trabalho profissional. Todos foram informados antecipadamente, e deram seu consentimento verbal, no sentido de que o material gravado seria utilizado para um estudo sobre a linguagem e a prática médicas. Conforme combinado com os entrevistados, as referências às entrevistas são anônimas.

Mantive contatos desde 1996 com a maioria dos entrevistados e continuei atualizando o corpo lexical da gíria. Também pedi a todos que anotassem e me

comunicassem casos de anedotas, chistes, trocadilhos e similares ocorridos durante discussões formais de casos clínicos. Esse material também foi incorporado à análise ao longo deste texto, sempre com citações anônimas.

A maior parte do material de campo é incorporada e analisada ao longo do texto. Alguns tropos e chistes adicionais coletados por mim (Peterson, 1995a; 1995b; 1998a) que não são incorporados ao texto propriamente dito estão registrados no Anexo I, por se tratar de material de fontes primárias que poderá servir de referência para outros estudiosos do tema da linguagem médica.

Análise e redação

A análise do material ao longo desses três anos produziu uma série de monografias de curso, centradas na temática da linguagem médica a partir de diversos enfoques, e apresentadas durante cursos dos professores Fermin Roland Schramm (Peterson, 1995a), Cecília Minayo (Peterson, 1995b), Bruna Franchetto, Jürgen Heye e Maria Helena Machado. No texto atual retomo uma série de argumentos esboçados em Peterson (1998a) e desdubro outros suscitados pelo debate resultante (Pollock, D., 1998; Trostle, J., 1998; Deslandes, S.F., 1998; Carrara, S., 1998; Knauth, D.R., 1998; Flowers, N.M., 1998). Aqui, procuro especialmente elaborar melhor a relação entre o “querer dizer” e o “fazer, ao dizer” da gíria médica. Para tanto, refiro-me à análise de Searle (1979) sobre os *atos de fala* na construção da metáfora, o que, por sua vez, serve de base para rever as teorias comparativa e interativa da metáfora.

Quanto à análise do material, encontrei pertinência na referência ao chamado “método indiciário” do historiador Carlo Ginzburg, feita por Schramm (1996:14): “O historiador Carlo Ginzburg, que explicitou os princípios fundamentais desse ‘método’ (‘caminho’) , fala em ‘paradigma indiciário’ para indicar um método que, partindo da pressuposição da não-transparência do real, assume como pertinentes indícios, sintomas, pontos de vista individuais e locais, sem perder de vista a questão da totalidade, ou seja, a inteligibilidade do mundo. O método indiciário é, portanto, essencialmente qualitativo, individualizante, indireto e conjectural, distinguindo-se necessariamente do método

‘objetivo’, tido como ‘rigoroso’, das ciências naturais”. Nesse sentido, a própria identificação da existência da gíria médica enquanto objeto passível de estudo, assim como sua classificação temática e análise semântica, foram realizadas seguindo uma abordagem coerente com aquela proposta por Ginzburg, sem adotar um esquema *a priori* mas, ao contrário, experimentando diferentes confrontações entre o material empírico e as fontes teóricas citadas aqui, no sentido de produzir “indícios” para a compreensão do *ethos* médico.

Na redação final da tese, fiz duas modificações básicas na conjugação dos verbos. Onde num artigo anterior (Peterson, 1998a) havia exposto as idéias na primeira pessoa do plural, mudei agora para a primeira pessoa do singular. O dispositivo do plural de modéstia, embora ainda utilizado, soa às vezes como uma autoria múltipla de fato inexistente, ou então como uma estratégia do autor no sentido de convencer ou cooptar o leitor, pela tentativa de “evitar o tom impositivo ou muito pessoal de suas opiniões” (Cunha, 1976:286). Por outro lado, onde falo de ações ou atitudes que possam ser generalizadas para a profissão médica (ainda que em nível especulativo), mudei da terceira para a primeira pessoa do plural, pelo fato de pertencer à profissão (exceção feita para minhas observações sobre médicos de outros países, já que nunca exerci a medicina fora do Brasil). O estudo sugere tendências e mudanças contemporâneas gerais na profissão, mas uma das minhas premissas é de que, embora sejamos uma categoria relativamente homogênea em termos de origens sócio-econômicas e que é sujeita a determinadas regras constitutivas e reguladoras comuns, somos ao mesmo tempo um grupo humano extremamente heterogêneo em termos de especialização, tempo de experiência, competência (profissional e lingüística), nível de renda e posições políticas e ideológicas. Portanto, recomenda-se bastante cautela na leitura dos indícios levantados por este estudo, ou por qualquer outro, na minha opinião, quando se refere a “os médicos”.

As conclusões incluem observações sobre os principais achados da pesquisa, assim como propostas de desdobramentos metodológicos numa linha de pesquisa ampliada sobre os diferentes estilos discursivos utilizados na medicina.

CAPÍTULO I

A CONSTRUÇÃO DA METÁFORA NA GÍRIA MÉDICA: COMPARAÇÃO, SUBSTITUIÇÃO, INTERAÇÃO

Notas introdutórias: a metáfora como base de um discurso paradoxal

O discurso médico é prescrito e permeado pelo discurso científico – orientado pelas regras metodológicas da pesquisa biomédica e confinado ao sentido literal das palavras – e deontológico – fundamentado na ética médica tradicional ou hipocrática (Almeida e Schramm, 1999), que trata dos deveres do médico, incluindo como e quando o médico deve se comunicar com os pacientes, seus familiares e os próprios colegas. Entretanto, os dois discursos não exprimem a totalidade do *ethos* médico. Existe outro campo semântico,

chamado aqui de “gíria médica”, que expressa esse *ethos* de maneira insubstituível, de uma forma que não é possível dizer com os dois discursos ortodoxos. Adoto também uma distinção entre gíria médica e jargão médico que será discutida em vários pontos do texto mas cujos traços gerais apresento a seguir. Ducrot & Todorov (1979/1983:59) fazem a seguinte distinção: “*Jargão* significa as modificações que um grupo sócio-profissional traz para a língua nacional, especialmente no vocabulário e na pronúncia. Às vezes não é possível distinguir se as modificações estão relacionadas à natureza específica do que está sendo dito, ao desejo de não serem compreendidos, ou ao desejo do grupo de demarcar sua própria originalidade. A *gíria* (*argot*) pode ser considerada um caso particular de jargão. É um jargão que se apresenta como indício de uma situação social, não apenas privada, mas marginal.” Jürgen Heye, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (comunicação em aula, 1996) identifica como traço diferenciador entre as sub-variedades lingüísticas *gíria* e *jargão* o fato da primeira ser usada por grupos de pouco prestígio social, como surfistas, enquanto o segundo é usado por grupos sociais com prestígio, como médicos. No entanto, o mesmo esquema de Heye identifica a possibilidade de “situações específicas” demarcarem o uso das duas sub-variedades. Minha distinção considera gíria e jargão médicos como dois entre vários diferentes “estilos de fala” (Labov, 1970; 1972), usados por médicos de acordo com o “deslocamento situacional” (Fishman, 1969). Tanto a gíria como o jargão podem ser considerados também como formas de *linguagem conotativa*, no sentido proposto por Hjelmslev (1961, apud Ducrot & Todorov, 1979/1983:23), à medida que neles, um dos elementos significantes é sua própria utilização. E os dois podem ser considerados “anti-línguas”, dentro da concepção de Halliday, com a diferença de que a gíria médica ocuparia uma posição “baixa” no espectro diglótico, e o jargão uma posição “alta” (Halliday, 1976:583; Ferguson, 1959:232-251). Segundo a distinção que adoto, a gíria médica, por motivos éticos, não é utilizada na presença de familiares; em muitos casos, como ver-se-á mais adiante, os médicos, enquanto grupo profissional e comunidade de fala, constroem a gíria “ao asignar significados especiais a substantivos, verbos e adjetivos comuns” (Gumperz, 1968:222). O jargão

médico, por outro lado, é um componente do discurso clínico/científico que é usado na presença de pacientes e familiares, ainda que não o entendam, e inclusive muitas vezes precisamente porque não o compreendem; seria o que Gumperz define como “uma linguagem de um grupo profissional especializado”, uma espécie de *craft jargon*, ou jargão profissional (Gumperz, 1968:221) ou ainda “dialeto ocupacional” (Fishman, 1969:48). Nos Capítulos II e V analiso com maiores detalhes as características dos dois estilos e as situações em que podem ser utilizados.

Usando tropos extraídos de entrevistas gravadas com médicos cariocas nos últimos três anos e outros registrados em caderno de campo, sugiro o que a gíria médica significa (i.é., o que os médicos “querem dizer” com ela) e como é construída (i.é., como uma série de figuras de linguagem passam a adquirir sentidos compartilhados por membros de uma comunidade de fala). Comparo a gíria médica carioca a dois estudos sobre gíria hospitalar americana (Gordon, 1983; Coombs et. al., 1993), de onde sobressaem dois contrastes: 1) os autores americanos identificam quase exclusivamente chistes hospitalares para pacientes, enquanto médicos cariocas empregam uma ampla gama lexical de trocadilhos para os próprios serviços de saúde e 2) os mesmos autores identificam, como funções principais da gíria hospitalar, o reforço do relacionamento entre colegas (Gordon, 1983) e o distensionamento do trabalho médico (Coombs et. al., 1993), enquanto minha pesquisa focaliza a criação de significados novos pela gíria médica carioca. Procuro ir além da noção difundida pelo senso comum, de que a gíria seria utilizada primariamente para “manter o distanciamento” na relação médico-paciente (função desempenhada melhor pelo *jargão* médico) ou para aliviar a tensão inerente ao trabalho médico, um papel representado igualmente por outras formas de humor – como diria uma médica entrevistada – como piadas sobre sexo, papo sobre futebol, dinheiro e outros temas – sem mencionar outros meios aos quais os médicos eventualmente recorrem na tentativa de aliviar a tensão, como diferentes formas de psicoterapia, a religião, a música e o esporte no sentido saudável, e o cigarro, álcool e/ou outras drogas no sentido nocivo. Não nego a participação da gíria na função fática da conversa entre colegas de plantão. Ducrot & Todorov (1979/83:342)

definem a função fática ressaltando que “não há comunicação sem um esforço no sentido de estabelecer e manter contato com o interlocutor;...a fala é vivenciada como se constituísse, pela sua própria existência, um elo social ou afetivo”. Goffman (1964:65) realça esse aspecto interativo ao lembrar, citando, inclusive, equipes cirúrgicas, que “o ato de falar deve sempre estar relacionado ao estado de conversa [*talk*] que é sustentado pelo revezamento na conversa (...); esse estado de conversa envolve um círculo de pessoas, ratificadas como co-partícipes.” Entretanto, restringir a análise de um registro lingüístico à sua função fática implicaria em passar por cima do seu poder semântico. Nesse sentido, pretendo demonstrar que a gíria médica cria significados na postura dos médicos não apenas perante os pacientes, como também, na aquisição do saber clínico-profissional e, principalmente, na nossa relação com o próprio sistema de saúde.

A gíria reflete e cria interfaces com os diversos componentes daquilo que Schramm (1995) denomina “hipercrise sanitária brasileira”, abordada por outros autores segundo diversas perspectivas, a saber: 1) a progressiva “desprofissionalização” do médico, identificada por Machado (1996) como a invasão aparentemente implacável da prática clínica pela tecnologia, os sistemas gerenciais heteronômicos de assistência à saúde, a desestruturação dos serviços públicos de saúde [sob a égide da vaga neo-liberal, apesar da promessa de que a desestatização de certos setores da economia redundaria em benefício dos setores saúde e educação], a sobre-especialização médica e a dependência do profissional médico em relação aos convênios sob diversos formatos; 2) a transição epidemiológica incompleta (Prata, 1992), com a coexistência de doenças do “atraso” com as da “modernidade”, onde sobressaem as infecções emergentes e re-emergentes (Marques, 1995) e a violência social “epidêmica” (Minayo, 1994); 3) a não-resolução de dilemas morais entre objetivos como igualitarismo e universalidade na assistência médica versus a finitude de recursos materiais e de autoridade e visão morais para realizá-los (Engelhardt, 1996:375-410) e 4) a transição paradigmática, ou a metamorfose da ética médica (Almeida & Schramm, 1999).

Essas notas introdutórias tiveram como objetivo introduzir o leitor ao contexto em que a metáfora será analisada como base da gíria médica, a seguir.

Os limites das explicações substitutiva e comparativa de metáfora

A análise do material gravado – onde me refiro ao estudo das visões históricas de metáfora de Black (1962:25-47) e Ricoeur (1972; 1976) – sustenta a *metáfora viva* como instância criadora de significados novos pela gíria médica, estabelecendo interfaces entre: (1) a metáfora-palavra (tropo); (2) a metáfora-enunciado ou “metáfora no seio da frase” e (3) o discurso metafórico (gíria).

Cabe exemplificar sinteticamente a diferença entre três visões históricas de metáfora – as de substituição, comparação e interação – através de um caso extraído de uma das minhas entrevistas (o trecho inteiro da entrevista é reproduzido no Anexo II). No contexto da entrevista, o médico afirma: “O CTI é uma *sala de tortura*.” A atenção do ouvinte se dirige para o termo *sala de tortura*, que Black (1962:28) chama de “foco” (*focus*) da metáfora, enquanto o restante da frase serve como “quadro” (*frame*). Interpretada como *substituição* (i.é., segundo a visão clássica de metáfora, predominante desde Aristóteles, como simples substituição de um termo com sentido “literal” ou “próprio” por outro com sentido “figurado”), a frase significaria “O CTI é um lugar de dor e isolamento.” Vista como *comparação*, ou *símile*, seria “O CTI é *como* uma sala de tortura (em relação à dor, ao isolamento)”. Tanto substituição quanto comparação implicam que, para “entender” a metáfora, basta que o ouvinte “traduza” em direção inversa até chegar ao sentido “próprio” ou “literal” do foco metafórico. Segundo as visões substitutiva e comparativa, a metáfora serve para enfeitar o discurso, como fonte de surpresa e deleite, mas sem criar significados.

Metáfora médica como interação

Já numa terceira visão de metáfora, defendida por Black (1962:38-47), “...temos duas idéias de coisas diferentes que agem conjuntamente e se apóiam numa única palavra ou frase cujo significado resulta da sua *interação*.” Na metáfora citada acima, da mesma forma que o ouvinte recruta – entre uma multiplicidade de atributos de *sala de tortura* –

alguns que designam o *CTI*, modificando-o por esse processo, o *CTI* também apresenta uma gama de atributos que poderão modificar a *sala de tortura*. Para esclarecer a interação do meu exemplo, remonto à Inquisição, que *purgava* suas vítimas pela tortura, enquanto o representante do Santo Ofício lembrava insistentemente aos supostos pecadores: “Aqui trata-se da *saúde* de sua alma...” (Vainfas, 1997:202) [grifo meu]. O mesmo enfoque terapêutico, de purgação das almas pecaminosas, é aplicado pelo Inquisidor Bernardo Gui em *O Nome da Rosa* (Eco, 1983:449-466). Castiel (exame de qualificação do projeto de tese de doutorado de Peterson, C., ENSP/FIOCRUZ, 17/11/1997) observou, ademais, que a interatividade dos dois termos é realçada por um aparente lapso do entrevistado, ao utilizar o termo *sala* de tortura (vide, por exemplo, *sala* operatória ou *sala* de curativo) no lugar do termo usual, *câmara* de tortura. O resultado é que, enquanto chamar o Centro de Tratamento Intensivo de sala de tortura retrata-o pela ótica da crueldade, a mesma metáfora também faz a sala/câmara de tortura parecer mais terapêutica. Ao adotar a metáfora como base da gíria e a *interação* como o conceito que melhor exprime o poder semântico da metáfora, sugiro que a gíria médica seja insubstituível enquanto significante (Ducrot & Todorov, 1979/1983:100) do *ethos* médico, embora interaja com outras referências a esse *ethos*, i.é., os discursos científico e deontológico. A gíria médica é essencialmente conotativa (Ducrot & Todorov, 1979/1983:23), na medida em que um dos elementos significantes é a própria *utilização* desse registro lingüístico. Ao longo do texto, embora o desafio da investigação me imponha “traduzir” ou *dissecar* metáforas médicas como *trambiclínica*, hospital *pilantrópico*, plano *Embromed* e plano *Pafúncio*, não perco de vista os limites dessa “tradução”. A noção de perda de significado na tentativa de traduzir metáfora em sentido literal é compartilhada pelo poeta americano Robert Frost (apud Britto, 1989:111), quando define a poesia como “aquilo que se perde com a tradução” e por Freud (1905a:92), ao advertir que “uma vez desfeita a técnica do chiste, este desaparece.”

Cabe também grifar – pela centralidade que ocupa na gíria médica carioca – uma forma especial de metáfora interativa, o *trocadilho*. A título de exemplo, o debatedor de uma sessão de casos clínicos sobre pneumologia pediátrica mostrava a imagem de uma

criança lactente com ferida por projétil de arma de fogo na região cervical, e alertava: “Enquanto outros países têm o vírus *Ebola*, nós aqui temos o vírus ‘*É bala!*’” A interatividade dos dois termos em itálico leva o ouvinte a associar simultânea e instantaneamente uma multiplicidade de sentidos, pertencentes à realidade brasileira: a transição epidemiológica incompleta, com a coexistência, no perfil da morbi-mortalidade, das doenças do “atraso” e as da “modernidade” (Prata, 1992), sobretudo as infecções emergentes (Marques, 1995) e a violência social epidêmica (Minayo, 1994), tudo visto e expresso dentro do cenário de horror com o qual convive o médico carioca “às portas da emergência” (Pinheiro, 1994). O trocadilho goza de grande agilidade semântica, já que transporta numa única palavra o foco e o quadro da metáfora. Eco (1974:83-84) descreve o *pun* (\approx trocadilho) como “contigüidade forçada entre duas ou mais palavras...feita de elisões recíprocas, cujo resultado é uma deformação ambígua; mas as palavras em relacionamento, embora sob forma de estilhaços, ali estão. Essa *contigüidade coata* libera uma série de leituras possíveis, e portanto, de interpretações que levam a aceitarmos o termo como o veículo metafórico de vários teores. A essa altura, os lexemas (...) adquirem um parentesco por assim dizer natural, e amiúde se tornam mutuamente substituíveis. A substituição metafórica assume, todavia, no *pun* um estatuto de tipo particular, porque aí não temos veículos na ausência de teores, mas a coexistência dos dois.” O termo equivalente de *pun* na língua portuguesa, *trocadilho*, é etimologicamente metalingüístico, na medida em que denota esse processo de elisão recíproca e substituição mútua, um sentido que não transparece imediatamente no termo *pun* (corruptela de *pound*, i.é., bater ou maltratar as palavras, conotando mais abusão do que invenção – Flexner, 1988:1071). Freud (1905a:44) trata com uma certa condescendência esses chistes sonoros, ou *Klangwitze*, que ele considera inferiores aos chistes elaborados mais através do jogo de significados do que pela paronomásia. Entretanto, o trocadilho (antigamente chamada também de *triquestroques*, denotando o *truque* e a *troca*) nos convida a um olhar mais demorado, evocando até o papel central da língua como um todo enquanto *troca* (Benveniste, 1989:103). Como metáfora concentrada numa única palavra, o trocadilho

facilita sua própria incorporação à gíria, circulando, e sendo “trocado” simultaneamente, como chiste condensado e lexema novo. O trocadilho ilustra de maneira elegante o conceito de Ricoeur (1976:46), de derivação heideggeriana, da metáfora enquanto “poesia em miniatura”. Até o momento, não encontrei referência teórica ao uso de trocadilhos em português, apesar da sua rica presença na língua falada e escrita. Inclusive, para amplos segmentos da população brasileira, o trocadilho desempenha papel de alicerce: pai e mãe contribuem com sílabas dos seus próprios nomes para nomear o filho recém-nascido, num gesto que parece significar a recriação genética ocorrida nove meses antes (a propósito, a ciência emprega numerosas metáforas para retratar a genética como *linguagem*: as seqüências genéticas como *palavras*, os cromossomos como *livro de instruções* a ser lido, os movimentos complexos ocorridos durante a redistribuição da *informação* genética como *tradução, deleção e editoração*) (Gall, 1995:1551).

Neste primeiro capítulo, procurei explicar como a metáfora é construída aos níveis de termo, frase e discurso para constituir os significados da gíria médica.

CAPÍTULO II

A METÁFORA MÉDICA ENQUANTO ATO DE FALA

Os próximos passos procuram ir além da análise semântica da metáfora “em si”, ou seja, o que os médicos “querem dizer” com a gíria, para sugerir o que se faz “ao dizer”, isto é, ao enunciar a gíria (ato ilocucionário), e o uso que se faz da gíria (ato perlocucionário). Este capítulo analisa o que se faz ao falar, isto é, o ato de fala, e a relação entre este ato de fala *stricto sensu* e a ação, ou a relação entre o “querer dizer” e o “fazer, ao dizer”. Neste capítulo procuro investigar especialmente se a relação entre a metáfora e sua paráfrase pode oferecer uma analogia para a relação entre a gíria médica e outras interpretações do *ethos* médico, como outros estilos discursivos médicos e/ou as literaturas pertencentes à bioética e à sociologia e história médicas.

Neste capítulo faço referência à chamada escola de Oxford, cujos participantes se consideram filósofos da linguagem comum (*ordinary language*). A tese central dos filósofos de Oxford, de derivação wittgensteiniana, é expressa no lema, “*Meaning is use*” (ou “o significado é o uso”). Ducrot & Todorov (1979/1983:95) identificam aqui uma matiz kantiana, na medida que, para Kant, os conflitos filosóficos surgem porque as categorias de pensamento são aplicadas fora das condições que necessariamente lhes dão significado objetivo. Segundo a escola de Oxford, a linguagem não é ilógica; tem uma lógica particular, que os filósofos deixaram de discernir, e que é mais próxima à lógica da ação do que da matemática, o que corresponde à “lógica” da razão prática descrita por

Kant. A escola de Oxford então caracteriza-se por uma classificação detalhada dos diversos tipos possíveis de usos da linguagem e pela indicação dos tipos de uso apropriados para as expressões específicas de uma determinada linguagem (Ducrot & Todorov, 1979/1983:95).

Começo por uma revisão breve de alguns conceitos lingüísticos básicos que antecederam a formulação da análise dos atos de fala pela chamada escola de Oxford. Pode-se começar, realçando o elo visto pelos neo-positivistas entre a *sintaxe*, que determina as regras que tornam possível a construção de frases ou fórmulas; a *semântica*, que procura fornecer os meios para interpretar essas frases, colocando-as em correspondência com alguma “outra coisa”, que pode ser a realidade (e proponho que assim seja, nessa relação entre a gíria e o *ethos* médicos – mas poderia ser uma correspondência com outras fórmulas, por exemplo, ficcionais) e a *pragmática* (ou, mas adiante, a *performática*) que descreve o uso que os interlocutores fazem das fórmulas quando procuram agir, uns sobre os outros, ou uns em relação aos outros (Morris, 1938, apud Ducrot & Todorov, 1979/1983:338-339).

Bühler (1934, apud Ducrot & Todorov, 1979/1983:340) faz uma distinção entre o *ato* lingüístico, associado ao ato da significação, e a *ação* lingüística, ou a ação da utilização da linguagem, fazendo dela um meio: falamos uns com os outros *para poder fazer algo*. Bühler ilumina a questão da significação, a atividade lingüística original, que pode ser considerada o cerne do estudo da linguagem (e que fundamenta a pergunta original da minha tese, o que a gíria médica diz sobre o *ethos* médico), ao analisar o ato da comunicação como um drama com três personagens: 1) o mundo, ou seja, o conteúdo objetivo sobre o qual se fala; 2) o falante e 3) o ouvinte. Ou seja, no ato lingüístico paradigmático, alguém está falando a outrem sobre algo. Segundo Bühler, cada enunciado (*utterance*) envolve sempre, essencialmente, um tríptico signo, e o ato da significação está sempre orientado nessas três direções. Se refere a: 1) o conteúdo comunicado, através da *função representativa*; 2) o ouvinte, a quem se apresenta o conteúdo como pertinente, através da *função apelativa* e 3) o falante, que manifesta sua atitude psicológica ou moral através da *função expressiva*. Na gíria médica, que é exclusivamente um ato de fala entre

médicos, como discuto mais adiante, as funções *expressiva* (do falante) e *apelativa* (do ouvinte) são sempre desempenhadas por médicos, enquanto a função *representativa* (do conteúdo) varia, abrangendo basicamente as três áreas temáticas que adotei para a gíria. Essas características aproximam a gíria e o jargão médicos, porque em ambos, as funções *expressiva* e *apelativa* são exclusividade do médico, isto é, são registros lingüísticos que os médicos usam exclusivamente entre si, ao contrário do discurso clínico, que é utilizado em diálogo com o paciente. Note-se que o médico pode usar o jargão médico na presença ou diante do paciente, mas com o efeito (e às vezes o intuito) de excluí-lo enquanto interlocutor, tendo uma função apelativa apenas virtual, enquanto a gíria nem chega a ser utilizada na presença do paciente. Essas mesmas características distinguem a gíria e o jargão do discurso clínico (usado na consulta, ou entrevista médico-paciente), onde, pelo menos idealmente, o médico e o paciente desempenham funções *expressiva* e *apelativa*, à medida que haja um diálogo entre os dois. Distinguindo entre a gíria e o discurso clínico, um entrevistado meu afirmou, “É diferente, médico com médico, a gente pode brincar, xingar, falar o que quiser, mas com o paciente, não, o paciente você tem que tratar dentro daquelas normas que nós aprendemos...”.

Para descrever o ato da comunicação, Jakobson (1960, apud Ducrot & Todorov, 1979/83:341-342) traz para o cenário o código lingüístico utilizado, a mensagem composta e finalmente o elo psico-fisiológico, no contato estabelecido entre os interlocutores. Portanto, Jakobson acrescenta às três funções de Bühler (que rebatiza de *referencial*, *expressiva* e *conotativa*), mais três: a *metalingüística* (a maioria das falas inclui, implícita ou explicitamente, referência ao seu próprio código), a *poética* (onde o enunciado, na sua estrutura material, é visto como tendo um valor intrínseco, sendo um fim em si próprio) e a *fática* (não há comunicação sem uma tentativa de estabelecer e manter contato com o interlocutor).

Segundo Ducrot & Todorov (1979/1983:342), os filósofos da escola de Oxford chegaram a conclusões que levam na mesma direção de Bühler e Jakobson e talvez além: na mesma direção, à medida que também tentam determinar o que é realizado durante o

próprio ato de fala (e não apenas o que se pode realizar pelo uso da linguagem); além, à medida que integram essa ação inerente à fala com uma área muito mais extensa da atividade humana. O ponto de partida da sua pesquisa é a descoberta, feita por Austin (1962), da oposição entre enunciados *performáticos* e *constativos*. Um enunciado é *constativo* quando tende apenas a descrever um evento. É chamado de *performático* quando descreve uma determinada ação realizada pelo falante, e quando a produção dessa expressão realiza, ao mesmo tempo, a própria ação.

A descoberta da performática acompanha a descoberta, por Austin, de que determinados (aliás, centenas de) verbos, chamados verbos *ilocucionários*, têm essa dupla propriedade de dizer, e ao dizer, fazer (e.g., jurar, prometer, etc.). O importante, como ressaltam Ducrot & Todorov (1979/1983:342) é que teria que se considerar como falsa uma representação semântica desses verbos que os caracterizasse como uma simples descrição de ações. Os verbos ilocucionários (performáticos), portanto, têm como propriedade que seu significado intrínseco não pode ser apreendido independentemente de uma determinada ação que permitem realizar. Usando os termos de Morris (1938, apud Ducrot & Todorov, 1979/1983:342), não se pode estabelecer a semântica desses verbos sem incluí-los em pelo menos parte da sua pragmática.

Depois de discernir essa propriedade no caso especial dos verbos ilocucionários, constata-se que pertence também às expressões não-performáticas, como também às formas imperativas e interrogativas. Por exemplo, quando o médico diz ao paciente, “Tome o comprimido X de oito em oito horas,” ele não apenas exprime sua própria opinião sobre o que é melhor para seu interlocutor, como também, realiza o ato de prescrever. Para poder formular essa generalização, Austin (apud Ducrot & Todorov, 1979/1983:343) estabeleceu sua classificação dos *atos de fala*, criando um elo entre as propriedades essenciais dos *verbos* ilocucionários e os *atos* ilocucionários. Ao produzir qualquer frase, realizamos três atos simultâneos:

1. um *ato locucionário*, à medida que articulamos e combinamos sons e evocamos e ligamos sintaticamente as noções representadas pelas palavras;

2. um *ato ilocucionário*, à medida que a produção da frase constitui, em si mesma, um determinado ato (uma certa transformação da relação entre os interlocutores) e

3. um *ato perlocucionário*, à medida que o ato da enunciação serve a fins mais distantes que o interlocutor pode não compreender, embora tenha dominado perfeitamente a linguagem.

Para os efeitos da análise, adoto a seguinte classificação de atos ilocucionários, de Searle (1979:vii-viii), ilustrando com exemplos hipotéticos da clínica médica:

1) *assertivos*, “que dizem às pessoas como as coisas são” (anteriormente classificados como *representativos*) (exemplo: “Sua respiração está alterada”);

2) *diretivos*, “que tentam fazer com que as pessoas façam coisas” (“Pare de fumar”);

3) *compromissivos*, “que comprometem o falante a fazer coisas” (“Vamos solicitar uma radiografia de tórax.”);

4) *expressivos*, “que expressam sentimentos e atitudes” (“O cigarro está prejudicando sua saúde”) e

5) *declarativos*, “que produzem mudanças no mundo através das falas” (“O paciente será admitido para cirurgia na quinta-feira”).

Não é difícil admitir que muitas falas cabem em mais de uma categoria. Por exemplo, “O cigarro está prejudicando sua saúde” não apenas expressa os sentimentos do médico em relação ao tabagismo e à saúde do paciente mas, indiretamente, serve como diretivo no sentido de tentar fazer com que pare de fumar. “Vou pedir uma radiografia de tórax” não apenas compromete o falante a pedir um procedimento diagnóstico, mas também expressa seus sentimentos em relação à possível gravidade da condição do ouvinte. “O paciente será admitido para cirurgia na quinta-feira” é ao mesmo tempo uma declaração dirigida à efetivação desse processo enquanto pré-condição para a intervenção cirúrgica, como também, é um diretivo para todas as partes envolvidas (paciente e/ou familiares, pessoal administrativo) no sentido de fazer com que a internação ocorra, com o paciente presente na hora estipulada, o cheque-caução entregue, o formulário de internação preenchido. A compreensão desses múltiplos sentidos depende da apreensão, pelo ouvinte,

não apenas dos respectivos atos perlocucionários do falante, como também, de uma correta interpretação das circunstâncias em que o enunciado é feito, determinando a que tipos de ato de fala o enunciado pertence.

A maioria dos termos da gíria médica pertencem às categorias de atos *expressivos* e *assertivos*, expressando atitudes e sentimentos dos médicos e descrevendo como as coisas são. Alguns também pertencem à classe dos *declarativos*, “que produzem mudanças através das falas”, por exemplo o *drenar* ou *engessar* o paciente, semelhante ao *buff* e *turf* dos residentes americanos (Coombs et. al., 1993:989), que serão discutidos mais adiante, no Capítulo III, partes B e C.

Da escola de Oxford, Searle (1979:76-116) incorpora o conceito de ato de fala a uma leitura de metáfora que questiona vários aspectos da teoria clássica da metáfora, baseada na semelhança, e da visão interativa da metáfora, de Black e Ricoeur. Nas próximas páginas, farei uma revisão breve de alguns dos pontos mais salientes da análise de Searle sobre metáfora, utilizando, para trazê-lo mais próximo ao meu estudo, exemplos da área médica. Essa análise é particularmente útil, porque contrapõe e esclarece a relação entre a *metáfora* e a *paráfrase*, por um lado, e as *condições de verdade* compartilhadas pelo falante e ouvinte no momento em que a metáfora é enunciada por aquele e apreendida por este. O consenso entre falante e ouvinte quanto às condições de verdade da metáfora, a meu ver, ajuda a explicar não apenas como uma comunidade de fala compartilha a comunicação de um chiste metafórico, como também, o fato do chiste metafórico ser incorporado à gíria como parte desse estilo discursivo da mesma comunidade. Para usar uma metáfora da própria medicina, o humor médico seria o *meio de cultura* onde cresce a gíria médica.

Searle (1979:76) começa com uma série de perguntas relevantes para qualquer teoria de linguagem e comunicação: O que é metáfora, e como difere não apenas das falas literais, como também, das outras figuras discursivas? Por que usamos expressões metafóricas em vez de dizer o que queremos dizer, exata e literalmente? Como as falas metafóricas funcionam, ou seja, como o falante se comunica com o ouvinte metaforicamente, à medida que não *diz* literalmente o que *quer dizer*? E por que algumas

metáforas funcionam, e outras não? O autor enfoca a última pergunta, abordando a metáfora como um caso específico do problema de explicar como o significado proposto pelo falante e o significado da frase ou da palavra se separam. Como é possível, ou que circunstâncias permitem, *dizer* uma coisa e *querer dizer* outra, quando se comunica o significado mesmo quando o falante e o ouvinte sabem que o sentido das palavras do falante não expressa literalmente o que o falante quer dizer. Por exemplo, como um médico de plantão sabe que *DPP* significa *deixa para o próximo plantão* e não *descolamento prematuro da placenta*, onde a distinção pode significar uma questão de vida ou morte para a paciente e seu bebê? Como outro médico pode saber se “Vou drenar o leito 7” significa que o paciente do leito 7 terá uma ferida drenada ou se o paciente será transferido para outra unidade de saúde?

Searle (1979:77) sublinha que o problema da metáfora diz respeito às relações entre o significado da palavra e da frase por um lado e o significado do falante ou do enunciado (*utterance*) pelo outro. Numa referência crítica aos teóricos da visão interativa da metáfora, observa que muitos autores tentam localizar o elemento metafórico de um enunciado na própria frase ou expressão falada. Segundo ele, acham que há dois tipos de significado da frase, o literal e o metafórico, quando na realidade, a frase e as palavras teriam apenas os seus próprios significados. Segundo Searle, o significado metafórico é sempre o significado do enunciado do falante. Acompanhando ainda o raciocínio de Searle, para que o falante possa se comunicar usando enunciados metafóricos ou irônicos e atos de fala indiretos, deve haver alguns princípios segundo os quais ele consegue significar mais do que está dizendo, ou algo diferente do que está dizendo. O ouvinte tem que conhecer esses princípios e usar seu conhecimento para entender o que o falante quer dizer. Portanto, a relação entre o significado da frase e o significado metafórico do enunciado é sistemático, e não aleatório ou provisório (Searle, 1979:77).

Para poder reconstruir os princípios que permitem a comunicação metafórica, Searle (1979:78-80) procura solucionar primeiro o que ele identifica como lacuna no entendimento das predicções literais, um problema que considera inadequadamente

estudado e que antecede a metaforização. Os exemplos seguintes, da medicina, poderão ilustrar seus argumentos:

1. “O paciente apresenta taquicardia”;
2. “O parto está demorando”; ou
3. “Os médicos brasileiros ganham mal.”

Não haveria dúvida de que se trata de três asserções literais. Entretanto, as três só podem ser compreendidas literalmente quando predicadas contra uma série mais ou menos extensa de premissas, ou *condições de verdade* (na expressão de Searle) para o contexto particular em que são enunciadas. Ou seja, entre outros parâmetros, a asserção da taquicardia depende da condição de verdade de uma faixa ou variabilidade “normal” para a idade do paciente, já que a frequência cardíaca fisiológica diminui com a idade. Pressupõe também a existência de um *cut-off* ou limiar na curva normal da frequência cardíaca à direita do qual define-se consensualmente a “taquicardia”. Da mesma maneira, a demora do trabalho de parto só pode ser entendida em relação a alguns parâmetros considerados normais, de acordo com a idade e a paridade da parturiente, o tempo de trabalho de parto já decorrido, a presença ou ausência de sinais de sofrimento fetal, além, eventualmente, de outros fatores que poderiam levar à percepção de exigüidade do tempo, como outras demandas na enfermaria ou a iminência da troca de turnos. E finalmente, afirmar que os médicos brasileiros ganham mal pressupõe um ou mais *benchmarks* ou referenciais para o *ganhar bem* ou *ganhar o suficiente*. Embora a frase seja literal, as palavras não autorizam afirmar a priori se os médicos ganham menos que antes, menos que gostariam, menos que outras profissões ou menos que os médicos de algum outro país. Além disso, a “verdade” da frase literal depende da compreensão consensual, entre falante e ouvinte, do termo “os médicos”.

E a frase em si não determina esse pano de fundo de condições de verdade. Em geral, segundo Searle, na maioria dos casos a frase apenas determina um conjunto de condições de verdade com relação a um conjunto de premissas que não são realizadas no conteúdo semântico da frase. Resumindo, Searle (1979:81) identifica três características

dos enunciados literais: 1) o falante quer dizer aquilo que diz (o sentido literal da frase e o sentido do enunciado são os mesmos); 2) em geral o sentido literal da frase apenas determina um conjunto de condições de verdade relativas a um conjunto de premissas que não fazem parte do conteúdo semântico da frase e 3) a noção de semelhança tem papel essencial na explicação da predicação literal. A propósito, pode-se afirmar que o discurso científico serve como paradigma de enunciação literal, à medida que tende a apresentar essas características.

Há vários casos, e não apenas a metáfora, onde o significado da frase e do enunciado são diferentes. O exemplo 1 acima pode-se referir a um paciente apaixonado, cuja taquicardia é apenas um dos sintomas (um caso de metonímia). O exemplo 2 pode ser usado como declarativo para pedir que o pessoal de enfermagem comece a preparar a sala de cirurgia para uma cesariana (ato de fala indireto), ou então para dizer que está na hora de começar o jogo de futebol na televisão (metáfora). O da frase 3 pode ser enunciado por um paciente na hora de pagar a conta do médico (ironia). Uma explicação da metáfora deve ser capaz de distingui-la não apenas do enunciado literal, como também dessas outras formas não-literais.

Embora a paráfrase de uma metáfora costume deixar a sensação de que algo foi *perdido na tradução*, argumenta Searle (1979:82)(concordando com vários autores, inclusive Frost, apud Britto, 1989:111 e Freud, 1905a:92), não se deve perder de vista que existe uma proximidade entre a paráfrase e a metáfora quanto às condições de verdade, que só pode ser construída consensualmente pelos interlocutores. Por exemplo, se é certo que a metáfora *Vírus Ebola? Vírus É-bala!* serviria de estímulo para muitas páginas de paráfrase, essa mesma paráfrase nunca chegaria a dizer adequadamente o que a metáfora “quer dizer” (ver Gans, 1977:58: *Etre-et-n’être pas, et meme, être à force de ne pas être, voilà la force paradoxale de la figure de l’ ‘être-comme’* - “Ser e não ser e, até, ser por não ser, eis a força paradoxal da figura do ‘ser como’”). Mas também é verdade que a metáfora *vírus É-bala!*, por si só, daria uma explicação incompleta de toda a produção científica sobre a epidemiologia da violência no Brasil. É nesse sentido que a literatura sócio-médica e os

depoimentos literais dos médicos citados no meu estudo são para a gíria médica o que a paráfrase é para a metáfora. Isto é, mantêm uma simbiose de inter-significação rica, “por não ser” idêntica. No Capítulo IV, sugiro que a gíria médica age nessa mesma direção, de relação metáfora/paráfrase, vis-à-vis tensões expressas no debate bioético contemporâneo.

O mínimo que se esperaria de uma teoria da metáfora, segundo Searle, é que explicasse como, na forma mais simples de metáfora sujeito-predicado, o falante usa uma frase do tipo “*S é P*” e consegue significar e comunicar que “*S é R*”, onde *S*, *P* e *R* são, respectivamente, o sujeito, o predicado literal e o predicado metafórico. No caso da gíria médica, na relação entre falante e ouvinte, entre a função expressiva e apelativa do enunciado, tem que haver um grau de compreensão comum quanto às condições de verdade, senão a metáfora não funciona. E essas condições de verdade da metáfora são mais complexas do que no enunciado literal, onde o significado do enunciado e o significado da frase são os mesmos. Para entender um enunciado metafórico, o ouvinte precisa de algo além do seu conhecimento da língua ou das condições do enunciado e das premissas que compartilha com o falante. Precisa de outros princípios e/ou outras informações factuais que permitem descobrir que quando o falante enuncia “*S é P*”, ele está querendo dizer “*S é R*”. Segundo o autor, o princípio básico para o “funcionamento” da metáfora é que a enunciação de uma expressão com seu significado literal e condições de verdade correspondentes pode – de várias maneiras que são específicas à metafórica – evocar outro significado e outro conjunto de condições de verdade (Searle, 1979:84-85).

Searle identifica como limitação inerente às teorias comparativas da metáfora o fato de não distinguir entre a afirmação de que a enunciação (*statement*) da comparação seja parte do significado, e portanto parte das condições de verdade da enunciação metafórica, e a afirmação de que a enunciação de semelhança seja o princípio da inferência, ou um passo no processo da sua compreensão, com base no qual os falantes enunciam e os ouvintes compreendem a metáfora. A visão interativa, por sua vez, deixaria de apreender a distinção entre o significado da frase ou das palavras, que, segundo Searle, nunca é metafórico, e o

significado do falante ou do enunciado, que pode ser metafórico. As teorias interativas tentariam localizar o significado metafórico dentro da frase ou em algum conjunto de associações com a frase (Searle, 1979:85-86).

Seguindo ainda o raciocínio de Searle, muitas vezes se afirma que na metáfora há uma mudança de significado em pelo menos um dos termos (ver a discussão acima sobre *focus e frame*, de Black, 1962). Searle afirma que, pelo contrário, *stricto sensu*, na metáfora nunca há uma mudança de significado. A metáfora inicia uma mudança de significado, mas à medida que houve uma mudança verdadeira no significado, de maneira que a palavra ou frase já não significa o que significava anteriormente, precisamente nessa mesma medida o enunciado já não é metafórico. Searle cita o fato de ser bem conhecido o processo pelo qual um tropo torna-se metáfora morta, e finalmente torna-se expressão idiomática ou adquire outro significado diferente do original (ainda que sejam menos conhecidos, creio, os meios ou fatores pelos quais apenas alguns tropos tornam-se catacreses, enquanto outros sobrevivem como metáforas vivas). Mas o verdadeiro enunciado metafórico só existiria como tal porque não mudou o significado da sua expressão. Segundo Searle, aqueles que afirmam essa mudança de significado confundem o significado da *frase* com o significado do *falante* (Searle, 1979:86).

Propõe Searle que embora a semelhança muitas vezes desempenhe papel na *compreensão* da metáfora, a asserção (*statement*) metafórica apenas *pode ser*, mas não é *necessariamente*, uma asserção de semelhança. A semelhança teria a ver com a produção e compreensão da metáfora, e não com seu significado literal. Para realçar esse ponto, Searle sugere que a asserção metafórica pode permanecer verdadeira, mesmo que seja falsa a enunciação de semelhança que serve como base para a inferência do significado metafórico (Searle, 1979:88-90). Como exemplo, considere o enunciado metafórico “O médico vive na *corda bamba*” (ou “A medicina é uma *corda bamba*”). Suponhamos que o verdadeiro significado literal da *corda bamba* não fosse aquele que se associa a ela pela metáfora: de perigo, instabilidade, tensão. Suponhamos que os malabaristas tivessem, na realidade, um grau elevado de estabilidade, inclusive no emprego, com condições de segurança tais que

tivessem um dos menores índices de agravos ocupacionais (muito menor que dos próprios médicos), que fossem um grupo profissional relaxado e bem-humorado. Levando às conseqüências lógicas as visões comparativa e interativa da metáfora, se as condições de verdade fossem obrigatórias para o significado literal da *corda bamba*, haveria malabaristas gritando, “Estou de *plantão!*”, quando possivelmente não estão nem aí para a situação dos médicos. Essa falta de condições de verdade no foco da metáfora não altera seu efeito, daí realçando o argumento de Searle, de que a semelhança na metáfora tem a ver com sua produção (pelo falante) e compreensão (pelo ouvinte), e não com o seu significado literal. Como diria Searle, e novamente contrariando a visão comparativa da metáfora, a rigor, dizer que “o médico vive na *corda bamba*” não tem nada a ver literalmente com malabarismo. Só diz respeito ao médico. A *corda bamba* só serve para comunicar um conteúdo semântico distinto do seu próprio significado. Resumindo o argumento de Searle, em muitos casos a enunciação metafórica e a enunciação correspondente de semelhança não podem ter os mesmos significados, porque envolvem condições de verdade diferentes. A diferença entre a símile figurativa e a enunciação literal de semelhança é que a símile não necessariamente compromete o falante a uma enunciação literal de semelhança.

Outros dois erros que Searle identifica nas teorias comparativa e interativa da metáfora não têm a ver com afirmativas falsas sobre metáforas, mas com afirmativas de algo que é verdadeiro para a metáfora, porém deixa de distinguí-la do enunciado literal. Segundo ele, afirma-se às vezes que a semelhança desempenha papel crucial na análise da metáfora, ou que o enunciado metafórico depende do contexto para sua interpretação. Mas ambas essas características são também válidas para os enunciados literais, como foi demonstrado acima no exemplo: “Os médicos brasileiros ganham mal”. Searle pede uma análise da metáfora que demonstre como a semelhança e o contexto desempenham um papel na metáfora que difere daquele desempenhado no enunciado literal.

Searle chama atenção para o fato de que, quando alguém diz que “*S é P*” e quer dizer “*S é R*”, não se torna *exatamente* claro o que *R* supostamente é. Por exemplo, quando um médico diz metaforicamente que vai *drenar* um paciente, alguns ouvintes entenderiam

que o falante vai acrescentar mais um paciente à sua clientela particular, enquanto outros (como um dos meus entrevistados) entende que ele está simplesmente ajudando a aliviar a sobrecarga de pacientes do hospital público, deixando espaço para outros, mais necessitados. Para alguns, chamar o paciente de *mulambo* ajuda a discriminá-lo, enquanto outros entenderiam o enunciado como uma denúncia das condições *esmulambadas* sob os quais é tratado. De fato, ambas leituras (e potencialmente outras mais) podem operar simultaneamente. Como observa Searle, a maioria das metáforas tem precisamente essa característica de ser aberta (*open-ended*). Eu diria, contudo, que essa *open-endedness* não difere essencialmente da discussão interativa da metáfora, isto é, onde o foco da metáfora, ou a interatividade entre dois termos, evoca uma multiplicidade de significados, apenas alguns dos quais são escolhidos pelo ouvinte como relevantes à compreensão da metáfora. Uma das principais premissas da teoria interativa afirma que na metáfora há dois termos que agem um em relação ao outro, evocando vários – entre uma série possível – de respectivos atributos.

De acordo com a análise de Searle, é praticamente impossível parafrasear uma metáfora como “O médico está na *corda bamba*” de maneira que se chegue a símiles literais que expliquem o seu funcionamento, diante da falta de condições de verdade no sentido literal do foco metafórico, porque as pessoas (ouvintes) simplesmente associam a noção de *corda bamba* ao perigo, aos acidentes, à instabilidade, por uma questão de percepções, sensibilidades e práticas lingüísticas, mesmo que, objetivamente, a incidência de agravos ocupacionais não seja comprovadamente maior entre os malabaristas do que entre os médicos (Searle, 1979:96-97).

Searle (1979:102) segue, afirmando que as metáforas funcionam através de princípios outros, que não a semelhança entre os sentidos literais dos termos. A semelhança geralmente não funciona como parte das condições de verdade, ou melhor, quando funciona, é como estratégia para a interpretação. Resumidamente, segundo Searle (1979:112), para que a metáfora funcione, tem que haver algumas estratégias compartilhadas que sirvam de base para o ouvinte reconhecer que o enunciado não tem um

propósito literal. A estratégia mais comum, mas não a única, é a percepção de que o enunciado será defeituoso se for entendido literalmente. Por exemplo, ao ouvir que o médico é um *piloto de Boeing*, o ouvinte compreende que o sentido literal da metáfora não pode ser verdadeiro, senão o médico não teria tempo para tratar pacientes. Para outras metáforas essa estratégia não funciona, por exemplo em casos de *antanaclásia*, onde a o foco da metáfora gira em torno de um mesmo termo derivado do contexto, como “Vou *drenar* o leito 7”, porque a frase faria sentido, ainda que fosse outro sentido, se interpretada literalmente. Têm que haver alguns princípios compartilhados, seja através do significado, das condições de verdade ou da denotação, quando existe, que associam o termo *P*, do predicado literal, a um conjunto de valores possíveis de *R*, isto é, do predicado metafórico. Têm que haver também algumas estratégias compartilhadas pelo falante e ouvinte, dado seu conhecimento do sujeito da metáfora, o termo *S*, seja através do significado da expressão ou da natureza do referente, ou ambos, no sentido de limitar a gama de possibilidades para os valores do predicado metafórico *R* ao verdadeiro valor de *R*. A título de exemplo, e novamente com a metáfora “O médico está na *corda bamba*”, pode-se imaginar que existam estratégias entre o falante e ouvinte que identificam no médico de plantão quais características o associam ao malabarista na corda bamba, e quais o diferenciam. Isto é, o médico, como o malabarista, “pode errar a qualquer momento” e “tem muita gente atenta aos seus movimentos”, mas o médico não se veste como o malabarista, nem a comida no hospital é parecida com a comida no circo.

Para ilustrar um caso de metáfora onde o predicado metafórico faria sentido mesmo que fosse interpretado como predicado literal, e onde, portanto, o falante e ouvinte devem compartilhar outras estratégias que possibilitem a compreensão da metáfora, voltemos à pergunta de como um médico de plantão pode saber, quando um colega usa *DPP*, se está querendo dizer o literal *descolamento prematuro da placenta* ou o metafórico e chistoso *deixa para o próximo plantão*. Como disse acima, essa compreensão é potencialmente uma questão de vida ou morte para a paciente. Os dois médicos, falante e ouvinte, compartilham condições de verdade que não estão explicitadas no simples

acrônimo *DPP*, ou seja, extrapolam o conteúdo semântico literal do termo. O *descolamento prematuro da placenta* é uma complicação relativamente rara da gravidez, ocorrendo em cerca de 1% das gestações. Entretanto, embora “baixa”, essa incidência significa que o verdadeiro *DPP* é visto com bastante frequência, talvez uma ou mais vezes por mês, num hospital-maternidade de grande movimento. É uma das complicações obstétricas mais graves, respondendo por 15-25% dos óbitos fetais e número expressivo de mortes maternas, envolvendo hemorragia materna variando entre moderada e grave e não raramente exigindo transfusão sanguínea para a parturiente (Rezende & Montenegro, 1984:295-300). Sucintamente, essas condições de verdade são compartilhadas por médicos em geral e obstetras em especial, e são condições refratárias a uma decodificação por não-integrantes dessa comunidade de fala. Evidentemente, o *descolamento prematuro da placenta* pode ocorrer em qualquer momento do ciclo de turnos hospitalares, o que, de imediato, dá uma pista importante para o significado, já que o *deixa para o próximo plantão* só é dito logo antes da troca de turnos. O que é mais importante, a enunciação do *DPP* literal será realizada com uma entonação sugerindo urgência, enquanto no *deixa para o próximo plantão* a entonação será de blague. No *DPP* literal, além de haver uma intensa movimentação de pessoal e material, a própria troca de turnos não se efetua sem que o chefe do plantão que está para sair comunique ao colega que está entrando todos os detalhes pertinentes ao estado da paciente, inclusive as intercorrências, a prescrição e outros pormenores.

A discussão acima indica que uma série de premissas ou *condições de verdade* são necessárias para que o falante e o ouvinte possam compartilhar o significado de uma metáfora. Quando ocorre um desvio do sentido original do termo, e este adquire um sentido literal idêntico ao antigo sentido metafórico do enunciado, ocorre a catacrese, isto é, a metáfora “morre” e o termo é incorporado ao léxico com seu sentido literal (é o exemplo da *clavícula*). Esse percurso pode ser mapeado através da etimologia. Ao contrário, quando se mantém a tensão metafórica, ou seja, quando se enuncia que “*S é P*” e se quer dizer que “*S é R*”, a metáfora sobrevive. Uma das condições para que as metáforas vivas continuem

circulando é que os falantes e ouvintes continuem compartilhando as *condições de verdade* para seu funcionamento. Se os falantes e ouvintes enquanto comunidade de fala tendem a ter um domínio exclusivo sobre essas condições de verdade para as metáforas vivas, o resultado é um léxico metafórico que se pode chamar de gíria. Se essa comunidade de fala for a profissão médica, chama-se gíria médica. Novamente, o que distingue a gíria médica dos outros estilos discursivos médicos, inclusive o jargão médico, é que os termos da gíria resistem à aquisição de um sentido literal.

Procurei neste capítulo sugerir interfaces entre o “querer dizer” e o “fazer, ao dizer” no discurso médico no sentido mais amplo e na gíria médica especificamente, contrastando esta com alguns outros atos de fala médicos. Procurei também sugerir um arcabouço para uma relação do tipo metáfora/paráfrase entre a gíria médica e outros discursos referidos ao *ethos* médico.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DISCURSIVA DA GÍRIA MÉDICA CARIOCA

Notas introdutórias

Neste capítulo, para facilitar a análise e apresentação dos tropos da gíria médica, adoto uma classificação em três áreas temáticas, feita após a primeira coleta de dados em 1995 e mantida desde então. Cada área corresponde a uma vertente própria do *ethos* médico, tende a privilegiar uma forma lexical e será objeto de um sub-capítulo, como segue: A) a formação acadêmica do médico, ou a relação com o saber e os sub-campos da medicina, usando principalmente provérbios de base imperativa e realista (Ducrot & Todorov, 1979/1983:155) construídos em forma de quiasmas (Ducrot & Todorov, 1979/1983:277), cujo ponto de inflexão é a própria especialidade médica; B) os pacientes, ou a relação médico-paciente (usando sobretudo acrônimos onomatopéicos e palavras *nonsense*, mas também trocadilhos) e C) os serviços de saúde (onde primam os trocadilhos).

A literatura americana contém duas revisões sistemáticas da gíria médica (Gordon, 1983; Coombs et. al, 1993) que focalizam quase exclusivamente os pacientes, e que serão discutidas no Sub-Capítulo III.B.

Quanto à gíria para os serviços de saúde, após a publicação de Peterson (1998a), constatei indícios de uma gíria nascente para serviços de saúde nos Estados Unidos no estudo de Bennett (1997), que será abordado também no Sub-Capítulo III.C.

III.A. METÁFORA E SABER MÉDICO

Esse primeiro grupo de tropos demonstra como a metafórica acompanha a relação com o saber na formação e escolha profissional do médico, e nos dá uma idéia de catacrese, ou metáfora morta (na repetição de chistes antigos e batidos, cujo público ouvinte principal é representado pelo acadêmico, o *Acades vulgaris*, e pelo interno, residente ou médico recém-formado, o *bagrinho*). Vários provérbios compõem esse grupo, como:

*“O clínico sabe tudo, mas não resolve nada,
o cirurgião não sabe nada, mas resolve tudo,
o psiquiatra não sabe nada, e não resolve nada.”*

(a terceira linha é opcional)

O provérbio carioca acima envolve uma provocação semelhante à do termo americano *ass time*, traduzível como “esquentando cadeira”, conforme registrado por Konner (1987:380): “tempo desperdiçado pelo médico quando sentado; diz-se dos clínicos pelos cirurgiões, e dos psiquiatras pelos clínicos”.

Existe também o termo *médico de papel* para sanitarista, segundo os médicos das especialidades clínicas ou cirúrgicas, que seria o contrário do médico “com a mão na massa” (Castiel, 1995:9). O termo conota o uso excessivo de papel no sentido literal (Ferreira, 1986:1261, def. 1) e o papel enquanto parte que cada um desempenha no teatro, no cinema ou na televisão (Ferreira, 1986:1261, def. 4).

Outro provérbio expressa um certo truísmo:

“O patologista nunca perde um paciente.”

Existe também:

*“O ortopedista tem que ser forte e burro,
mas o obstetra não precisa ser forte.”*

Nota-se que o obstetra pode também ser alcunhado de *bostetra*, pela comutação das primeiras duas letras do termo original (de obstetriz, ou parteira - Ferreira, 1986:1211).

O anestesista é alvo favorito das provocações do cirurgião, com o qual mantém uma relação estreita de inter-dependência profissional:

*“O anestesista é um médico quase dormindo,
tomando conta de um paciente quase acordando...”*

Segundo um anestesista entrevistado, o anestesista é o terceiro personagem de uma anedota tradicional: “A turma conta, pra mexer com a gente da anestesia, que juntou o anestesista, o clínico e o cirurgião, pra caçar patos. O clínico pegou a espingarda, vieram os patos voando, e o clínico falou, ‘Será que é pato? Será que é ganso? Será...ihh!!’ Passou tudo e ele não pegou nada. Veio o cirurgião. Lá vêm os patos voando, ele pega aquilo, sai disparando, ele não quer saber o que é, ele acaba acertando pato, ganso, tudo que apareceu, ele derruba tudo. E o anestesista [risada] fica lá esperando, aí começa a demorar muito, não acha pato, nem ganso, aí ele fala, ‘Vamos deixar essa caçada pra amanhã?’ Porque o anestesista tá sempre querendo suspender as cirurgias....” (anestesista, 54 anos).

Um estudo americano sobre gíria médica identifica como uma de suas funções a de “...estabelecer uma identidade singular. O jargão informal para outras especialidades médicas reflete a ‘rivalidade entre irmãos’ (*sibling rivalry*) que existe entre especialistas. Essa provocação humorística manifesta uma competição sutil e fornece um meio aceitável para cada especialista fortificar sua identidade como separada e ‘melhor’ em relação à dos outros” (Silver, G., 1985, apud Coombs et. al., 1993:994).

Além de expressar a “rivalidade entre irmãos” esses pseudo-provérbios remetem às origens históricas diferenciadas das diferentes especialidades na medicina moderna. O clínico, nessa concepção, descende do *physician* inglês, organizado desde 1518 no Royal

College of Physicians enquanto elite de cavalheiros, enfatizando “a primazia da arte clínica sobre os aportes científicos, a precedência do componente de indeterminação sobre o elemento técnico nos procedimentos terapêuticos” (Coelho, 1995:41). As outras especialidades podem provocar o clínico, chamando-o de *poli-ignorante*: “Sabe tudo sobre nada” (obstetra, 41 anos).

Enquanto isso, o “não-saber-nada” do cirurgião reporta ao século XIX, quando “os cirurgiões tinham uma concepção menos estreita sobre a importância das ciências experimentais”, aplicando-se em “demonstrar como as funções fisiológicas eram derivadas das estruturas anatômicas”(Coelho, 1995:41). Os cirurgiões do século XIX adotaram apenas lentamente uma “consciência anti-séptica” no bojo do trabalho de Lister (Starr, 1982:156), e até hoje persiste a provocação jocosa de que “o cirurgião só acredita no que vê”.

E a necessidade de regulamentar a rivalidade entre clínicos e cirurgiões serviu de base para um dos primeiros códigos de ética médica *seculares*, em 1803, do médico inglês Thomas Percival, intitulado *Medical Ethics; or, A Code of Institutes and Precepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* (Keyserlingk, E. W., 1998:157).

As provocações para os anestesistas, partindo principalmente dos cirurgiões, podem ter base não apenas na estreita proximidade e inter-dependência com que os dois trabalham atualmente, como também, na relação histórica entre essas duas especialidades. Vejamos Starr (1982:156): “Antes da anestesia, a cirurgia era um trabalho bruto; a força física e a rapidez eram cruciais, tal era a importância de entrar e sair do corpo do paciente o mais rapidamente possível. Após a demonstração com éter feita por Morton no Massachusetts General Hospital em 1846, difundiu-se rapidamente a utilização da anestesia, possibilitando cirurgias mais demoradas e mais cuidadosas.”

A dupla provocação contra ortopedistas e obstetras também sugere raízes históricas, de dois campos que foram incorporados tardiamente à medicina. Os ortopedistas descendem dos *bonesetters* (ou “ajeitadores de ossos”), segundo Starr (1982:49), em geral lavradores, mecânicos, trabalhadores ou pescadores, “especializados em tratar fraturas e

luxações. Basicamente artesãos sem educação formal, eles representavam uma espécie de artesanato mecânico aplicado à medicina... Sua habilidade era lendária...embora acusados de ignorância por alguns médicos, eram amplamente respeitados e até recebiam encaminhamentos dos *practitioners* regulares”.

No caso da obstetria, a medicina clínica/cirúrgica absorveu um ofício tradicionalmente praticado por parteiras leigas (o próprio nome deriva de *obstetriz*, ou parteira). Nos Estados Unidos, esse processo começou no final do século XVIII. Até então, a parturiente chamava um círculo de parentes mulheres e amigas durante seu confinamento, e a parteira dava apoio emocional e prático no trabalho de parto. Entretanto, no século XVIII, desenvolveram-se rapidamente o conhecimento médico da anatomia e a habilidade profissional no uso do fórceps para abreviar o parto. No curso de poucas décadas, em torno do início do século passado, a gravidez e o parto passaram para a hegemonia médica (Starr, 1982:50-51).

Esse processo de resgate histórico caricato, essa agressividade jocosa inter-especialidade, é um processo consciente, como nos indica um anestesista jovem: “Todas as especialidades médicas brincam muito com os anestesistas. A anestesia surgiu em função disso, porque antigamente quem fazia anestesia ou era o próprio cirurgião, ou [em tom de blague] a irmã de caridade que tava no hospital...e eles começaram a perceber que os pacientes morriam não em função da cirurgia, mas em função da anestesia. Foi aí que começou a ser designado um médico para ficar com a responsabilidade somente da anestesia” (anestesista, 33 anos).

Essa classe de chistes, que classifiquei como provérbios sobre diferentes campos da medicina, derivam de bases históricas da medicina e não eventos contemporâneos, e portanto espera-se que não tenham mudado ao longo do tempo. Tenderiam então a perder a graça à medida que fossem repetidos, a não ser que mudassem seu público ouvinte, o que Freud (1905a:120) chama da “terceira pessoa” do chiste, “na qual se cumpre o objetivo de produzir prazer”. É precisamente isso que acontece, já que a “terceira pessoa” dessa classe de chistes são os acadêmicos de medicina. Ouvir esses ditados jocosos, rir e passar adiante

faz parte do rito de passagem do *Acades vulgaris*, “...chamado assim porque tem relação com os nomes dos protozoários [sic], tipo *Ascaris lumbricoides*...*Strongyloides stercoralis*...então a analogia é isso aí...”(traumatologista, 38 anos). A explicação do entrevistado ilustra a discussão do Capítulo II sobre as condições de verdade compartilhadas pelo falante e ouvinte de uma metáfora, já que *Ascaris lumbricoides* e *Strongyloides stercoralis* são “realmente” helmintos, e não protozoários, como ele afirma (estes são filogeneticamente “inferiores” a aqueles). O que importa na transmissão da metáfora é a noção de inferioridade do *Acades*, e não as características “literais” de helmintos ou protozoários. Mas o mesmo entrevistado se apressa a defender o *Acades*, sublinhando o caráter de rito de passagem com os chistes: “Eu mesmo respeito muito o acadêmico de medicina. O que separa o médico do acadêmico é apenas o tempo. Em questão de anos ele vai ser tão médico como eu, ou até vai ser melhor do que eu. Então eu sempre trato o acadêmico como um colega de profissão, e não como um ser inferior”.

Um termo que engloba tanto o *Acades vulgaris* e o médico recém-formado é o *bagrinho*, definido assim, por experiência própria do entrevistado: “O *bagrinho* é o seguinte. Você tem sua clínica, você leva uma pessoa pra te ajudar. Vamos dar um exemplo: eu já tenho algum tempo de formado, e tenho uma clínica muito grande – que não é o caso – aí eu pego um acadêmico que tá formando agora e levo ele junto comigo. Pode ser um *Acades*, pode ser um médico recém-formado, geralmente é uma pessoa que não tem trabalho. E aí ele aceita, porque senão ele não aceitaria esse tipo de trabalho! Você dá uma parte...vinte por cento...trinta por cento...do valor pra ele. E você tem disso, é exploração do ser humano. Sempre têm uns espertos que usam isso aí. Eu nunca aceitei, tanto na época que eu me formei, trabalhei assim, porque, era no sexto ano, ia fazer anestesia, e não podia assinar nada! Trabalhava pro outro, ele assinava as coisas, e me dava os trinta por cento, só” (anestesista, 54 anos).

Mas a figura do *Acades* e do *bagrinho* não envolve apenas o que se percebe como exploração. Compõe o anseio por um aprendizado prático do acadêmico, conforme atesta estudo de Rego (1995:128) sobre o estágio extra-curricular: “Algo está faltando nas

atividades desenvolvidas pelos estudantes nas faculdades e que eles estão encontrando, por conta própria, nos serviços de saúde. Este *algo mais* [é] traduzido às vezes como *botar a mão na massa* ou *buscar segurança na prática...*”.

O anestesista entrevistado acima confirma esse lado do aprendizado: “Ele me ajuda a fazer as coisas. Daqui a pouco ele já sabe fazer, você deixa ele fazer, e ele vai fazendo pra você! Então isso aí é o *bagrinho*” (anestesista, 54 anos).

Há também uma série de trocadilhos de médicos para enfermeiras/os. *Enfermesa*, segundo um entrevistado, se refere “à enfermeira burocrata, de saúde pública, que fica sentada atrás de uma mesa”. Uma enfermeira aposentada que entrevistei reagiu a essa definição: “O colega [médico] devia estar falando da enfermeira que não está só a serviço do médico” (enfermeira graduada, aposentada, 71 anos). A *enfermosa* é epíteto machista para enfermeira bonita. *Enfernagem* [um trocadilho com inferno, do latim *infernus*, ou “região inferior”] sugere que a enfermagem inferniza a vida do médico, mas a mesma enfermeira citada acima opinou que “é difícil saber ao certo quem inferniza quem”. Uma série de anedotas contadas no quarto dos médicos giram em torno da suposta dificuldade das enfermeiras em entender a folha de prescrição do paciente. A título de exemplo, segundo a piada, uma enfermeira teria perguntado se, em vez de uma ampola de vitamina B₁₂, poderia aplicar duas de B₆. Outra teria lido a última linha na papeleta do paciente, *Deambular*, e anotado na margem, “Em falta.” É provável que essa demarcação semântica de médicos em relação a enfermeiras/os também tenha raízes históricas. Starr (1982:154-155) observa que, nos Estados Unidos, enfermeiras treinadas eram praticamente desconhecidas antes de 1870. O serviço de enfermagem nos hospitais era um trabalho servil, feito por mulheres miseráveis, muitas das quais recrutadas das prisões ou dos asilos para pobres. O movimento pela reforma da enfermagem começou, não dos médicos, mas entre mulheres das classes mais abastadas, que assumiam o papel de guardiãs da nova ordem higiênica. Encontraram, nos hospitais, pacientes e leitos em condições deploráveis. Embora alguns médicos aprovassem o intento dessas senhoras em estabelecer uma escola de enfermagem que atraísse as filhas da classe médica, outros eram contra. Claramente

ameaçados por essa perspectiva, reclamaram que enfermeiras formadas não obedeceriam mais às suas ordens. O movimento reformista acabou prevalecendo, e a enfermagem profissional fincou pé, mas não a partir de descobertas médicas ou de um programa de reforma hospitalar iniciada por médicos. Lupton (1994:121-123) observa que as tarefas realizadas por enfermeiras na rotina diária refletem sua falta de status social e contribuem para a diferença de poder entre as equipes médica e de enfermagem. As/os enfermeiras/os devem fazer o “trabalho sujo”, tarefas tradicionalmente vistas como “trabalho de mulher”, incluindo lavar a genitália dos pacientes, ajudá-los com suas necessidades físicas, manusear fluidos potencialmente infectantes como sangue, saliva, escarro, vômito e fezes e participar na preparação dos defuntos. Estão constantemente colocadas/os no papel de “ajudantes” em vez de agentes autorizados no contexto hospitalar, auxiliando os médicos e respondendo aos pedidos dos pacientes de uma maneira nunca exigida dos médicos. Fagin e Diers (1984, apud Lupton, 1994:123) argumentam que as funções corporais íntimas dos pacientes assistidas por enfermeiras acabam retratando-as enquanto seres primariamente sexuais [ver *enfermosa*]: tendo visto e tocado corpos de estranhos, a enfermeira seria percebida como parceira sexual disposta e habilidosa. Conhecedora e experiente, ela, ao contrário da prostituta, seria vista como segura, qualidade sugerida pela brancura do uniforme e pelo aprumo profissional. Essa interpretação, segundo Lupton, ajuda a explicar a frequência de casos de assédio sexual contra enfermeiras pelas mãos dos médicos e pacientes homens, e a imagem estereotipada da jovem enfermeira atraente enquanto objeto sexual disponível ou a do enfermeiro homem enquanto homossexual.

Outros tropos desse grupo refletem a questão da incerteza diagnóstica e terapêutica, dissimulada pelo acadêmico brasileiro através de um ar de bravata conhecido como *doutorite* (o sintoma patognomônico é andar na rua com estetoscópio pendurado no pescoço, como se fosse gravata), e traída pelo médico mais experiente quando seu parecer, através da paronomásia, se transforma em “*parece ser...*” (a propósito desta última questão, o estudo de Prince et al [1982] enfoca o fenômeno de *hedging*, ou esquivas de significação no discurso entre médicos). A gíria lexicaliza a dúvida tanto ao nível vertical – na cadeia

hierárquica do trabalho médico – quanto horizontal – ou entre especialidades. Afirma um estudo americano, “Do ponto de vista de alguém de fora, todos os médicos parecem ter um status igual. Entretanto, dentro da profissão existe muita competição pelo reconhecimento, pelos postos. Refletindo uma irreverência pela autoridade, os internos e residentes usam gírias depreciativas para alguém que é promovido de maneira imerecida, pelo menos na opinião deles. Chamar um chefe que gosta de humilhar os outros de *shark (tubarão)*, ou seja, aquele que ataca sem ser provocado, ajuda os subordinados a manterem ou recuperarem sua dignidade pessoal e a estabelecerem seu valor singular” (Brancati, F., apud Coombs et. al., op. cit.:995).

Contudo, pelo menos no Brasil, a equipe inteira por vezes se rende à ação de uma proteína singular chamada de *esculhambina* (desmoralizando ou “emasculando” toda a equipe), que não consta da literatura científica, mas à qual se costuma atribuir a recuperação inesperada de um paciente com prognóstico originalmente sombrio e/ou pobre e/ou em uso de “prova terapêutica”, i.é., esquema medicamentoso empírico, na ausência de certeza diagnóstica. A *esculhambina* encontra eco no personagem da sala de emergência americana chamado *Lazarus*, aquele que volta das garras da morte, ou seja, o paciente agonizante que se recupera inexplicavelmente (Coombs et. al., 1993:993).

III.B. GÍRIA PARA PACIENTES

É lugar comum que a relação médico-paciente é o principal campo para chistes referenciados na medicina, noção difundida em parte pela popularização do estudo clássico do médico austríaco Sigmund Freud (1905a; 1905b), *Os Chistes e Sua Relação com o Inconsciente*, que inclui vários exemplos de chistes sobre saúde. Entre esses chistes sobre saúde no estudo de Freud, todos se referem à relação médico-paciente. Um romance de Crichton (1968) e o estudo de Gordon (1983) sobre gíria hospitalar na Califórnia, também

examinam exclusivamente os termos utilizados para pacientes, sem considerar a existência de outros alvos para o humor médico. A revisão mais recente da gíria médica americana, feita por Coombs et. al. (1993) também se concentra quase exclusivamente nos chistes para pacientes, tendência confirmada por Pollock (1998) e Flowers (1998).

Também tornou-se questão de senso comum que o trabalho médico é fonte de tensão (ou até de “*stress*”) para os profissionais de saúde, variando não apenas individualmente como também de acordo com a especialidade (mais para traumatologistas, menos para dermatologistas) ou, de maneira correlata, com o tipo de procedimento (mais para intervenções de emergência, menos para atos seletivos). Os médicos verbalizam essa tensão através de metáforas com as quais eles próprios se definem (e indiretamente, se diagnosticam) como as seguintes, dos meus entrevistados: *piloto de Boeing, goleiro de futebol, crucificado, na corda bamba, bombeiro*. Como mostro mais adiante, vários estudos americanos (Gordon, 1983; Coombs et. al., 1993) abordam a tensão do trabalho médico como fator na gênese da gíria médica. Tais estudos identificam o que chamam de *gallows humor*: literalmente, “humor no cadafalso”, ou humor diante do carrasco metafórico do trabalho. Coombs et. al. (1993) identificam como uma das principais funções “psico-sociais” do humor de cadafalso a de terapia, aliviando a tensão.

A constatação da relação *stress*/gíria ou tensão/gíria remete a um inquérito realizado com 600 médicos pela Med-Rio Estresse, relatado por Parcias (1997) em artigo com o título sugestivo “Estressados, os médicos não se cuidam”, espécie de *medice, cura te ipsum*. Devido à prevalência de metáforas nas minhas entrevistas que conotam *stress* médico e a centralidade da questão na discussão de Coombs et. al. (1993), reproduzo aqui alguns dados mais salientes dessa pesquisa citada por Parcias (1997). O inquérito chama atenção para as altas prevalências de obesidade, sedentarismo, má alimentação, tabagismo, alterações do sono, fadiga e alterações de humor. Segundo o estudo, os problemas se associam não apenas à profissão em si, mas às condições de emprego/trabalho. “O fato de o médico ter vários empregos gera um desgaste muito grande...”, comenta o presidente do Sindicato dos Médicos, Luís Roberto Tenório. De acordo com o levantamento, 36,5% dos

médicos tinham dois empregos, 27,7% atendiam em três lugares diferentes, 14,3% em quatro ou mais empregos e 16,5% em apenas um. Os médicos que atendiam em consultório (66,9% dos entrevistados) davam mais de 60% de suas consultas a pacientes com plano de saúde, quando os planos pagavam em média apenas R\$24,00 por consulta. “É muito difícil manter um consultório sem ter um outro emprego,” afirma Tenório. O futuro era visto com pessimismo por 37,97% dos entrevistados, enquanto 73,97% consideravam o desgaste profissional um problema. Segundo Tenório, um inquérito entre a equipe do CTI do Hospital de Ipanema em 1989 havia revelado que 92% achavam que o desgaste da profissão produzia malefícios aos pacientes, e 54% afirmavam que haviam dado medicação errada por pura falta de atenção (Parcias, 1997).

O antropólogo americano Pollock (1998) se refere ao gênero de autobiografia médica que ele chama de *training tales*, i.é., relatos de médicos sobre a sua formação na faculdade de medicina ou na residência. Segundo ele, os autores desses relatos descrevem sua própria experiência como uma espécie de aventura heróica da qual emergem como figuras enobrecidas após uma série de provações representadas por pacientes difíceis e hospitais perigosos.

Mas pelo menos no Brasil há indícios de que *stress*/tensão não seja exclusividade do rito de passagem do internato ou da residência. A respeito, Parcias (1997) cita Carlos Alberto Chiesa, da equipe do CTI da Clínica São Vicente, “Quando eu estava na faculdade achava que o desgaste seria apenas no início. Depois verifiquei que não é bem assim e sempre me espanto ao encontrar colegas bem mais velhos em horários absurdos de plantão.” O cardiologista Carlos Scherr chamava atenção para a alta prevalência de hipertensão arterial e a alta incidência de infarto do miocárdio. Segundo pesquisa coordenada por Tenório, no Hospital Pedro Ernesto, em 1992 o profissional da saúde era o que mais se suicidava e o segundo colocado em adesão aos Alcoólicos Anônimos. Dos 200 médicos plantonistas entrevistados (média de idade de 32 anos), 60% reclamavam de insônia, depressão e irritabilidade e 42% apontavam o trabalho como causa de atritos familiares (Parcias, 1997).

De acordo com a pesquisa da Med-Rio, cigarro e álcool são utilizados por alguns médicos para tentar “driblar a tensão”: 15,5% dos 600 entrevistados fumavam e 9% usavam bebidas alcoólicas pelo menos três vezes por semana (Parcias, 1997).

O artigo de Parcias (1997) sugere que existem médicos que recorrem à psicanálise ou à religião para lidar com a tensão. Alguns relatam a prática de esportes, embora tendo constatado a dificuldade de conciliar essa prática com as demandas dos horários longos e dos múltiplos empregos. Mas adiante voltarei a essa breve revisão da tensão experimentada por médicos cariocas ao abordar a análise do estudo de Coombs et. al. (1993), sobre a gíria médica americana, já que esse grupo de autores conclui que o uso desse estilo de fala ajuda a aliviar o *stress*, sem entretanto avaliar sua eficácia terapêutica ou compará-la a outras formas de distensionamento.

Deve-se notar que adoto a tradução do termo original em inglês – *stress* – como “tensão” em português (Houaiss & Avery, 1967:531), mas ciente de que não haverá uma sobreposição perfeita dos respectivos campos semânticos. E a questão não é apenas uma de tradução. Como bem observa Castiel (1993:128), a noção de *stress* é difundida e referenciada em variados contextos, tanto pelo senso comum e pelos meios de comunicação de massa, quanto no jargão de diversas práticas terapêuticas e no campo das pesquisas fisiológicas e epidemiológicas. Conforme mostra Castiel (1993:129-130), a própria significação ambígua original do termo persiste na sua conceituação biológica, já que o termo *stress* é definida como “uma força exercida sobre um corpo que tende a deformar-se” (Webster, 1974, apud Castiel, 1993:130), ou seja, referindo-se tanto à causa quanto ao efeito. Entretanto, para os efeitos da minha análise, provisoriamente, considero os termos *stress*, *estresse*, *tensão* e até *pressão* mais ou menos coincidentes semanticamente, até porque investigo relações mais da ordem metáfora/paráfrase do que causa/efeito. Noto, por exemplo, que os médicos plantonistas entrevistados por Coombs et. al. (1993) empregam os termos *stress*, *strain* e *pressure* aparentemente como sinônimos. Como procurei mostrar no Capítulo II, a compreensão desses diversos termos literais e seus referentes, assim como das inúmeras metáforas utilizadas em referência a eles, depende mais do compartilhamento

de condições de verdade pelos interlocutores do que de uma definição objetiva a que se possa chegar a seu respeito.

Sob a tensão do trabalho, e não obstante a afirmação consciente dos médicos de que a relação médico-paciente é o elemento mais importante a ser preservado na relação profissional (Machado, 1996:145), os pacientes por vezes tornam-se objeto de gozação pelos profissionais encarregados do seu tratamento, conforme testemunhado em nossas entrevistas, corroborando fontes já citadas (Crichton 1968; Gordon, 1983; Coombs et. al., 1993). Os motivos imediatos dessa gozação podem ser diversos. Com frequência, o paciente é percebido como pertencente a uma classe sócio-econômica inferior. Exemplos incluem o *mulambo* (termo de origem banta, do quimbundo, denotando “roupa velha” ou “farrapo” e conotando “indivíduo fraco, pusilânime, sem firmeza de caráter” – Ferreira, 1986:1145), para paciente pobre de ambulatório público; *pimba*, ou “*pé inchado mulambo bêbado atropelado*”, para paciente traumatizado recolhido em via pública e *estropício*, para paciente obstétrica pobre, definida por um entrevistado como “mulher que não se cuida”.

Entretanto, o status sócio-econômico do paciente não é o único determinante da gíria. Paciente obstétrica obesa de qualquer origem social é por vezes apelidada de *trubufu*; nesse caso, o cirurgião pode chegar a pedir *ganchos de açougue* em lugar de afastadores durante a cesariana. Paciente politraumatizado de qualquer classe social pode ser chamado de *poliesculhambado*, como atesta um grito freqüente na emergência: “Ó, chegou um *poliesculhambado* aí!” (o termo é de etimologia chula, conotando a emasculação do acidentado).

Embora não seja objetivo do meu estudo sugerir ou desmentir a possível rejeição de alguns pacientes por profissionais, refiro o leitor interessado à revisão de Galizzi (1997), sobre pacientes crônicos e portadores de *hospitalismo* (ou os *revolving-door patients* dos autores americanos). Contudo, uma série de termos expressam a impaciência de alguns médicos com pacientes graves, terminais e/ou com múltiplas internações. Por exemplo, *engessar* um paciente pode significar orientar o tratamento de maneira que o paciente não reclame (nesse exemplo, recorre-se ao uso figurado de um termo da própria medicina, uma

variante da figura discursiva chamada *antanaclásia* - Ducrot & Todorov, 1979/83:277). O termo chistoso *síndrome JEC*, ou “Jesus está chamando”, substitui o acrônimo mais literal ou neutro do jargão médico, *FPT* (“fora de possibilidade terapêutica”) para paciente terminal. Segundo um médico entrevistado, o seguinte comentário é comum: “Não, ele não devia vir pro Centro Cirúrgico, já devia ter ido direto pra Anatomia Patológica. Mandaram o paciente pro lugar errado!”. A sigla *DPP*, originalmente “descolamento prematuro da placenta”, uma das emergências potencialmente mais graves da obstetrícia, passa a significar *deixa para o próximo plantão* quando se trata de uma parturiente em fase final de trabalho de parto, próximo à troca de turnos.

Como foi dito acima, a gíria para pacientes não é exclusividade dos médicos brasileiros. Michael Crichton, formado pela Harvard School of Medicine, mais conhecido como roteirista do seriado televisivo *ER (Plantão Médico)* e autor de filmes como *Assédio Sexual* e *Coma*, relata exemplos da gíria médica americana, como o diagnóstico criptográfico *SHA*, ou *ship his ass* (“dê um ponta-pé na bunda dele”), para pacientes que evitam ou se recusam a ter alta, e *FLK*, ou *funny-looking kid* (“criança esquisita”), sigla usada pela equipe pediátrica na presença dos pais do pequeno paciente esteticamente diferente (Crichton, 1963:406-7).

O estudo de Gordon (1983) analisa a gíria hospitalar na Califórnia, demonstrando notáveis semelhanças com a gíria brasileira no que diz respeito à relação médico-paciente. Apresentamos a seguir um resumo das quatro categorias identificadas por Gordon, com exemplos de termos e equivalentes aproximados em português (para depois comentar algumas conclusões curiosas do autor): (1) “paciente que demanda mais atenção médica do que seria justificada pela condição física”, como *goldbrick*, equivalente ao *pitiático* da gíria brasileira, derivada de *pitiatismo*, designação dada à histeria pelo médico francês Babinski, segundo Cunha, A.G., (1986:610); *pitiático*, embora anacrônico, sobreviveu como rótulo para pacientes vistos como enrolados ou excessivamente queixosos, ao contrário daqueles que realmente apresentam neurose histérica; (2) “paciente membro de grupo socialmente estigmatizado”, como *dirtball*, (*mulambo*, no Brasil); (3) “paciente em coma ou que não

responde fisicamente”, como *pre-stiff*, ou “pré-presunto” (*síndrome JEC*, no Brasil) e (4) “paciente cujas condições são expressas em termos descritivos ou que é visto de maneira positiva [sic] pelo médico”, como *good patient* (“paciente bonzinho”).

Gordon (1983:179) chega a várias conclusões curiosas. A primeira é que as categorias 1 a 3 representam pacientes “que demandam [*claim*] mais atenção para suas condições do que seria justificado”, avaliação axiológica que parece desafiar tanto o bom senso quanto a deontologia. Já que as três categorias englobam pacientes com problemas e queixas sociais e econômicos, os “queixosos” em geral, junto com pacientes comatosos, surge a pergunta: como um paciente em coma pode *demandar* qualquer coisa, exceto no sentido figurado? É certo que o verbo *claim* pode significar “demandar” no sentido de “exigir”, mas o seu uso numa classificação de pacientes exigentes faz com que o sentido original de *clamare* (“clamar, rogar, suplicar”) tende a invadir o campo semântico do verbo, talvez não propositalmente. Uma segunda conclusão curiosa é que a categoria 4 representa “o paciente visto de maneira positiva pelo médico”, afirmação desmentida pelos próprios exemplos assim classificados pelo autor, p.ex.: *pale face*, ou “cara-pálida”, para criança com leucemia e anemia grave, *Zorro belly*, ou “barriga de Zorro” para paciente com história de múltiplas laparotomias, além do próprio uso ambíguo ou potencialmente polissêmico de *good patient*, que está mais para o *engessado* brasileiro.

O autor conclui que a “função social” da gíria para pacientes é de ajudar a manter o “bom relacionamento do grupo [i.é., da equipe de saúde]”. A conclusão é compatível como uma visão substitutiva da metáfora, em que a gíria serve como fonte de deleite entre membros de uma mesma categoria profissional, mesmo havendo outras matérias primas para chistes ou outras fontes de relacionamento intra-equipe, além da gozação com os doentes. O distanciamento pode ser mantido igualmente pelo jargão médico (i.é., pela linguagem científica, de sentido literal, porém usada de maneira criptográfica ou impessoal).

Aqui, cabe voltar à diferença entre gíria e jargão médicos. Na distinção que faço, uma das características do jargão médico é a utilização da metonímia quando se refere ao

paciente não como um ser humano inteiro, mas como um órgão ou um processo nosológico. Castiel opina que esse dispositivo é menos uma metonímia propriamente dita do que o resultado de um recurso racional e proposital no sentido do profissional focalizar sua atenção nos aspectos cruciais do procedimento em curso. A idéia é que seria humanamente impossível para o médico sustentar uma visão holística do paciente enquanto realiza procedimentos que exigem uma concentração máxima; como metonímia, expressaria um distanciamento necessário e benéfico para o paciente. Por outro lado, aparentemente, a gíria produz mais uma *coisificação* do paciente do que um distanciamento em relação a ele. O estudo de Galizzi (1997) sobre a rejeição de certos pacientes torna essa área de humor médico mais compreensível de acordo com a seguinte afirmação de Freud (1905a:123): “A hostilidade brutal, proibida por lei, foi substituída pela invectiva verbal. Tornando nosso inimigo pequeno, inferior, desprezível ou cômico, conseguimos, por linhas transversas, o prazer de vencê-lo...”.

Note-se o exemplo de uma discussão de casos clínicos, do tipo “Como Eu Trato”, em que o expositor explica: “Existem duas abordagens terapêuticas básicas para a candidíase recorrente. A primeira, e provavelmente a mais eficaz, é de encaminhar a paciente para nosso pior inimigo...” (risos da platéia, composta de ginecologistas, majoritariamente do sexo feminino). Enquanto isso, o expositor prossegue, em termos científica e deontologicamente corretos, com a explicação da sua “segunda” abordagem, a terapêutica propriamente.

Aqui, cabe examinar um fenômeno não visto por Gordon (1983), à medida que analisou o hospital como se fosse um contexto lingüístico único e homogêneo. Ou seja, o que permite que médicos utilizem a gíria sem ferir a deontologia na relação médico-paciente é a mudança de estilo no ato de fala, de acordo com o conceito chamado de *situational shift* (deslocamento situacional), conforme a conversa transcorra ou não na presença do paciente e/ou dos familiares, no consultório particular ou no quarto dos médicos no hospital. Blom e Gumperz (1968, apud Fishman, 1969:49) definem o conceito de *situational shift* assim:

“Os membros de redes sociais que compartilham um repertório lingüístico devem saber (e de fato sabem) quando deslocar de uma variedade [lingüística] para outra. Um deslocamento de situação *pode* exigir um deslocamento de variedade lingüística. Um deslocamento de variedade lingüística *pode* sinalizar um deslocamento na relação entre membros de uma rede social, ou no tema e no propósito da sua interação, ou então no grau de privacidade ou no local da sua interação”.

Fishman chama atenção para o fato de ter grifado “*pode exigir*” e “*pode sinalizar*”. Às vezes, membros da mesma rede ou comunidade de fala se deslocam de uma situação para outra sem mudar de variedade lingüística (quando um estilo é apropriado para mais de uma situação). O que é, ou deixa de ser, uma situação diferente com relação à variedade lingüística é uma questão da organização social interna de uma determinada rede ou comunidade de fala (como a profissão médica). Os membros de tais redes ou comunidades adquirem lentamente, e sem que se dêem conta, o que Fishman chama de *competência comunicativa sócio-lingüística* com relação ao uso apropriado dos estilos de linguagem (Fishman, 1969:49). Quando Good (1994:71) afirma que “a entrada para o mundo da medicina é realizada não apenas pelo aprendizado da linguagem e da base de conhecimentos da medicina, como também pelo aprendizado de práticas fundamentais através dos quais os médicos se envolvem numa realidade (que também formulam) de uma maneira especificamente ‘médica’, incluindo maneiras especializadas de ‘ver’, ‘escrever’ e ‘falar’”, podemos inferir que o aprendizado inclui a competência comunicativa sócio-lingüística, ou seja, por que e quando mudar de um estilo discursivo da medicina para outro. Analisando as fontes de mudança de códigos lingüísticos, Bernstein (1970:157-178) identifica a importância da complexidade na divisão de trabalho, mudando as características sociais e cognitivas dos papéis profissionais [note-se que o campo médico seria um dos mais complexos]. Nessa complexidade, segundo Bernstein há uma extensão do acesso através da educação [neste caso, a formação médica] aos códigos elaborados. O uso dos diversos códigos está relacionado a procedimentos para a manutenção de fronteiras (*boundary maintaining procedures*) que afetam as grandes agências socializantes, como a família, o grupo etário, e com relevância especial para minha discussão, a educação e o

trabalho. E como meu texto focaliza as relações entre as mudanças no universo do trabalho médico propriamente e os valores éticos que o permeiam, não poderia deixar de frisar a seguinte observação de Bernstein: “Devemos considerar, junto com o grau e tipo de complexidade da divisão de trabalho, as orientações axiológicas da sociedade que, se supõe, afetam os procedimentos de manutenção de fronteiras” (Bernstein, 1970:176). As pessoas podem ter, mas não necessariamente têm, consciência das regras que orientam seu comportamento sócio-lingüístico. Costumamos falar sem “prestar atenção” àquilo que estamos dizendo ou ao fato de estarmos mudando de um estilo de fala para outro. Quem procura desvendar um estilo de fala de uma rede ou comunidade deve descobrir essas regras mais rapidamente e com mais esforço, portanto, mais conscientemente (Fishman, 1969:49). Como procurarei demonstrar nas *Conclusões*, numa tentativa de classificar preliminarmente os diversos estilos de fala que compõem o discurso médico, quanto mais constitutivas essas regras, menos consciência temos delas (por exemplo, no discurso científico/clínico), e ao contrário, quanto mais reguladoras as regras, mais nos damos conta delas (por exemplo, no discurso deontológico).

Como desdobramento da sua análise de *deslocamento situacional*, Fishman (1969:50) chama de *deslocamento metafórico* (*metaphorical switching*) o fato de os membros de uma mesma rede ou comunidade de fala mudarem de um estilo para outro sem sinalizar qualquer mudança na situação, indicando a “categorização” de estilos da qual participam tão frequentemente, e sem esforço. Quando a mudança de estilos é passageira e não-recíproca, muitas vezes é de natureza *metafórica*. Isso significa que a mudança ou deslocamento é utilizado para fins de ênfase ou contraste, e não como indicação de uma descontinuidade de situações. Mas esse tipo de deslocamento metafórico pode ser arriscado. O deslocamento metafórico é um luxo que só é permitido àqueles que compartilham confortavelmente não apenas o mesmo conjunto de normas situacionais, como também o mesmo ponto de vista quanto à sua inviolabilidade.

Já citei um exemplo de *deslocamento metafórico* com o chiste corriqueiro de um médico durante uma sessão de casos clínicos, quando comentou que a primeira e mais

eficaz opção terapêutica para a candidíase recorrente seria a “de encaminhar a paciente para nosso pior inimigo”. Segundo o médico entrevistado que relatou o chiste, parece não ter havido nenhum constrangimento na platéia, onde, aliás, predominavam ginecologistas mulheres. Ninguém fez a pergunta óbvia, ou seja, se as doenças se curassem sozinhas, porque alguém haveria de consultar o médico? Lido ao pé da letra, o chiste extrapolaria tanto o discurso científico quanto o deontológico. A chave está na cumplicidade confortável não apenas quanto ao mesmo conjunto de normas situacionais, como também, com relação ao mesmo ponto de vista quanto à sua inviolabilidade.

Ainda com referência à questão do *situational shift*, sem usar o termo, o *deslocamento situacional* é explicado por um dos meus entrevistados:

“...geralmente as brincadeiras são feitas entre os médicos...entre o pessoal da área da saúde. E na brincadeira não entra o paciente. O paciente chega doente, tá precisando ser tratado! No consultório você lida direto com o paciente. É você e o paciente. Você não pode brincar com o paciente. Já no hospital não, você tem o grupo, você tem o doente (...) com o paciente você tem que ter aquele relacionamento médico-paciente. É diferente, médico com médico, a gente pode brincar, xingar, falar o que quiser, mas com o paciente, não, o paciente você tem que tratar dentro daquelas normas que nós aprendemos...” (anestesista, 54 anos).

No centro cirúrgico, mesmo com o paciente fisicamente presente, o fato de estar sob raqui-anestesia (*acordado*) ou anestesia geral (*dormindo*) determina um deslocamento situacional. Numa cesariana, no mesmo ato cirúrgico, os dois tempos (antes e depois do nascimento do feto) são acompanhados de estilos de fala diferentes, onde muda o teor das “piadas”:

“...o anestesista na obstetrícia não deve fazer drogas sedativas, em função do feto, então ele tem que buscar na *papoterapia* tentar acalmar a paciente, até contando piadas, conversando muito, dando muita atenção, tentando tirar aquela tensão, porque toda grávida é muito nervosa, muito ansiosa, ela tá sentindo dor. Mas depois que o feto nasce, aí...aí nós estamos *liberados*...” (anestesista, 33 anos)

Outro anestesista explica o deslocamento de estilos de fala entre os dois tempos da cesariana:

“...dificilmente você faz a paciente dormir, ela está bloqueada. Aí, você conversa também, mas já uma conversa diferente. Você não vai poder [dizer], ‘Pô, tá morrendo! Tá não sei o que! Tá sangrando!’ Tem que chegar, você conversa e tudo, mas com uma maneira mais suave de conversar. Você limita mais as brincadeiras, você já não vai dizer algumas coisas. Mas com a paciente dormindo, você chega pro cirurgião: ‘Pô!’” Cê tá com vontade de xingar ele lá, e: ‘Segura isso aí, que tá ruim aqui!’ [i.é., está acontecendo uma complicação na cirurgia]. Agora, com a paciente acordada, você tem que manter um diálogo mais profissional...” (anestesista, 54 anos)

As noções propostas por Gordon (1983) de “função social” da gíria enquanto adjuvante do relacionamento profissional focaliza a função fática desse estilo, passando ao largo do potencial da gíria no sentido de criar sentidos novos através de metáforas interativas. No caso da gíria médica carioca, seria como se chamar um paciente de *mulambo* fosse redutível a uma tradução literal – “maltrapilho, pobre e negro” – passando por cima da polissemia fundida numa única metáfora viva, que por sua vez interage com o universo sócio-econômico e cultural do doutor que a utiliza (segundo a leitura interativa, a metáfora não apenas exprime um sentido preexistente; pelo contrário, cria um sentido novo). Assim, a metáfora *mulambo*, além de *expressar* a exclusão social, ajuda a *criá-la*.

O exposto acima pode explicar porque Gordon tenha deixado de identificar outros campos semânticos, ou seja, porque se limitou à *gíria hospitalar para pacientes*, deixando de lado a possibilidade de uma *gíria médica para hospitais*. No Sub-Capítulo III.C., analiso como algumas das metáforas mais semanticamente ricas surgem quando os médicos se referem à sua própria relação com o sistema de saúde.

Antes, porém, alguns comentários sobre um texto americano mais recente, de um grupo da UCLA liderado por um psiquiatra e tendo três residentes como co-autores (Coombs et. al., 1993). Além de uma extensa pesquisa de campo, os autores fazem uma compilação da gíria incluída em vários outros estudos etnográficos (englobando, inclusive, os termos publicados por Gordon em 1983) e de vários romances, chegando a um total de mais de 300 tropos. O estudo testa algumas variáveis no uso da gíria, como o sexo do

falante (onde não encontrou diferença entre médicos e médicas) e especialmente a variável geração, onde identificou claramente o uso mais intenso da gíria para pacientes durante o internato e residência. O estudo identifica cinco *funções psico-sociais* para a gíria médica: 1) criar uma sensação de pertencer a um grupo seletivo, “os de dentro” (*insiders*); 2) estabelecer uma identidade única; 3) fornecer um meio de comunicação privado; 4) servir como exercício da criatividade, do humor e da sagacidade (*wit*) e 5) amortecer a tragédia e descarregar emoções fortes. Assim como no estudo de Gordon (1983), Coombs et al. (1993) realçam a evidente função fática da gíria médica. Há de se observar, contudo, que das funções acima, os números 1 a 3 são desempenhadas, aliás de maneira constitutiva, pelo domínio da linguagem científica e do jargão médico (os autores não distinguem entre este e gíria), e que os números 4 e 5 novamente colocam os pacientes no papel de alvo quase exclusivo do humor. Esse enfoque é explicado pelos autores, no caso dos internos e residentes, pelo horário de trabalho extenuante, exposição a pacientes com poucas perspectivas de sobrevivência, ou a pacientes pouco interessantes, que dão “pouco retorno” para “muito investimento” de energia e tempo, com pressões de professores e chefes de plantão exigentes. Como afirma um dos residentes americanos entrevistados, “Quando usamos gírias, não descarregamos tanto nossa ansiedade e *stress* nos pacientes. Gírias humorísticas, muitas vezes sarcásticas, fornecem uma válvula de escape para nosso *stress*. Essa válvula de escape é considerada socialmente aceitável, ao contrário de ficar irritado ou falar de maneira grosseira com os pacientes” (Coombs et al., 1993:996).

Os estudos de Gordon (1983) e Coombs et al. (1993) diferem num ponto importante, à medida que apenas no segundo aparece uma voz discordante quanto às “funções” da gíria. Por exemplo, enquanto Gordon afirma que “a gíria hospitalar para pacientes não expressa falta de sensibilidade ou de preocupação para com os pacientes; muitas vezes é usada para criar uma espécie de *rapport* de rotina, mas não necessariamente pessoal, no meio da equipe médica através do uso de humor e da depreciação daqueles percebidos como fonte comum de frustração” (Gordon, 1983:182), um dos médicos entrevistados por Coombs discorda: “Eu nunca ouvi a palavra *gomer* [acrônimo para *Get*

Out of My Emergency Room, lembrando a palavra *gomerel*, ou “tolo”, semelhante a *mulambo* ou *pimba* no Brasil] usada de maneira não-depreciativa. Pode-se usar o termo *gomer* de brincadeira, mas sempre implica aquela mensagem sutil de que um determinado paciente é menos do que um ser humano resgatável” (Coombs et. al., 1993:995).

O que chama atenção é que, novamente menosprezando o valor semântico do registro, os autores não tenham identificado, entre as funções da gíria, a de explicar como funcionam os serviços – prioridades e fluxos que não são explicitados por outros meios como livros-texto ou manuais de rotinas hospitalares – embora essa função apareça nas entrelinhas em vários momentos do estudo de Coombs et. al. (1993). Por exemplo, os autores citam e explicam os termos *turf* (transferir o paciente, no sentido de se livrar dele) e *buff* (glosar ou enfeitar o prontuário do paciente de maneira que pareça mais transferível) para descrever o deslocamento de pacientes (aliás, os dois termos são bons exemplos de verbos ilocucionários). O romance de Shem, *The House of God*, conta: “Todo interno e residente fica acordado à noite no plantão, imaginando como pode conseguir *buff* e *turf* os *gomers* para outro lugar. Você tem que *buff* os *gomers*, senão quando você *turf* eles pra fora, eles voltam quicando para você.” De maneira semelhante, os médicos de comunidade, de atenção primária, podem “descarregar definitivamente” (*terminally dump*) os pacientes exigentes, terminais ou agonizantes, encaminhando-os para o especialista (Shem, 1978, apud Coombs et. al., 1993:989). Chama atenção a preponderância, no estudo americano, de gírias para pacientes com problemas sociais e/ou psiquiátricos concomitantes, sugerindo um estado de tensão criado por uma demanda excessiva sobre as enfermarias clínicas que deixa de ser coberta através de uma colaboração eficiente com os serviços social e de saúde mental. Os autores também frisaram que os internos americanos trabalham uma carga semanal insana, variando entre “90 e 140 horas” (sic), sofrendo pressões de todos os lados. Entretanto, deixaram de registrar se esses médicos-em-formação recebem algum tipo de acompanhamento psicológico, que seria humano, lógico e até regulamentado legalmente e por acordos trabalhistas coletivos em outras profissões americanas com mão-de-obra qualificada com níveis semelhantes de estresse (como controladores de voo). O estudo,

realizado sob os auspícios do Departamento de Psiquiatria de uma das maiores universidades americanas, parece sugerir que a gíria para pacientes possa suprir essa função terapêutica, sem oferecer indícios objetivos para tanto. Inclusive, pode-se sugerir que para um profissional que se sujeita a uma carga semanal de até 140 semanas, a gíria *compõe* tanto quanto *alivia* a tensão. Um dos resultados é que, como Pollock (1998) nota, os médicos autores desses relatos descrevem sua experiência no internato como uma espécie de empreendimento heróico do qual emergem enquanto figuras enobrecidas após se submeterem a uma série de proações, representadas por pacientes difíceis e hospitais perigosos, aparentemente sem lembrar que as próprias instituições de ensino são organizadas de tal maneira a produzir as experiências e resultados que esses médicos-autores julgam ser únicos a eles próprios. E como observa Pollock (1998), o eixo simbólico desse campo semântico é a sala de emergência do hospital urbano, utilizado também como hospital de ensino, que os pacientes indigentes e pobres usam para seu atendimento primário, muitas vezes apresentando problemas médicos menores, ou então com as complicações de condições “auto-induzidas” secundárias a dependências químicas, tabagismo e desnutrição. O que não fica claro no estudo de Coombs et. al. (1993) é quanto o nível sócio-econômico do paciente influi na rotulação. Por exemplo, um dos meus entrevistados observou que paciente traumatizado e recolhido em via pública, quando pobre, é chamado de *pimba*, ou “*pé inchado mulambo bêbado atropelado*”, enquanto o paciente de status social mais elevado e acidentado em circunstâncias iguais é chamado de “vítima”.

Coombs et. al. (1993) não explicitam, mas pode-se inferir, que há pouca ou nenhuma gíria para pacientes particulares nos Estados Unidos, o que é coerente com minhas entrevistas no Rio. E aqui cabe uma anedota contada por um médico indiano e consultor da OMS em visita ao Brasil. Consta que um médico idoso e muito respeitado na província onde tem uma clínica bem-sucedida recebe a visita do filho, médico-residente no hospital universitário na capital, numa curta temporada de férias. O pai resolve aproveitar para descansar por uns dias, pela primeira vez em trinta anos, orgulhosamente passando os

cuidados da clientela para o filho. Ao retornar, pergunta sobre o andamento da clínica e o estado dos pacientes. “Meu pai, tudo anda conforme, apenas aquela senhora brãmame da vila, que o Senhor vinha tratando há mais de quinze anos – bem, como todo respeito, eu mudei a medicação dela, e ela melhorou e teve alta do tratamento.” Responde o pai, irado, “Seu imbecil! É com o dinheiro dela que estou pagando seus estudos!”

Confirma-se também pela leitura de Coombs et. al. (1993) uma semelhança com o de Gordon (1983), confirmada por Pollock (1998) e Flowers (1998), i.é., que os autores identificaram poucos termos para os serviços de saúde nos Estados Unidos. Voltarei a essa questão no Sub-Capítulo III.C., mas fica a pergunta em aberto: haveria menos gíria médica para os serviços de saúde nos Estados Unidos porque os médicos americanos não percebem – tanto quanto seus colegas brasileiros – tensões no sistema de saúde (seja porque essas tensões não existem, ou porque os médicos de lá são menos críticos), ou os autores deixaram de registrar esse campo na gíria médica?

III.C. TROCADILHOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

“Não são livres todos aqueles que zombam de suas cadeias.”
(Lessing, apud Freud, 1905a:111)

A tensão inerente ao trabalho médico quando lida constantemente com o sofrimento humano e situações de vida e morte é intensificada, chegando ao mal-estar, em função do processo de “desprofissionalização” identificado originalmente por Haug em 1973 (apud Light & Levine, 1988) e adotado por Machado (1996:191-3) como paradigma explicativo da crise contemporânea na categoria médica brasileira, apontando como principais características a perda de autonomia em relação aos seguintes fatores: a invasão da clínica pela tecnologia; os sistemas gerenciais heteronômicos, a sobre-especialização e a organização política dos pacientes, levando conseqüentemente à perda de prestígio, de renda e do tradicional status diferenciado do médico, simultaneamente com a desestruturação progressiva dos serviços públicos de saúde. “A profissão médica torna-se marcada pela dependência dos diferentes formatos de convênios, pela incerteza, pelo pessimismo, com um futuro negro e desanimador (...) O jovem médico tratará pessoas enfermas em instituições regidas por regras, normas e regulamentos que obedecem a uma racionalidade gerencial que conflita com os preceitos da profissão”(Machado, 1996:144).

A gíria médica em resposta a esse contexto de crise dos serviços de saúde é esclarecida pela análise de Freud (1905a:129): “...nos exemplos até agora considerados, a agressividade disfarçada dirigia-se contra pessoas [leia-se colegas de outras especialidades ou pacientes], mas o objeto de ataque pelo chiste pode ser igualmente instituições (...) concepções de vida que desfrutavam de tanto respeito que só sofrem objeções sob a máscara do chiste e, mesmo, de um chiste ocultado por sua fachada.” Freud chama esses chistes *cínicos* ou *céticos*, atribuindo-lhes poder de denúncia.

Esse tipo de piadas feitas pelos próprios médicos para instituições de assistência à saúde é favorecido pelo fato dos médicos pertencerem ou estarem inseridos dentro dessas

mesmas instituições: “Uma ocasião particularmente favorável a chistes tendenciosos é apresentada quando a pretendida crítica rebelde dirige-se contra o próprio sujeito ou, para dizê-lo com mais cautela, contra algo que o sujeito partilha, ou seja, ao sujeito enquanto uma pessoa coletiva...” (Freud, 1905a:132).

Nessa linha de análise dos chistes classificados como *cínicos* ou *céticos*, Freud aponta para outro poder do humor que se acrescenta ao prazer derivado da “economia psíquica”, ou do “desconcerto seguido de esclarecimento”: “Esse primeiro uso dos chistes que ultrapassa a produção do prazer aponta para seus usos ulteriores. O chiste agora é enfocado como um fator psíquico munido de poder: seu peso, avaliado em uma ou outra escala, pode ser decisivo...[quando] despedaça o respeito pelas instituições e verdades em que o ouvinte acreditava” (Freud, 1905a:156).

Passo agora a examinar mais de perto alguns chistes médicos referidos a alguns componentes do sistema de saúde, no contexto brasileiro.

Para muitos alunos de medicina (*Acades vulgaris*) e médicos novatos (*bagrinhos*), a primeira experiência com a prática clínica é na *trambiclínica* (tropo conhecido por todos nossos entrevistados). A polissemia desse trocadilho é particularmente rica, quando se nota que combina não apenas o *trambique*, ou “negócio fraudulento” (Ferreira, 1986:1698) com a *clínica*, “lugar de repouso”, “prática da medicina” (Cunha, A.G., 1986:189). Ao mesmo tempo, a etimologia de *trambique* remonta ao *trampolim*, figurativamente uma “...coisa, que...impulsiona alguém; degrau” (Ferreira, 1986:1698), conotando portanto a iniciação profissional. O termo por vezes é encurtado para *trambi*, onde, sugestivamente, elimina-se a *clínica*, ou “prática da medicina” (esse tipo de figura discursiva, com a incriptação de um ou mais lexemas, chama-se *hemiteléia*, e é característica da *Cockney rhyming slang* – Bryson, 1990:237). Como funciona a metáfora *trambiclínica*? Traduzi-la literalmente como “*A clínica é trambiqueira*,” (visão substitutiva da metáfora) empobrece a significação. Há uma interação entre *trambique*, *trampolim* e *clínica* onde os termos se organizam mutuamente, como se pode ver na explicação de um médico entrevistado:

“*Trambiclínica* é aquela clínica que, ao invés de colocar um médico formado para dar plantão, coloca acadêmicos de medicina, pra pagar menos,

pra obter um lucro maior, sem falar que esses próprios médicos [sic] são obrigados, não... *orientados...*, a pedir todo tipo de exame, sem necessidade, pra que as clínicas obtenham lucros.” (anestesista, 33 anos)

A definição mostra como a *trambiclínica* funciona como *trampolim* do *bagrinho*, e como este – antes mesmo de se formar – se vê enredado nos procedimentos financeiros e gerenciais adotados por essa instituição, antecipando sua futura falta de autonomia profissional. Assim, na interatividade da metáfora, esse tipo de *clínica* organiza o *trambique*, que por sua vez determina como se pratica a clínica, abrindo ao mesmo tempo o espaço para um *trampolim* profissional.

Outro tropo comum deriva do uso figurado de um termo descritivo, originalmente da própria medicina, quando *drenar* torna-se o foco metafórico de “*drenar* um paciente”, definido assim:

“...pessoa que tem clínica lá fora pega o doente que tá num determinado hospital, e leva pro outro lado, onde tem a clínica particular. Usa esse termo aí, ‘*drenou*’, porque o dreno é que vai tirando...vai...eliminado as coisas, né? E aí vai tirando o paciente de um lado pro outro.” (anestesista, 54 anos)

Mas o fato de ter identificado a metáfora não nos dá uma leitura única da “verdade” encerrada na frase. Embora *drenar* possa sugerir aumentar a clientela particular, pode ser lido como uma maneira de aliviar a sobrecarga de pacientes do serviço público, como explica o mesmo entrevistado:

“...a maioria desse pacientes, tem muito paciente que está internado, tem tudo, tem plano de saúde, não tem necessidade dele ficar ali naquele hospital, ocupando a vaga de um que precisa, e quando ele não tem necessidade...” (anestesista, 54 anos)

O *mulambatório* é trocadilho formado por *mulambo*, termo que significa “trapo”, incorporado ao português do quimbundo, língua banta, usado aqui metaforicamente para “mendigo” (Ferreira, 1986:1149), e *ambulatório*, ou “departamento hospitalar para atendimento...de enfermos que podem se locomover” (Cunha, A.G., 1986:39). Um médico

entrevistado identifica *mulambulatorio* como sinônimo de hospital público, atendendo tanto a mendigos quanto a pobres e/ou trabalhadores em geral:

“*Mulambulatorio* é o lugar que atende o *mulambo* no *ambulatorio*. Usam também esse termo para as pessoas, coitadas, vamos dizer generalizam pras pessoas que vão ao hospital público e que precisam, e aí no meio têm as pessoas que realmente não têm como comer, mas têm outras pessoas com a situação melhorzinha, e aí a turma generaliza esse termo pro pessoal que é atendido no ambulatorio – mas nem todos eles são *mulambos*”(anestesista, 54 anos).

Na discussão sobre meu artigo (Peterson, 1998a), os debatedores Deslandes (1998) e Carrara (1998) questionam como os termos *mulambo* e *mulambulatorio* ajudam a criar a exclusão, ou como os níveis semântico e social interagem. Faço aqui algumas reflexões sobre a pergunta deles, não apenas para responder à pergunta em si, mais principalmente para ilustrar a questão da performática discutida no Capítulo II.

Quando o médico se refere a determinados pacientes como *mulambos*, em vez de chamá-los pelo nome próprio ou como “o paciente” ou metonimicamente como um órgão ou entidade nosológica, e quando afirma que esses pacientes estão sendo tratados num *mulambulatorio*, com base numa análise performática desse ato de fala (Searle, 1979:75-116), o médico realiza tanto um ato de *expressão* (expressando seus sentimentos e atitudes) e de *asserção* (dizendo aos outros como as coisas são, nesse caso os pacientes e o serviço de saúde). O termo *mulambo* não é usado aleatoriamente por um indivíduo na sociedade para descrever outro. As asserções do médico estão investidas de autoridade científica e moral pelo estado e pela sociedade, e o paciente confirma essa autoridade quando busca atendimento. O ato de fala não precisa ser condição única para “ajudar a criar” (i.é., servir de co-fator ou contribuir para) a exclusão ou discriminação em relação ao paciente. Tais atos de fala só deixariam de ajudar a criar a discriminação se estivessem totalmente divorciados dos atos médicos propriamente ditos que eles acompanham. Dificilmente se consegue imaginar uma alienação total entre o ato médico e seus atos de fala, mesmo que as palavras sejam ditas de maneira que o paciente não ouça ou não consiga entender. Pode-se até considerar, também com base em Searle (1979:85-93) que o significado literal do

foco da metáfora não precisa satisfazer *condições de verdade* para que funcione como tal. Ou seja, mesmo que o *mulambo* não tenha “realmente” as propriedades associadas a um “trapo” – descartado, inerte, silencioso – mas ao contrário, seja ativo e desembaraçado, essa falta de “verdade” no sentido literal do termo, i.é., de uma denotação inequívoca, não altera o que o falante quer dizer com o enunciado metafórico.

Pode-se argumentar também que o médico está fazendo o melhor possível para tratar os *mulambos* sob condições adversas, e que o termo *mulambulatório* serve de crítica contra as condições *esmulambadas* do trabalho médico. Tanto a asserção discriminatória quanto a denúncia das condições de trabalho do médico podem operar nesta mesma metáfora. Enquanto o médico aparentemente está tentando criar ou manter a distância entre ele e o contexto, a extensão do termo *mulambo* para *mulambulatório* acaba nomeando o processo inteiro, englobando a fila de pacientes pobres, o serviço de saúde, a equipe e especialmente ele próprio.

Carrara (1998) também observa que não se pode inferir a presença de viés racial no falante a partir da origem do termo *mulambo* numa língua africana sub-saariana, ainda que, coincidentemente, como chamo atenção (Peterson, 1998a), o termo rotula pacientes pobres do ambulatório público, onde os negros estão fortemente sobre-representados. A questão sugerida é se a diferenciação racial nas condições de saúde e no atendimento é mensurável no Brasil, e a relação que isso poderia ter com o uso de um termo depreciativo para determinados pacientes. O desconforto em relação ao termos *mulambo* e *mulambulatório* chama atenção para o que não é dito abertamente por motivos éticos ou estéticos (e que não pode ser testado cientificamente) sobre raça e saúde no país. Sem pretender denunciar a existência de viés racial no atendimento à saúde no Brasil, que está longe do escopo desta tese, vale a pena lembrar a abordagem de Freud (1905a:159) para as condições de conflito reprimido em que surgem chistes tendenciosos: “Admitamos que existe o impulso de insultar certa pessoa; isso, entretanto, opõe-se tão fortemente a nossos sentimentos de propriedade ou de cultura estética que o insulto não pode se consumir.... Suponhamos, agora, entretanto, que se apresenta a possibilidade pela derivação de um bom chiste a partir

de material verbal e conceitual usado para o insulto – ou seja, a possibilidade de liberar prazer de outras fontes não obstruídas pela mesma supressão.”

Assim, os termos *mulambo* e *mulambulatório* ganham maior sentido, não apenas na obstrução ética contra a discriminação no atendimento, como também, na própria “indizibilidade” da questão raça/cor em relação à saúde. Nos termos de um decreto Presidencial (Ministério da Justiça, 1995), um Grupo de Trabalho foi convocado há três anos pelo Ministério da Saúde para discutir e propor medidas relativas às condições de saúde e assistência para a população negra brasileira. O GT publicou um relatório com essa finalidade, que recomenda, entre outras coisas:

“Conhecimento da relação do profissional de saúde com o cliente de raça negra, que é submetido a um estereótipo social negativo, com vistas à identificação dos comportamentos inadequados e a conseqüente adoção de medidas educativas para corrigí-los.” (Ministério da Saúde, 1996:17)

Não tenho conhecimento de outras evidências além do notório saber dos membros do Grupo de Trabalho para apoiar essa recomendação. Mas o principal motivo por essa falta de evidência é sugerido pelo próprio relatório, que também recomenda:

“Introdução do quesito ‘cor’ ou a identificação racial, no prontuário do paciente, bem como naqueles instrumentos relativos à gerência e à gestão do SUS (AIH, UCA e outros) de forma a permitir um diagnóstico epidemiológico dos grupos raciais/étnicos e a realização de estudos específicos” (Ministério da Saúde, 1996:17).

Em 1998, dois anos após a publicação do Relatório, o Ministério da Saúde ainda não regulamentou a questão, de maneira que a “cor” só é incluída nos prontuários em algumas poucas cidades, e não em nível nacional. Continua-se perdendo uma oportunidade de fornecer informação valiosa a custo zero para o Sistema Único de Saúde. A omissão da informação sobre cor/raça tem implicações sérias não apenas em nível clínico, individual, como também epidemiológico, tanto para doenças onde o genótipo africano de origem sub-saariana desempenha papel determinante (por exemplo, anemia falciforme) ou para as quais existem pesquisas em curso no resto do mundo sobre raça enquanto co-fator potencial na

expressão diferencial de doenças cardiovasculares e outras. Além do mais, a identificação racial poderia fornecer informação importante sobre acesso diferencial (ou discriminação) no atendimento à saúde, e para corrigir tal desigualdade, caso fosse constatada, através de políticas públicas específicas. A exclusão da “cor” nos prontuários produz uma espécie de daltonismo, onde a desigualdade racial é presidencialmente decretável, porém cientificamente indizível. Seria possível testar a questão do viés do médico, cronometrando os tempos de consulta para pacientes brancos e negros, mas os prontuários atuais seriam inúteis para esse tipo de estudo, pelos motivos expostos acima.

Prosseguindo com a análise dos tropos para serviços de saúde heteronômicos, vários entrevistados conheciam um suposto convênio *Embromed* (de *embromar*, ou “protelar a resolução de um negócio por meio de embustes” [Cunha, A.G., 1986:291], numa alusão aos convênios imaginários terminados em “-med”). O termo conota uma relação com os planos de saúde que é percebida pelos médicos de maneira semelhante à anedota americana do Anexo III, onde cada cláusula do plano contém um ardil. Há motivos objetivos para os médicos se sentirem dependentes dos convênios heteronômicos, como é demonstrado extensamente por Machado (1996). Aliás, o termo utilizado por Machado (1996:191) para os convênios é bastante apropriado, como se depreende da definição feita por Ferreira (1986:939): “*heteronomia* – condição de pessoa ou de grupo que receba de um elemento que lhe é exterior, ou de um princípio estranho à razão, a lei a que se deve submeter. Cf. autonomia”.

Um dos entrevistados dizia desconhecer a *Embromed* (talvez seja relevante que ele só trabalhava em emprego público, ou seja, não recebia remuneração através de planos de saúde), mas quando indagado, descreveu em contrapartida, outro plano chamado *Plano Pafúncio*:

“São procedimentos realizados no hospital público, em *parentes de funcionário*, e por serem *parentes de funcionário*, eles são atendidos com mais agilidade e rapidez. Aí, nós costumamos dizer, em termos jocosos, que aquele plano de saúde é *Pafúncio!*. *Parente de funcionário*” (traumatologista, 33 anos).

O trocadilho com *Pafúncio* (personagem bufo, metido a importante, da história em quadrinhos americana traduzida aqui no Brasil como *Pafúncio e Marocas*) reporta diretamente ao estudo de Machado (1996:161):

“O volume de usuários que busca os serviços gratuitos fornecidos pelo Estado é muito elevado e tem crescido nos últimos anos, até por força das circunstâncias sócio-econômicas em que vive a maioria da população. A *moeda* valiosa nesses casos acaba sendo o *tráfico* de influência entre amigos, *parentes*, médicos, chefes, diretores de hospital, etc. A troca de favores, acordos e propinas tornam-se correntes” [grifo nosso].

Outro trocadilho se refere ao hospital *pilantrópico*, oxímoro formado a partir de *pilantra*, “que gosta de apresentar-se bem, mas não tem recursos para isso; diz-se de pessoa de mau caráter” (Cunha, A.G., 1986:604) e *filantrópico*, “relativo à filantropia, ou inspirado nela, i.é., com amor à humanidade” (Ferreira, 1986:777). O termo é definido assim por um entrevistado:

“...no fundo, eles dizem que hospital *pilantrópico* não têm finalidade lucrativa, mas acaba tendo, né? Esse ‘sem fins lucrativos’ deles é muito relativo. Tão sempre lá defendendo o dinheiro deles”. (anestesista, 54 anos)

A relevância e atualidade da denúncia implícita na gíria *pilantrópico* são realçadas pela recente cassação de dez entidades classificadas até então como filantrópicas, incluindo a Golden Cross Assistência Internacional de Saúde. Segundo o Ministro da Justiça Renan Calheiros, ao assinar a portaria de cassação do título da Golden Cross, “É preciso acabar com a indústria da falsa caridade. Falsa porque a utilidade é pública, mas os lucros são particulares e pessoais” (Carvalho, 1999).

É importante frisar que o consultório particular, pelo menos no que diz respeito ao pagamento direto por serviços, parece ser isento de chistes médicos, permanecendo incólume como ideal do exercício da prática clínica, como indica claramente o estudo de Machado (1996:147), em que os médicos entrevistados associam a autonomia genericamente ao conceito de “profissão liberal”, e não à medicina em si. Embora nossa pesquisa não tenha detectado nenhum trocadilho para o consultório particular, a

efemeridade desse ideal já foi ironizada num filme produzido pelo Sindicato dos Médicos (RJ/SP) no início dos anos oitenta, chamado “Um Dia na Vida do Médico”. O personagem principal, médico formado não tão recentemente, passa o dia correndo de um serviço para outro (da *trambiclínica* para a *Embromed* para o *pilantrópico*...) e acaba a jornada no consultório particular que *divide* com um grupo de colegas e onde seu nome aparece em trigésimo-sétimo lugar no diretório.

Ilustrando como o consultório particular simboliza o paraíso perdido (ou jamais alcançado) da autonomia profissional, nota-se ao mesmo tempo como, ao lexicalizar conflitos na prática médica, a metáfora pode assumir um caráter mais ostensivo no sentido de denunciar, explicitar e/ou intervir na realidade. Um artigo publicado pelo Sindicato dos Médicos (SINMED, 1996), baseado numa entrevista com o vice-presidente dessa entidade de classe, traz o sugestivo título metafórico “*Um dia a casa cai: o desmonte do setor público*”. Aqui, com proveito pode-se comparar a metáfora do título com a definição de *ethos* como a “morada do homem” (Vaz, apud Schramm, 1995:55) para sentir quanto o *ethos* médico encontra-se ameaçado. O que mais chama atenção é a previsão de que o “desmonte do setor público” fará a casa cair, inclusive, sobre o último reduto do profissionalismo autônomo, o consultório particular. A ver:

“A implantação do projeto do Governo FHC de transformação das instituições públicas em ‘organizações sociais’ traz impacto direto na vida dos médicos, que terão que abrir mão de aposentadoria, estabilidade e outros benefícios;...a incorporação de unidades públicas por empresas também será prejudicial ao médico que possui consultório, na medida em que criará condições para que estas empresas – que passarão a ser proprietárias de grandes hospitais – terão serviços alternativos para onde encaminhar seus associados, o que elevará sua capacidade de barganhar honorários ainda menores que os pagos hoje (SINMED, 1996).

Exemplo semelhante é utilizado pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, quando lança mão da ironia metafórica para criticar a pretendida implantação – imposta de fora, por empresas multinacionais – do seguro contra

malpractice (erro médico ou “má-praxis”) no Brasil. A aliteração é feita com o termo original em inglês, conotando a ingerência pelas multinacionais:

“A situação caótica da assistência médica pública em nosso país favorece o crescimento desse seguro de *malpractice*, que só acarretará *mal-estar*, insegurança e preocupação para os médicos.” (Bordallo,1996:11)

O monopólio dos médicos sobre um campo científico e uma prática legalmente demarcada é defendido pelo uso da metáfora na campanha deflagrada pela Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia (Carmo, 1997:6) contra a *empurroterapia*, que a Sociedade traduz literalmente como “auto-medicação”. O foco da metáfora é *empurrar*, em sentido duplo, como elipse de “empurrar com a barriga”, i.é., “não dar a um caso...problema, etc., a solução devida; adiar a solução de...” (Ferreira, 1986:236) e também sugerindo a prática do balconista de farmácia de *empurrar* remédio em cima do freguês, que se pode comparar com o termo americano *pill-pusher*, para indivíduo que vende remédio sem receita médica (Spears, 1991:340).

Além dessas campanhas públicas em defesa dos interesses corporativas, a metaforização da experiência profissional em nível individual, no atendimento propriamente, também pode operar em favor da autonomia profissional. Vejamos o relato de outro médico que percebe uma perda de autonomia em relação ao poder fiscalizador da família de um paciente, reforçado por uma suposta interferência econômica junto ao hospital em questão: “Uma experiência que aconteceu comigo em que a família toda...numa clínica, talvez a clínica mais famosa do Rio de Janeiro e talvez em função disso, por a família estar pagando um preço altíssimo...eles parecem que quem manda no hospital são...é a família. Então entraram no centro cirúrgico. Quer dizer, fui forçado a fazer a anestesia cercado por quatro familiares ... fazendo a anestesia, que é uma fase que você tem que ter uma concentração, você não pode se sentir pressionado, você tem que estar muito tranquilo ... pra que tudo dê certo. Se você se sente pressionado, pode sair alguma coisa errada, tal, e eles levam máquina de fotografia, filmadora, entendeu?”

Mas como esse próprio médico conta, recebeu um conselho decisivo de um colega, um quase-chiste em forma de parábola: “Foi até um médico amigo meu que me disse: ‘Não, fulano’, (ele me orientou no seguinte aspecto) ‘quando o indivíduo é convidado pra uma festa, ele não vai na cozinha. Ele não entra na cozinha. Ele entra no salão quando as comidas já estão feitas. Olha, quando você estiver fazendo anestesia, é a mesma coisa, você não permite a entrada da família. Depois que a paciente estiver anestesiada, aí você permite, porque...os preparativos para a festa já estão prontos. É muito comum acontecer na obstetrícia, nascimento de filho e tal. A anestesia seria a cozinha, o preparo da paciente e tal. Depois que ela está anestesiada, pronto, aí, na hora que o neném vai nascer eles podem bater fotos, por que na verdade é a parte social dessa coisa. O obstetra... o pediatra... que fazem parte da equipe, vêem mais como um ato festivo.’ Baseado nessa experiência, tomei uma decisão de não permitir mais acesso de familiares ao centro cirúrgico” (anestesista, 45 anos).

A análise da gíria médica carioca sugere que à medida que os médicos perdem autonomia e prestígio, começam a mudar o foco do humor para além dos pacientes para incluir os serviços heteronômicos que promovem seu *disempowerment*. Flowers (1998) observou que o mesmo poderia vir a ocorrer nos Estados Unidos. Citando Stolberg (1998, apud Flowers, 1998), indicou que à medida que a medicina de grupo rapidamente substitui o tradicional *fee-for-service*, ou pagamento direto pelo atendimento prestado a uma clientela privada, os médicos americanos estão perdendo sua independência. De acordo com o diretor do Center for Health Policy, University of Pennsylvania, “Agora você tem médicos sujeitos ao gerenciamento externo, com a maioria deles sujeitos a uma ingerência administrativa pesada, ou então contratados por empresas. A perda de autonomia e controle é inacreditável. Os médicos estão desgastados”. Um médico americano cuja clínica foi comprada por uma empresa médica sem fins lucrativos, e que depois faliu, fazia um prognóstico melancólico do colapso total do sistema de saúde americano, já que “nunca poderá sobreviver um sistema em que um componente crucial – ou seja, os médicos – fica desmoralizado”(Stolberg 1998, apud Flowers, 1998). Ou seja, o *ethos* médico americano

também pode estar sob ameaça, e lá também, um dia *a casa pode cair*. Será que o que não é bom para o Brasil também não é bom para os Estados Unidos?

A sugestão de que os chistes cariocas para os serviços de saúde tenham antecipado uma tendência semelhante nos Estados Unidos é apoiada pela consulta a um livro mais recente, do médico-autor americano Bennett (1997). O autor traz uma segunda edição de um compêndio abrangente e bem documentado do humor médico, citando principalmente a literatura médico-científica propriamente dita, onde se constata que de fato há uma crítica crescente da parte dos médicos americanos, por exemplo, quanto à ingerência do Medicare (equivalente, grosso modo, ao SUS/INSS) e das chamadas *HMOs* (*health maintenance organizations*), ou empresas de medicina de grupo, e *PPOs* (*preferred provider organizations*), ou planos de saúde, na esfera autônoma dos médicos. O livro cita um artigo de Vosk (1991, apud Bennett, 1997:272) publicado no prestigioso *JAMA - Journal of the American Medical Association*, ironizando o sistema de pagamento prospectivo do Medicare. O próprio Bennett publicou artigo no não menos prestigioso *New England Journal of Medicine* (Bennett, 1987, apud Bennett, 1997:207), cujo título “*Agenesis of the corporate callosum: a new clinical entity*” faz um trocadilho com a estrutura neuroanatômica *corpus callosum*, que faz a comunicação entre os dois hemisférios cerebrais: a sugestão é de que a agenesia dessa estrutura promovida de maneira corporativa/empresarial pelo Medicare levaria a uma confusão no atendimento à saúde. O mesmo artigo cita uma imaginária *Moneycare Corporation of America* (ver *Embromed* no Brasil) e um hospital comunitário chamado *St. Avarice* (ou “Santa Avareza”, lembrando o hospital *pilantrópico* na gíria médica carioca). Outras sátiras das *HMOs* citadas por Bennett foram publicadas originalmente em revistas como *Medical Economics* (Savinese, 1992, apud Bennett, 1997:201), *Annals of Internal Medicine* (Weinberg, 1989, apud Bennett, 1997:201) e *New England Journal of Medicine* (Williams, 1994, apud Bennett, 1997:201). Vários artigos citados por Bennett (1997:207) satirizam a implementação radical dos litígios por *malpractice*, também ironizado aqui no Brasil por Bordallo (1996). O *consentimento informado* como salvaguarda contra processos judiciais de *malpractice* é

ironizado na revista *Science* por outro médico, Burnham (1966), num formulário que exige sete assinaturas: do paciente, de quatro advogados (do paciente, do médico, do hospital e do anestesista), da sogra e do tabelião (só faltou a do papagaio). E as empresas de medicina de grupo e planos de saúde recebem rótulos não menos irônicos e críticos do que a *Embromed* no Brasil, como *McHealth Care*, *Equivocare* e *Kevorkian Plus*. Escrevendo no *American Journal of Roentgenology*, Reid & Dublin (1984) mostram sua preocupação “com o impacto das empresas de medicina de grupo, dos planos de saúde, da custo-eficácia na administração hospitalar e do aumento dos controles governamentais sobre a prática da radiologia”. Para lidar com todos esses fatores, os autores propõem uma nova técnica para aproveitamento máximo do aparelho de tomografia computadorizada, chamada QUAC (*quantity uniaxial compositography*) (um trocadilho com *quack*, ou “charlatão”). O artigo mostra fotos com até quatro pacientes exprimidos simultaneamente no mesmo tomógrafo e um corte axial revelando uma rotura de baço “não relacionada (sic) ao posicionamento do paciente dentro do aparelho”. O livro de Bennett (1997:189) ainda traz outros chistes do gênero, como os seguintes: “Um advogado especializado em litígios por *malpractice*, um gerente de empresa de medicina de grupo e um fiscal do Medicare pulam ao mesmo tempo do Empire State Building. Quem bate primeiro no chão?” (Resposta: “Quem se importa?”) Outro: “O presidente e dono de uma empresa de medicina de grupo morre e vai para o céu, onde encontra São Pedro no portão. ‘Quero entrar no céu,’ exige o executivo. ‘Eu vivi uma vida digna, e tornei a assistência à saúde mais acessível para todos.’ ‘Está bem, pode entrar,’ responde São Pedro, ‘mas só está autorizado a ficar dois dias.’”.

A crise nos serviços de saúde também não escapa do humor ou da gíria do pessoal de enfermagem nos Estados Unidos. Uma enfermeira americana define a regra básica da administração hospitalar, que ela chama de *Toughing it Out 302* (a tradução seria mais ou menos “Regra Nº 302: o Jeitinho”) como segue: “Manter uma falta permanente de insumos hospitalares como estratégia para convencer os funcionários de que, se não há verba para medicamentos, certamente não existe para reajustes salariais” (Mallison, 1987). Essa Regra Nº 302 se compara ao ditado carioca, “*umbigo para cima, Novalgina, umbigo para baixo,*

Baralgin”, um pseudo-mnemônico usado em serviços de saúde onde costumam faltar medicamentos, ou a infame *rebocoterapia*, isto é, a remoção do paciente na ambulância quando o serviço de saúde não tem condições de atendê-lo por falta de material. E dois administradores hospitalares americanos da área de enfermagem redefinem uma série de conceitos básicos (Grimes & Lorimor, 1989). O conceito de *DRG*, ou *diagnosis-related group*, originalmente criado para englobar os diagnósticos principal e secundário junto com os procedimentos-padrão adotados para uma determinada patologia, servindo para determinar o nível de reembolso pela fonte pagadora, é redefinido por esses autores como *Damned Regulations of Government* (“Malditas Regras do Governo”), ou como “uma descrição taquigráfica do sistema de reembolso pela previdência que premia aqueles que embromam os pacientes e pune aqueles que agem de outra maneira”. Os mesmos autores definem *average length of stay*, ou “tempo médio de internação”, como “um cálculo matemático que todo administrador hospitalar está obcecado a levar o mais próximo possível a zero; entretanto, causa pânico nessa mesma pessoa quando a cifra se desloca, ainda que modestamente, em direção a zero”. (Grimes & Lorimor, 1989).

O fato dessa vertente do humor e da gíria médica não ter entrado na revisão feita por Coombs et. al. (1993) pode ter três explicações. Primeiro, é um fenômeno que parece estar crescendo ao longo dos anos noventa, enquanto a revisão feita pelos autores foi feita no início da década. Segundo, na sua revisão, parecem ter se concentrado mais nas ciências sociais aplicadas à saúde e menos à literatura biomédica propriamente dita, onde Bennett (1997) obteve a maior parte do seu material. Bennett (1997) observa que vários dos principais periódicos das “ciências duras” têm colunas e/ou editoriais dedicados à poesia, ao humor (o *British Medical Journal*, por exemplo, abre um espaço tradicional para o humor na edição de Natal). Terceiro, Coombs et. al. (1993) localizaram o auge do uso da gíria durante o período do internato e da residência, quando os médicos-em-formação, pelo menos nos Estados Unidos, tendem a trabalhar num só lugar, porém atendendo a muitos pacientes. E suas fontes bibliográficas tendem a direcionar as conclusões principalmente para o distensionamento do *stress* do internato através do humor. É possível que a gíria

para os serviços de saúde heteronômicos apareça numa fase mais tardia da carreira, quando os médicos já tiveram maior exposição às diferentes modalidades gerenciais e financeiras, depois e fora do hospital de ensino.

CAPÍTULO IV

GÍRIA MÉDICA: EXCESSO DE SIGNIFICADO DIANTE DA FINITUDE DOS RECURSOS PARA SAÚDE?

Não devemos concluir que a metáfora implica o uso tensional da linguagem para poder sustentar um conceito tensional da realidade? (Ricoeur, 1976:68)

*Ética. Todo ato humano tem lugar na linguagem. Todo ato na linguagem traz um mundo criado com outros no ato de coexistência que dá lugar àquilo que é humano. Portanto, todo ato humano tem um significado ético, porque é um ato de constituição do mundo humano. Esse elo entre humano e humano é, em última análise, a base de toda ética como reflexão sobre a legitimidade da presença dos outros.
(Maturana & Varela, 1998:247)*

Notas introdutórias

Um dos principais achados da minha pesquisa é que médicos cariocas utilizam uma série de trocadilhos e outros chistes para os próprios serviços de saúde, além dos alvos mais tradicionais do humor médico, i.é., os colegas de outras especialidades e os pacientes. Reportando novamente à definição de Freud (1905a:129) para chiste *cético* – “o objeto de ataque pelo chiste pode ser igualmente instituições (...) concepções de vida que desfrutam de tanto respeito que só sofrem objeções sob a máscara do chiste”. Minha pesquisa sugere que a gíria médica carioca expressa um ceticismo dos médicos quanto ao funcionamento de um sistema de saúde no qual eles estariam inseridos conflitivamente enquanto partícipes descontentes. Pollock (1998) e Flowers (1998) indicam que essa tendência ainda não foi identificada na literatura americana, ou seja, que a gíria médica americana estudada por autores como Gordon (1983) e Coombs et. al. (1993) se restringe aos pacientes, com pouca ou nenhuma lexicalização para os serviços de saúde. Sugiro em Peterson (1998b) que, à

medida que se aprofunde a *comodificação* do atendimento à saúde nos Estados Unidos, com a difusão e consolidação de parâmetros controlados por forças de mercado, como a contenção de custos eventualmente em detrimento do bem-estar do paciente e/ou da autonomia técnico-administrativa do médico, pode-se esperar o aparecimento de uma gíria médica que se estenderá ao funcionamento do sistema de saúde. A revisão de um compêndio recente do humor médico americano (Bennett, 1997), como foi sugerido no Capítulo III.C., indica a existência de um campo nascente de chistes dirigidos contra alvos percebidos como ameaças à autonomia profissional médica e à saúde individual e coletiva, como os planos de saúde do tipo *managed care* e a burocracia do reembolso pela previdência social. Pode-se prever que esses chistes *in statu nascendi* (Freud, 1905a:40) sejam incorporados à gíria médica americana e que irão aparecer nas próximas revisões do tema feitas por sócio-lingüistas americanos.

Proponho neste capítulo investigar, em nível exploratório, os possíveis objetos de referência da gíria médica localizados na finitude (ou restrições à utilização) de recursos, tanto materiais quanto morais, disponíveis para: curar as doenças, aliviar o sofrimento e prolongar e/ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes (beneficência médica) e simultaneamente definir e garantir condições dignas de trabalho, saúde e remuneração justa para os próprios médicos (auto-beneficência médica). Para tanto, e sob a hipótese de que a construção da metáfora médica envolve o uso tensional da linguagem para sustentar um conceito tensional do *ethos* médico, procuro no trabalho de bioeticistas contemporâneos como Callahan (1996), Engelhardt (1996), Garrafa (1994), Oppenheimer & Padgug (1998) e Schramm (1997b), os sinais de *tensão* no debate bioético atual. De acordo com a discussão no Capítulo II, a sugestão é de que possa haver uma relação do tipo metáfora/paráfrase entre o discurso metafórico da gíria médica e o discurso da bioética. Nesses autores, procurei especificamente termos como *stress*, *tension*, *issue*, *conflict*, *frustration* e similares, e descrições que denotassem esses conceitos.

Contenção de custos no atendimento médico: o caso americano

Começo a discussão com uma revisão do modelo americano de financiamento do atendimento médico, não apenas porque meu texto envolve diversas comparações entre as gírias médicas brasileira e americana, mais principalmente porque a tentativa de importação do modelo americano é uma das principais fontes atuais de tensão para a profissão médica brasileira, como ver-se-á no final deste Capítulo.

Oppenheimer & Padgug (1998:539-549) fazem uma revisão do financiamento da assistência à saúde nos Estados Unidos, desde os anos trinta, em que focalizam a partir dos anos setenta a crescente difusão da prática de *managed care*, ou a implementação de controles tanto sobre os profissionais de saúde quanto sobre o comportamento dos pacientes com o objetivo de restringir a utilização e reduzir os custos dos cuidados médicos. As principais características identificadas pelos autores no que eles chamam de um deslocamento “*da inclusão para a exclusão*” têm sido: 1) a substituição do sistema anterior, de avaliação de custos com base no perfil de populações inteiras (*community rated*), por um sistema de avaliação de grupos de risco cada vez mais fragmentados e estreitos, baseado em fatores individuais dos segurados, como idade, estado de saúde atual e projetado e tipo de ocupação (*experience rated*); 2) a extensão crescente do seguro privado para esferas maiores da sociedade, com tendência à exclusão dos idosos, deficientes, portadores de doenças crônicas e pobres; 3) a cobertura incompleta e geograficamente desigual daqueles que não dispõem de seguro privado através dos planos públicos (análogos ao SUS/INSS brasileiros), financiados por impostos públicos federais e estaduais, isto é, o Medicare, criado em 1965 para cobrir os idosos (e, desde 1972, os deficientes) e o Medicaid, também criado em 1965, para cobrir os pobres, os deficientes e os pacientes de asilos para idosos e portadores de doenças crônicas; 4) uma série de tentativas informais e ineficazes em alguns poucos Estados americanos no sentido de prover cobertura para um total estimado (em 1995) em torno de 40 milhões de americanos não-segurados pelos planos privados ou pelo Medicare/Medicaid, através da prática de *cross subsidizing* ou *cost shifting*, em que alguns hospitais cobravam mais aos pacientes

com seguro privado ou público para poderem subsidiar os custos de pacientes não-segurados (uma minoria de Estados, como Maryland e New York, dispõe de legislação estadual específica para garantir essa prática de *charity care*, ou assistência filantrópica); 5) a falta persistente de uma legislação explícita para garantir o acesso universal ao atendimento médico; 6) a difusão da prática conhecida como *self-funding*, ou o financiamento e compra diretos de planos e serviços de saúde por empregadores, que mantêm a liberdade de restringir ou até de eliminar a cobertura, com a exclusão de um número crescente de indivíduos numa economia em processo de terceirização e 7) a falta de um centro decisório [leia-se, vontade política do poder público] com regras padronizadas para conter custos no sistema como um todo (Oppenheimer & Padgug, 1998:542-547).

Ainda de acordo com Oppenheimer & Padgug (1998:546-547), na ausência de medidas públicas nos Estados Unidos, ou muitas vezes contra tais regras, os empregadores e empresas de seguros começaram eles próprios a alterar o sistema de saúde num esforço muito mais preocupado em conter os custos incorridos com seus próprios grupos de segurados do que em promover o acesso universal ao atendimento médico. O raciocínio básico, espelhando uma tendência mais geral nos Estados Unidos no sentido de eliminar programas e iniciativas públicos em favor de uma maior dependência do mercado, era que um mercado livre, desregulamentado, i.é., controlado por empregadores e relativamente livre de regulamentação governamental, pudesse reduzir os custos, prestar serviços de maior qualidade e produzir controles sistêmicos análogos à *mão invisível* de Adam Smith.

Segundo os autores, as principais perguntas sugeridas por esse novo sistema centrado no *managed care* são as seguintes: 1) Um sistema cada vez mais fragmentado, competitivo e orientado para o lucro pode conseguir controlar os custos, fornecer assistência de alta qualidade para *toda* a população e distribuir os custos do atendimento de maneira justa entre a população? 2) Os grupos de alto risco, mais enfermos, se tornarão indesejáveis, tanto para os planos de saúde quanto para as empresas prestadoras de serviços de saúde? 3) Quem cuidará dos indivíduos não cobertos pelos planos de saúde, e de que maneira? 4) Que formas de intervenção pública, tanto regulatória quanto financeira, serão

necessárias para garantir que o sistema de saúde atinja seus objetivos, tanto privados quanto sociais? 5) Que papéis os “consumidores” de cuidados de saúde, os cidadãos em geral e as instituições comunitárias terão no novo sistema? (Oppenheimer & Padgug, 1998:548)

As implicações éticas da situação vivenciada pelo sistema americano, segundo esses autores, dizem respeito à “tensão inerente” (Oppenheimer & Padgug, 1998:548) no sentido de satisfazer uma necessidade social ampla através de um sistema majoritariamente privado cuja natureza e desenvolvimento interno são determinados pela lucratividade e contenção de custos, onde cada ator no sistema procura evitar compartilhar custos com os outros e excluir ou reduzir os benefícios justamente para aqueles que mais precisam de cuidados de saúde, criando dúvidas quanto à possibilidade de um sistema tão dividido poder servir como mecanismo eficiente, econômico e justo para prover acesso universal ao atendimento médico. A partir dessa discussão, os autores sugerem uma série de *issues* [questões ou tensões] éticas que, segundo eles, devem ser enfrentadas não apenas pelos Estados Unidos, como também por outros países industrializados, sob a premissa de que o país mantenha [ou crie] um compromisso com o acesso universal ao atendimento médico (Oppenheimer & Padgug, 1998:548).

As propostas identificadas por Oppenheimer & Padgug (1998:548-549) como aquelas com as quais os países industrializados devem lidar são as seguintes: 1) *universalidade*: um sistema de saúde justo deve desenvolver mecanismos financeiros para tornar os serviços de saúde disponíveis a todos que precisam deles; qualquer sistema de financiamento deve ser universal para que os custos e benefícios sejam divididos o mais amplamente possível e para que a contenção de custos seja implementada adequadamente; 2) *acesso*: um sistema de saúde justo deve reduzir ou eliminar as barreiras ao acesso, inclusive aqueles que permanecerem após a implementação de mecanismos financeiros universais, por exemplo: deficiências regionais ou institucionais de equipamento, pessoal, locais de capacitação e transporte, como também barreiras culturais, lingüísticas, raciais e/ou de classe; 3) *financiamento eqüitativo*: um sistema reformado deve ser financiado de

maneira justa e equitativa, de maneira que não sobrecarregue aqueles com maior necessidade de cuidados médicos, sendo o sistema ideal um de avaliação comunitária de riscos (*community rating*), com prestações iguais ou equivalentes para pacotes de cobertura semelhantes, ajustadas para a renda de maneira que ricos paguem mais e os pobres menos; 4) *adesão aberta e ajuste para riscos*: um plano com uma área de cobertura geográfica deve ser aberto a todos os residentes sem discriminação entre diferentes níveis de risco, ou seja, um conjunto de segurados deve ser selecionado de maneira mais ou menos aleatória; tais planos devem contemplar transferências de receitas de um conjunto de segurados para outro após a comprovação de um maior nível de utilização de cuidados médicos; 5) *benefícios padronizados*: um sistema de atendimento médico justo deve assegurar um pacote mínimo de benefícios, não apenas como questão de equidade, como também, para evitar que os planos de saúde diminuam os benefícios para atrair os indivíduos de menor risco ou para conter gastos através da redução da utilização; a abrangência do pacote mínimo seria uma questão de debate e consenso públicos, e sua definição seria feita levando em conta a finitude dos recursos, inclusive para outros serviços como habitação, que afetam a saúde; a efetividade dos procedimentos médicos teria que ser avaliada para evitar o desperdício de recursos; 6) *controle social e prestação de contas*: no sistema atual de saúde, as questões acima são respondidas por empregadores, seguradoras, empresas de saúde e outros interesses isolados, inclusive por uma crescente burocracia sanitária; o que falta são instâncias públicas significativas e bem-definidas para o controle e prestação de contas sociais, ou *accountability*; muitos países dispõem de uma legislação geral para a saúde, definindo quem é coberto pelo atendimento, em que consiste o pacote mínimo de benefícios e as fontes de receita, onde representantes públicos negociam com os grupos profissionais as questões (por exemplo, honorários médicos) que afetam o sistema de saúde; tais medidas devem ser transparentes e políticas, estabelecendo um conjunto de regras aprovado e sancionado pelo governo e pela população.

Assim, nota-se que, apenas em nível de justiça distributiva, a nação mais rica do mundo e que não apenas concentra a maior produção bio-tecno-científica como também

investe os maiores recursos absolutos e percentuais no atendimento médico convive com tensões persistentes, que tendem a se agravar com a entrega do sistema de saúde ao mercado, como se pode deduzir da revisão de Oppenheimer & Padgug (1998:546-547). Um dos resultados é que existe um contingente de cerca de 40 milhões de americanos sem qualquer cobertura de atendimento médico, contingente esse que se pode comparar quantitativamente à população abaixo da linha de pobreza no Brasil, país rotulado como “em desenvolvimento”. E as questões são particularmente relevantes para o Brasil, não apenas porque almeja ser reconhecido como país industrializado (que de fato é), mas cujo governo acaba de iniciar o segundo mandato com o aval explícito da maioria eleitoral da população para seguir uma política coerente com o receituário do livre mercado, inclusive com a privatização de amplos segmentos da economia. Se, por um lado, existe a promessa eleitoral de transferir os frutos dessa privatização para áreas sociais como saúde e educação, a população brasileira assiste de fato à crescente terceirização dessas áreas e a disputas acirradas em torno da regulamentação dos planos privados de saúde e da definição do status de prestadores de serviços de saúde classificados como filantrópicos.

Tensões surgidas a partir do próprio progresso da medicina?

Um relatório de um grupo internacional de 14 autoridades em ética médica reunidas através do Hastings Center (Callahan, D. et. al., 1996:S8) também chama atenção para o peso crescente das forças econômicas na prática médica. “Depois que a medicina se incorpora ao eixo central da vida de uma nação, fica sujeita a todas as forças econômicas e prioridades que influenciam o resto da sociedade. A virada para o mercado e a privatização que marcam a medicina em muitos países da Ásia, América Latina e Europa Central, uma realidade já enraizada nos Estados Unidos, traz à tona valores e prioridades distintos daqueles que imperavam nos sistemas de saúde antigos. A ascensão recente dos programas

de *managed care* nos Estados Unidos, ou seja, um atendimento médico integrado com um enfoque sobre controle de custos, deu prioridade maior à concorrência e à contenção de custos (...) A privatização, ou seja, a transferência para o setor privado de funções anteriormente reservadas ao governo, tende a *comodificar* a medicina...”

Entretanto, o mesmo relatório do Hastings Center (Callahan et. al., 1996:S3-S6), ainda que reconhecendo as pressões sobre a medicina exercidas por fatores científicos, econômicos, sociais e políticos, se concentra nas *sources of stress* (fontes de tensão) relacionadas *ao próprio progresso alcançado dentro da medicina* (ao contrário dos seus fracassos). Por exemplo, segundo os autores, para muitas pessoas na sociedade Ocidental, a saúde física, do corpo, tornou-se uma espécie de religião, uma busca no sentido de se agarrar à juventude e à beleza a qualquer custo. No outro extremo, a capacidade da medicina no sentido de manter o corpo humano vivo, mesmo quando a saúde está irrevogavelmente perdida, gera dilemas morais quanto à interrupção do tratamento. Embora pareça um oxímoro, o que os autores chamam de “ascensão da doença terminal” é uma homenagem indireta à capacidade da medicina no sentido de manter vivos aqueles que antes teriam falecido muito mais precocemente. Devido à incapacidade de encontrar a cura definitiva para praticamente todas as doenças crônico-degenerativas, a medicina viu-se forçada a depender de tecnologias paliativas e caras. Exemplos citados pelos autores incluem as terapias multi-drogas para AIDS, muitas formas de cirurgia cardíaca e a diálise renal. Precisamente porque já conseguiu alcançar tantos avanços, a medicina deveria se interrogar sobre suas metas atuais, segundo o relatório de Callahan et. al. (1996:S3)

Algumas das *sources of stress* mais importantes identificadas pelos bioeticistas reunidos no Hastings Center incluem: 1) *Os avanços científicos e tecnológicos*. A característica mais notável da medicina contemporânea seria o desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas sofisticadíssimas. A educação médica estaria orientada exatamente para o uso dessas tecnologias, a indústria médico-farmacêutica estaria dedicada a desenvolver a produzi-las e os sistemas de saúde em alocá-las e pagar por elas. Muitas tecnologias novas tenderiam a aumentar enormemente os custos, muitas vezes com

incrementos apenas marginais em termos de tempo e qualidade de vida para os pacientes. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a tendência é de haver tratamentos cada vez mais caros para doenças que afetam cada vez menos pessoas [a propósito, como bem observa Schramm (1997b:27), o fato de países como os Estados Unidos gastarem as maiores somas do mundo em atendimento médico está longe de lhes garantir os melhores indicadores epidemiológicos]. Muitas novas tecnologias diagnósticas iriam muito além das respectivas possibilidades de respostas terapêuticas. 2) *O desequilíbrio do viés curativo*. O que os autores identificam como uma guerra inexorável e dispendiosa contra as doenças, particularmente contra patologias com índices de letalidade altos, como câncer, cardiopatias e acidentes vasculares cerebrais teria obscurecido a necessidade da compaixão e dos cuidados médicos na iminência da morte. A velocidade da inovação tecnológica e seu viés curativo teriam criado uma medicina difícil de sustentar, particularmente de maneira eqüitativa. Haveria limites no sentido de poder pagar e garantir a viabilidade política e a sustentabilidade das novas tecnologias num mercado competitivo, sem incorrer em grande sofrimento e desigualdade. A busca do progresso a qualquer custo, uma busca expansiva, ambiciosa e sem limites, teria chegado aos limites da sustentabilidade em muitos países. 3) *Demandas criadas pelo mercado*. O mercado responderia à demanda do público e às aspirações dos médicos por inovações tecnológicas, ao mesmo tempo que criaria e alimentaria essa mesma demanda e essas mesmas aspirações. O mercado levaria a indústria médica a investir somas gigantescas em pesquisas, a inovar sem cessar (tornando seus produtos rapidamente obsoletos), a buscar lucros na margem e a promover vigorosamente seus produtos entre o público geral e especialmente entre os profissionais médicos. Historicamente, sociedades dominadas pelo mercado encontrariam dificuldade maiores em controlar os custos do atendimento médico. Tenderiam, ao mesmo tempo, a produzir um atendimento de melhor qualidade para segmentos privilegiados da população e a dificultar o acesso a um atendimento equivalente para os pobres. Muito freqüentemente, o ímpeto do mercado em direção à eficiência operaria no sentido contrário à equidade. Em diversos países da Ásia e da América Latina, assim como nos Estados Unidos, as estratégias

orientadas para o mercado e a privatização do atendimento médico já estariam dominando os sistemas de saúde. Essa tendência muitas vezes viria acompanhada por um declínio nos programas de saúde pública e por um aumento no número relativo e absoluto de indivíduos não-segurados. A equidade sofreria, assim como a integridade da medicina, tornando-se cativa das forças de mercado. 4) *Pressões culturais*. Segundo os autores, a medicina contemporânea é um dos principais beneficiários da crença do Iluminismo no progresso científico, criando forte ímpeto para os avanços da medicina. Como resultado, segundo eles, a melhoria da saúde passa a ser vista como uma fronteira aberta, com uma forte expectativa em termos de ganhos incessantes na área de morbi-mortalidade e no conhecimento biológico e inovação tecnológica. Tal expectativa alimentaria uma demanda pública excessiva e pouco realista. A medicina “de qualidade” passaria a ser vista como aquela que emprega as últimas novidades diagnósticas e terapêuticas. Outro valor cultural, particularmente em sociedades dominadas pelo mercado, seria a satisfação de desejos individuais através da medicina, tornando-a um mero balcão de fatos e técnicas neutros a serem utilizados ao bel-prazer individual, sujeitos apenas a restrições econômicas. 5) *A medicalização da vida*. O grande poder da medicina de alterar o corpo humano, abrindo novas possibilidades biológicas, criaria a tentação no sentido de medicalizar a vida ao máximo. A medicalização criaria também uma expectativa pública de que, ao tratar os sintomas clínicos, a medicina consegue eliminar problemas sociais maiores. Para fins orçamentários e de aceitação pelo público, os problemas individuais e sociais classificáveis como “clínicos” ou “médicos” conseguiriam atrair mais verbas e recursos. Os programas médicos seriam mais atraentes que os programas sociais, e aquilo que se consegue definir como problema médico seria mais facilmente aceito do que outros problemas rotulados como ligados ao crime, à pobreza ou à moralidade, por exemplo, o alcoolismo e a dependência química. A medicalização de áreas cada vez maiores da vida humana não apenas criaria incertezas sobre a natureza e abrangência da medicina, como também aumentaria os custos do atendimento médico (Callahan, D. et. al., 1996:S3-S5).

Os autores recomendam uma reformulação das metas atuais da medicina, argumentando que, ao resolver problemas antigos, a medicina, sem querer, teria criado problemas novos, e não apenas porque ainda apresentaria falhas e deficiências históricas. Segundo eles, sem essa reformulação, como um ideário e direcionamento novos e melhores, a medicina (e os sistemas de saúde dos quais faz parte), estariam fadados a permanecerem: 1) *economicamente insustentáveis*, com uma tendência no sentido de gerar um atendimento médico inacessível, uma defasagem crescente entre ricos e pobres no acesso àquilo que a medicina tem de melhor e a criação de disputas políticas intermináveis para todos os governos na prestação de um atendimento médico decente e efetivo; 2) *cl clinicamente confusos*, deixando de achar um equilíbrio entre a assistência e a cura, entre a vitória sobre a doença e a melhoria da qualidade de vida, entre a redução da mortalidade e morbidade e entre o investimento social de recursos num atendimento médico de boa qualidade e a melhoria real da saúde das populações; 3) *socialmente frustrantes*, estimulando expectativas falsas e pouco realistas por parte do público sobre um poder de transformação inalcançável do progresso médico, ou que é alcançável apenas a um custo excessivo em termos econômicos, sociais e éticos e 4) *sem uma direção e um objetivo coerentes*, gerando objetivos fragmentados e desconexos em nome de uma liberdade de mercado ou de grupos de interesse bem-intencionados, mas sem criar uma direção geral identificável, uma visão de metas dignas voltadas para a população ou um conceito significativo da contribuição da medicina à realização individual. (Callahan, D., 1996:S24-S25).

Schramm (1995:64) sugere que não tenha sido propriamente ou tão-somente ao resolver problemas antigos que a medicina tenha criado problemas novos. Segundo ele, “a problemática da saúde (...) situa-se num contexto de crise, ou de hiper crise (ou, ainda, de ‘transição epidemiológica’), que resulta da sinergia entre antigos problemas sanitários ainda não resolvidos e novos problemas que, ao se juntarem aos primeiros, complexificam enormemente o quadro. Com efeito, boa parte dos antigos problemas de saúde são tidos hoje como solúveis, pelo menos tecnicamente. Mas tal possibilidade coloca-se no contexto

das prioridades sanitárias, do ponto de vista do bem-estar geral e da equidade de acesso aos recursos públicos. Assim sendo, as soluções técnicas não se impõem necessariamente por si próprias. Isso se deve a uma série de causas que operam de forma sinérgica, ou com-causas inerentes ao próprio dispositivo da tecnociência, mas também externas a este.” Tal colocação de *com-causas* exprime os elos que devem ser buscados no sinergismo entre o dilema da justiça distributiva e os novos desafios éticos surgidos a partir da “própria” medicina. Schramm prossegue: “...quando nos situamos no campo da saúde, não podemos esquecer que, se os avanços tecnocientíficos tornaram a vida aparentemente mais fácil e, em alguns casos, até mais agradável, eles não conseguem, entretanto, eliminar estruturalmente a ameaça sempre presente da doença e da dor, nem a certeza da morte. Além disso, as melhorias na qualidade da vida restringem-se a uma minoria da população mundial que, quase sempre, só se tornam possíveis às custas (por assim dizer) da maioria da população, isto é, do bem-estar geral” (Schramm, 1995:65-66). Assim, enquanto Callahan (1996:S5) sugere que, ironicamente, o progresso da medicina tenha levado a um aumento de conhecimento e inovação, ao mesmo tempo que tenha aumentado o descontentamento geral com o status quo, visto como inadequado à luz das possibilidades futuras, Schramm (1995:65-66), por outro lado, sugere que o progresso da medicina tenha sido alcançado para alguns *enquanto* deixava de aliviar problemas tecnicamente solucionáveis. Essa visão é alimentada pelo reconhecimento de Schramm (1997b:23) de que a bioética dos anos noventa (que ele chama de “segunda fase”, ou de conflito entre os princípios universais da liberdade e da igualdade) já substituiu a fase anterior da bioética, da consolidação de uma espécie de *friendly field*, que teria sucumbido à crescente complexidade e globalização dos conflitos morais a partir dos anos setenta e oitenta. Segundo Schramm (1997b:25), embora o conflito moral da bioética nasça do reconhecimento de que os recursos são finitos, a redução da alocação dos mesmos ao aspecto meramente *econômico* não resolve a efetiva complexidade *moral* dos dilemas sanitários, já que estes incluem também outras dimensões, como a política.

Na próxima parte, farei referência à discussão dessa fase atual da bioética, caracterizada como uma fase de *moral strangers*, feita por Engelhardt (1996), no que tange aos dilemas enfrentados atualmente com relação à justiça distributiva de recursos para saúde.

Finitude e frustração: dilemas do “acesso universal igualitário” ao atendimento médico

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Artigo 196 (Pinto & Windt, 1998:104)

igualitarismo: “sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os membros da sociedade”

Ferreira (1986:915)

Mais vale uma vida humana do que todo o dinheiro do mundo.

frase atribuída a Ernesto “Che” Guevara (anos 60)

A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio...

Código de Ética Médica, Cap. I, art. 9, CREMERJ (1988:8)

O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro....

Código de Ética Médica, Cap. I, art. 10, CREMERJ (1988:8)

A partir da discussão que segue, pode-se sugerir que o ceticismo expresso na gíria médica tem a ver com a defasagem que existe entre a defesa virtualmente universal do direito universal ao atendimento médico e do ideal de serviço da profissão médica, por um lado, e a virtualidade desses ideais com o qual os médicos se deparam na realidade do seu trabalho diário, pelo outro. Se o médico é responsável em última instância pelo encargo ético que assume, e que a sociedade não apenas lhe confere, como também reconhece e até exige, no sentido de não negar atendimento ou discriminar o paciente por qualquer motivo, são finitos os recursos providos por essa mesma sociedade para cumprir com esse encargo. O médico, que já convive diariamente com a finitude da vida de seus pacientes, deve lidar com a finitude dos recursos para a prestação de cuidados médicos e a finitude da sua própria saúde financeira e física. A gíria médica sugere que se existe uma crise na ética médica, é porque o médico percebe que faltam à sociedade não apenas os recursos materiais, mas principalmente os recursos morais necessários para cumprir com a meta do atendimento ao mesmo tempo universal, igualitário e de alto padrão. Nessa direção, o bioeticista americano H. Tristram Engelhardt, Jr. (1996), ilumina a realidade vivida pelos médicos quando analisa as frustrações diante da finitude de recursos para saúde.

Numa análise sobre direitos à assistência médica, justiça social e justiça na distribuição de recursos para atendimento, Engelhardt chega a propor que é moralmente injustificável a imposição de um sistema de saúde abrangente, com um único nível, tentativa essa que ele define como um ato coercitivo de zelo ideológico que deixa de reconhecer a diversidade de interesses no atendimento médico, os limites morais seculares da autoridade governamental e a autoridade dos indivíduos sobre si mesmos e sobre seus próprios bens. Segundo Engelhardt (1996:375), não existe esse direito moral secular à saúde, nem a um “pacote mínimo decente”. Tais direitos teriam que ser criados.

Engelhardt (1996:376) identifica, entre outras, as dificuldades encontradas, sob as condições atuais, em satisfazer um compromisso impossível no atendimento médico que

incluiria simultaneamente quatro metas que ele considera mutuamente incompatíveis: 1) o melhor atendimento possível para todos; 2) a garantia de um atendimento igualitário; 3) a manutenção da liberdade de escolha tanto para o prestador quanto para o consumidor de serviços de atendimento médico e 4) a contenção de custos.

Segundo Engelhardt (1996:376), é impossível prestar o melhor atendimento possível para todos e ao mesmo tempo conter os custos. Não se pode prestar um atendimento igualitário para todos e ao mesmo tempo respeitar a liberdade dos indivíduos de buscar seu próprio ideal de saúde ou de alocar seus recursos e energias como melhor lhes convém. Ao mesmo tempo, não se pode prestar atendimento igual para todos e que ao mesmo tempo seja o melhor atendimento, devido às limitações dos próprios recursos. A falta de atenção a essas “tensões morais fundamentais” (Engelhardt, 1996:376) na raiz da política sanitária contemporânea sugere que os problemas estão envoltos numa ilusão coletiva, uma falsa consciência e uma ideologia estabelecida dentro da qual certos fatos tornaram-se politicamente inaceitáveis.

Tais dificuldades teriam surgido não apenas de um conflito entre a liberdade e a beneficência, mas de uma *tensão* entre visões conflitivas do significado da procura e da realização do bem no atendimento à saúde (por exemplo, é mais importante prover atendimento igual para todos ou o melhor atendimento possível para os menos favorecidos?). Segundo Engelhardt, essa busca de um atendimento incompatível ou incoerente está enraizada na falta de reconhecimento da finitude de autoridade e de visão morais seculares, a finitude dos poderes humanos diante da morte e do sofrimento, a finitude da vida humana e a finitude dos recursos humanos financeiros disponíveis. Um sistema de saúde que reconhecesse as limitações morais e financeiras ao atendimento médico seria obrigado a endossar: 1) a desigualdade no acesso à assistência como moralmente inevitável, em função da existência de recursos privados e da liberdade humana e 2) a definição de um preço máximo ou teto para salvar uma vida humana como parte de um sistema de saúde custo-eficaz criado e sustentado através de recursos coletivos (1996:377). Ainda segundo o autor, embora todos os sistemas de saúde apresentem

desigualdades de fato e devam, em menor ou maior grau, racionalizar os cuidados à saúde financiados através de recursos coletivos, esse fato geralmente não é reconhecido. Existe uma barreira ideológica ao reconhecimento e enfrentamento do óbvio.

Engelhardt (1996:378-379) identifica alguns dos principais problemas em atingir o modelo mais benéfico para a distribuição de recursos sanitários: 1) *os limites da razão secular*: (por exemplo, pergunta Engelhardt, é mais importante investir recursos coletivos no tratamento da leucemia pediátrica, ou em tratar os idosos com osteoartrite degenerativa?); 2) *o limite da autoridade do governo no sentido de se apropriar dos serviços de indivíduos, de proibir formas específicas de contratos entre profissionais de saúde e paciente ou de alistar profissionais de saúde para prestar determinados serviços, porque a permissão dos indivíduos é a fonte da autoridade moral secular* (aqui, no caso brasileiro, lembraria a dificuldade crônica em alocar profissionais de saúde para áreas do país de “difícil acesso” e, ao mesmo tempo, com os padrões de atendimento preconizados); 3) *a limitação, pela existência da propriedade privada, da autoridade do governo no sentido de se apropriar de recursos e de redistribuí-los*; como exemplos: a) há limites à autoridade pública no sentido de tributar recursos privados para prover atendimento médico com o objetivo de preservar a saúde e salvar a vida dos indigentes [aqui, um médico talvez perguntasse, se um *mulambo* ou *pimba* realmente tem direito igualitário ao atendimento médico, com que autoridade moral a sociedade nega a esse mesmo indivíduo casa, comida, roupa, emprego, renda e outros fatores tão importantes para a saúde quanto uma consulta médica?]; b) a sociedade deve dispor de recursos adquiridos legitimamente para poder estabelecer um sistema de saúde de caráter coletivo/comunitário [aqui, tanto o mesmo médico quanto o empresário da saúde talvez perguntassem, como e em que termos se define e/ou proíbe a saúde enquanto “comércio” numa economia fundada no capitalismo desregulamentado?]. 4) *a limitação, pela finitude dos recursos, das oportunidades de indivíduos e de grupos no sentido de buscar atendimento médico* (por exemplo, não se pode investir todos os recursos disponíveis na extensão máxima da vida para todos a qualquer custo sem drenar radicalmente os recursos de outras prioridades sociais).

O bioeticista brasileiro Volnei Garrafa (1994:343-351) também aborda de maneira crítica a questão da justiça distributiva vista da ótica das grandes metas, como “saúde: direito de todos, dever do Estado” sem, entretanto, questionar a moralidade nem a utilidade de tais *slogans*, que segundo ele “têm servido positivamente para o aprofundamento de muitas discussões e o estabelecimento de um compromisso (pelo menos teórico...) do Estado brasileiro diante da saúde dos seus cidadãos. No sentido prático, no entanto, quando não adequadamente utilizados, muitas vezes esse slogans podem atrasar as ações mais do que beneficiá-las” (Garrafa, 1994:348). O autor cita também o lema da Organização Mundial da Saúde, “Saúde para Todos até o Ano 2000”. Segundo ele, para alguns, significa “mais uma meta perversa e inalcançável, mas sem dúvida ela obrigou muitos países e governos ricos e pobres a uma reflexão mais profunda sobre a situação sanitária mundial dos dias atuais”(Garrafa,1994:348).

O médico não deve participar do racionamento de recursos escassos entre pacientes; caso contrário, mudaria de profissão. E quem deve definir esse racionamento? Com que critérios e processos? A decisão é política e cabe ao poder administrativo, controlado pela sociedade. Quando a questão da justiça distributiva chega ao nível micro, da relação médico-paciente, a deontologia tradicional exigiria um afastamento do médico do contexto da sua relação com o paciente, já que, segundo essa visão, a distribuição de recursos escassos é um problema em vários níveis, apenas um dos quais é em nível de interação médico-paciente. Os governos é que deveriam decidir quanto dos seus respectivos orçamentos seria alocado para atendimento médico e não para outros programas sociais, educação, cultura, gastos militares e outros (Gillon, 1998:308-309). Entretanto, é exatamente no trabalho cotidiano do médico que se interpõe essa tensão ética não resolvida ao nível da sociedade. A questão é ilustrada pelo debate atual sobre a regulamentação dos planos de saúde no Brasil (Conselho Federal de Medicina, 1998; Carvalho, 1998), regulamentação essa que, segundo o CFM, já está sendo burlada pelas operadoras, obrigando os médicos credenciados a aceitarem um novo tipo de pacote: “A proposta chega a ser indecorosa: as operadoras pagariam um valor fixo para o médico, independente do

tratamento que realizar no paciente. ‘*Ou o médico se descredencia ou atende ao paciente e não faz os procedimentos necessários,*’ [grifo meu] indigna-se o diretor de Convênios da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Flávio Saloppa, [representando] 6.800 médicos que receberam um desses pacotes da Golden Cross” (Conselho Federal de Medicina, 1998:22). Dra. Regina Parizi Carvalho, representante do CFM na Câmara de Saúde Suplementar, também denuncia o “controle dos médicos” através de tais manobras: “As empresas já querem implantar o *managed care* tupiniquim, uma versão piorada do falido modelo norte-americano de assistência médica gerenciada. Fundamentado na racionalização dos custos, beneficia apenas as empresas, paga mal aos médicos, subestima o papel do especialista e impede que os profissionais utilizem todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis.... Como as empresas estarão agora amparadas no contrato legal, a *bomba estoura* [grifo meu] no consultório. Caberá ao médico administrar os dramas pessoais e familiares. É quando entra em cena no mercado outro produto, oferecido inclusive por seguradoras que também vendem planos de saúde. Trata-se do seguro por *má-práxis*, velho conhecido dos médicos norte-americanos. A apólice cobre as possíveis indenizações referentes a processo judiciais movidos pelos pacientes contra médicos que ‘negaram’ atendimento” (Carvalho, 1998:22-23).

Enfim, como foi sugerido no Capítulo II, pode-se propor uma relação do tipo metáfora-paráfrase entre as tensões expressas pelo discurso metafórico da gíria médica e as tensões presentes no debate bioético contemporâneo. Sugiro essa relação metáfora/paráfrase, ciente de que não se pode transportar mecanicamente o conceito de *stress* ou tensão de um campo do conhecimento para outro (ver, novamente, a discussão de Castiel, 1993). Mas a relação de metáfora/paráfrase é uma de significação, e não de causa/efeito, onde os interlocutores é que definem as condições de verdade para a transmissão de significados. É nesse sentido que termos como *Embromed* e *trambiclínica* ganham significado para a finitude de autonomia técnica e laboral do médico provocada pela ingerência das forças de mercado na sua prática profissional, *plano Pafúncio*, *hospital pilantrópico* e *mulambulatório* expressam tensões não-resolvidas na justiça distributiva dos

recursos sanitários, tanto materiais quanto morais, e *virus É-bala!* reflete a transição epidemiológica brasileira.

Enquanto este capítulo tenha se concentrado nas tensões mais pertinentes à justiça distributiva na saúde, a gíria médica sinaliza outras tensões éticas. Metáforas médicas brasileiras como *O CTI é uma sala de tortura* e *síndrome JEC* e os numerosos tropos da gíria médica americana para pacientes “irrecuperáveis” evocam tensões quanto a decisões de quando e como prosseguir com, ou suspender, o tratamento de pacientes terminais. Minha pesquisa deixa em aberto e os estudos de Gordon (1983) e Coombs et. al. (1993) deixam de abordar explicitamente que relação existe, se é que existe, entre o uso de gírias para pacientes terminais e uma eventual definição literal e explícita da futilidade do tratamento (Kopelman, 1998) ou uma decisão formal de suspender determinados tratamentos ou de não ressuscitar o paciente em caso de uma parada cardíaco-respiratória (van Delden, 1998). Tais gírias substituem, influenciam, antecedem ou seguem à decisão de suspender o tratamento? Que relação mantêm com os termos do jargão médico, como *FPT* (fora de possibilidade terapêutica) em português, ou *PVS* (*persistent vegetative state*), *DNR* (*do not resuscitate*) ou *NTDs* (*non-treatment decisions*) em inglês? Klass (1987:239-243) mostra que nem sempre há consenso quanto ao significado da própria sigla “literal” *DNR*: “A maioria dos médicos argumentaria que há diferentes tipos de *DNR*... Mas nem sempre fica claro se o paciente, ao concordar em ser *DNR*, compreende como é classificado pelo médico que o atende”. Quanto à definição e implementação da decisão de não ressuscitar pacientes, Konner (1987:107-109, 141-142, 149, 267-268) relata mais dissenso do que consenso entre professores, residentes, internos e acadêmicos de medicina e pessoal de enfermagem, ilustrado pelo dilema de um residente, “...revoltado e frustrado pela armadilha da terminologia, por distinções sutis que ele nem compreendia e que poderiam facilmente arrastá-lo a um tribunal e acabar com sua carreira.... O conceito de *DNR* era relativamente novo e estava mudando constantemente. Você não podia procurar a definição num livro, já que seu futuro não dependia do livro, mas da decisão do juiz de plantão” (Konner, 1987:109). Relata, inclusive, o uso freqüente do *slow code*, ou “código lento”, manobras de

ressuscitação cárdio-respiratórias propositalmente lentas em pacientes terminais, feitas por residentes inconformados com a recusa, por seus superiores, no sentido de permitir a morte de determinados pacientes (Konner, 1987:141-142). Se a questão da suspensão ou não do tratamento e a própria questão de considerar como pessoa portadora de direitos o paciente em estado vegetativo persistente estão entre os problemas mais difíceis para a bioética moderna, o uso de gírias nesse contexto merece maior atenção em estudos futuros, sobretudo quando se considera, como Coombs et. al. (1993), que essas gírias são mais freqüentes entre médicos-em-formação, nos quais, sugerem eles, esses tropos podem até servir uma função terapêutica, aliviando a tensão sofrida durante o plantão. Enfim, tais questões são pertinentes à observação de Callahan et. al. (1996:S14): “A medicina moderna tornou a morte um problema mais, e não menos, complexo.”

Ao nível semântico, é útil pensar no sentido original ou literal das palavras como *doxa*, com a qual a metáfora estabelece uma tensão paradoxal e irreduzível (Ricoeur, 1972:37). A gíria médica como um todo mantém essa mesma tensão enquanto “anti-língua” (Ammon, 1988:1161) em relação aos discursos científico e deontológico. Resta perguntar que implicações esse registro lingüístico tem para a ética médica. Aqui, vale recorrer aos artigos de Schramm (1997c) e Almeida & Schramm (1999), que identificam a existência de uma “transição paradigmática” ou “metamorfose da ética médica”, sugerindo que desde a década de 1970 a ética médica tradicional (hipocrática) não dá conta dos múltiplos conflitos ético-profissionais da prática clínica na tardo- ou pós-modernidade, argumentando em favor de uma nova ética, com alicerces “principlistas”, ou seja, baseada em princípios *prima facie*, quais sejam: a não-maleficência, a beneficência, a autonomia e a justiça. O próprio fato desses princípios serem “negociáveis” tenderia em favor do resgate da autonomia profissional, através do qual os médicos voltariam a exercer um protagonismo ético pleno. Mas enquanto essa transição não se consolidar, os direitos e deveres médicos formulados segundo a perspectiva hipocrática seguem freqüentemente em conflito indissolúvel com a prática clínica, em função da “desprofissionalização” e da “finitude” de recursos, discutidas anteriormente. O dilema da inserção do médico dentro da própria

instituição assistencial é esclarecido por Freud (1905a:132), quando diz: “...uma ocasião particularmente favorável a chistes tendenciosos é apresentada quando a pretendida crítica rebelde dirige-se contra...algo que o sujeito partilha – ou seja, ao sujeito enquanto pessoa coletiva.” Mas a pergunta permanece em aberto: os chistes expressam apenas um ceticismo do tipo “*anything goes*” (Schramm, 1995:67), ou dão sinais de uma tentativa, ainda que incipiente, de adesão pelos médicos à busca por uma nova ética? Existe um fosso semântico entre a gíria médica e os preceitos deontológicos que coloca os médicos, os pacientes e a sociedade em campos eticamente incomunicáveis, como “estranhos” ou até “estrangeiros morais” (*moral strangers*, segundo o conceito de Engelhardt, 1996)? A crítica implícita na gíria médica é contrária a qualquer moralidade – e assim, o médico joga fora o paciente com a água do banho – ou apenas põe em evidência a inviabilidade da deontologia médica vigente? Tais dilemas morais ajudam a explicar por que há tantos e tão variados chistes médicos para os serviços de saúde. Basta lembrar que muitos médicos seriam demitidos (e de fato alguns são) se fizessem valer seu direito, assegurado pelo Código de Ética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ,1988:9), de “recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente...” [leia-se: *Embromeds, Planos Pafúncio, trambiclínicas, pilantrópicos e mulambulatórios*], e assim, não apenas esses próprios médicos passariam à penúria, como também, deixariam de aliviar o sofrimento e salvar a vida de muitos pacientes.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Este estudo exploratório teve como objetivos identificar e mapear preliminarmente a gíria médica carioca e sugerir interfaces entre seus significados e a hiper crise sanitária ou transição epidemiológica no Brasil. A ausência de um estudo antecedente sobre esse tema no Brasil e meu conhecimento limitado tanto da lingüística quanto da bioética implicaram na falta de um modelo teórico *a priori*, daí obrigando-me a uma construção analítica *ad interim*. Portanto, pretendo apresentar conjuntamente duas classes de conclusões: tanto aquelas pertencentes aos objetivos iniciais quanto aos indícios e descobertas surgidos a partir da investigação. Ambas, creio, podem sugerir linhas de pesquisa para o futuro. Seguem as conclusões:

1. Existe um estilo lexical e semântico no Rio de Janeiro que se pode denominar “gíria médica” e que se pode distinguir do jargão médico e de outros estilos discursivos.
2. A gíria médica não é um fenômeno exclusivo ao Brasil, existindo também, pelo menos, nos Estados Unidos.
3. A gíria médica carioca é particularmente rica em trocadilhos. Entretanto, embora existam estudos sobre o *pun* em inglês (Freud, 1905a; Eco, 1974), a pesquisa sugere a falta de uma referência teórica para essa forma especial de metáfora condensada na língua portuguesa. A importância de um estudo teórico sobre *trocadilho* é realçada pelo fato de o termo em si ser etimologicamente metalingüístico, na medida em que denota seu próprio processo de elisão recíproca e substituição mútua de lexemas.
4. A gíria médica carioca pode ser classificada tematicamente em três áreas: a formação médica, incluindo a relação com o saber e a relação inter-especialidades; os pacientes e os serviços de saúde.

5. As provocações inter-especialidades, além de compor uma espécie de *sibling rivalry* (rivalidade fraterna) na medicina, como sugerido por Coombs et. al. (1993), podem também expressar raízes históricas no desenvolvimento das especialidades.

6. Os estudos sobre gíria médica nos Estados Unidos (Crichton, 1968; Gordon, 1983; Coombs et. al., 1993) identificam quase exclusivamente tropos para pacientes. A revisão de Coombs et. al. (1993) sugere que a gíria seja usada com maior frequência, mais não exclusivamente, durante o internato e a residência (variável não investigada por minha pesquisa de campo).

7. Ao contrário das revisões da gíria médica americana (e.g., Coombs, 1993), a gíria médica carioca revela vários tropos para os serviços de saúde.

8. Entretanto, uma revisão mais recente do humor médico americano (Bennett, 1997) mostra numerosos chistes médicos ironizando tendências no sistema de saúde americano.

9. A análise semântica da gíria médica e o confronto com a literatura de saúde pública e da bioética fornecem indícios de interfaces entre esse estilo discursivo e a construção e expressão do *ethos* médico, particularmente as tensões existentes no debate sobre a justiça distributiva na saúde.

Discussão

Uma ressalva fundamental à metodologia utilizada, a partir de uma crítica implícita no comentário de Trostle (1998), é que englobei sob a rubrica de “gíria médica” o que na realidade constitui, não um registro lingüístico distinto, mas um conjunto de chistes, anedotas, provérbios, atos falhos, trocadilhos e outros tropos avulsos coletados de diferentes estilos discursivos médicos. Como proposta de enfoque para pesquisa no futuro, mapearia o que Labov (1972:186) propõe como uma hierarquia superordinada/subordinada entre estilos de fala. No caso do discurso médico, teria como hipótese os registros ou estilos científico, deontológico, e clínico no pólo superordinado e as conversas de quarto de

médico e longe dos ouvidos dos pacientes no pólo subordinado. Um caso à parte (ou não?) seria a diversidade discursiva dos representantes da profissão médica no Poder Legislativo. Em linhas amplas, com muitas possibilidades de deslocamento de estilos, a progressão seria, do superordinado para o subordinado, no sentido **discurso científico** ⇒ **discurso deontológico** ⇒ **discurso clínico** ⇒ **jargão** ⇒ **gíria**. Muito possivelmente essa relação entre estilos discursivos assumiria uma forma não-linear, mais semelhante a uma “árvore” (Jürgen Heye, comunicação pessoal) ou até um “manguezal” (Luís David Castiel, comunicação pessoal). Como observa Labov (1972:180-181), não existem falantes com um estilo único, e os médicos teriam esse amplo leque de possibilidades de deslocamento entre estilos. Tal deslocamento não seria aleatório. Como já discuti acima, o que define os estilos com relação às situações é uma questão da organização social interna da profissão médica, e os médicos têm competência comunicativa sócio-lingüística com relação ao uso desses diferentes discursos.

O mapeamento de diferentes registros lingüísticos médicos permitiria comparações com o discurso de outros atores envolvidos no processo saúde/doença, sobretudo os pacientes (ver Alves & Rabello, 1995 e Duarte, 1986). Nessa linha, Fisher (1982:51-82) fornece um exemplo de investigação de como dois discursos, do médico e do paciente, interagem com fatores sociais, econômicos e demográficos no processo de tomada de decisão terapêutica. E dentro do âmbito científico/clínico propriamente dito, Castiel (1996:101-122) analisa as práticas metafóricas em saúde, chamando atenção para interfaces entre as metáforas na clínica médica e na epidemiologia e imunologia.

Adotando a classificação de Searle (1965:138-140), alguns estilos discursivos médicos obedeceriam a regras constitutivas, enquanto outros a regras reguladoras. O deslocamento e uso seriam condicionados por fatores éticos, psicológicos e sociais, como a percepção de prestígio científico e econômico, o fato de pertencer à profissão médica como um todo e a uma área especializada. O que classifiquei até aqui como gíria seria encontrada principalmente no pólo subordinado, porém intercalado ao longo dessa gama. O estudo americano mais elaborado sobre a gíria médica (Coombs et. al., 1993) utiliza apenas um

grande divisor de águas entre a linguagem médica “formal” e “informal”, deixando de fazer importantes distinções, por exemplo, entre os discursos científico, clínico e deontológico no pólo “formal”, ou entre o jargão e a gíria no pólo “informal”. Deixar de fazer essas distinções, ao meu ver, também dificulta a identificação de justaposições ou oposições entre os diversos estilos.

Um estudo mais abrangente sobre a interação entre o discurso e a prática da medicina teria que levar em conta que “o discurso” na realidade engloba esses vários discursos (e, evidentemente, várias práticas). Já sugeri acima que os estudos sobre gíria médica tendem a focalizar quase que exclusivamente os pacientes, e a menosprezar a prática médica mais contextualizada. Da mesma forma, observa-se que a análise do discurso médico pode se estreitar ao abordá-lo apenas como sinônimo do diálogo médico-paciente. Um exemplo é o estudo do psicólogo social da Harvard Medical School, Elliot Mishler, com o título *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews* (Mishler, 1984). O autor propõe uma comparação entre duas vozes, a “da medicina” (*the voice of medicine*) e a do “mundo da vida” (*the voice of the lifeworld*). Parte integral da metodologia é a louvável busca por uma prática médica mais humanitária, adotando para tanto a seguinte definição, do Subcommittee on the Humanization of Health Care of the Medical Sociology Section of the American Sociological Association, com oito condições necessárias e suficientes para uma assistência humanizada: “a visão de pacientes como pessoas íntegras, autônomas, únicas e insubstituíveis, tratadas com empatia e calor, e que compartilham as decisões com os médicos, numa relação recíproca e igualitária” (Mishler, 1984:6). Em que pese a falácia da premissa de que a relação médico-paciente possa ser “igualitária” (talvez, idealmente, pudesse ser *equitativa*), creio que o autor está correto em propor uma atenção maior para as opiniões dos pacientes, no sentido do seu *empowerment* e uma melhor contextualização social e pessoal dos seus problemas clínicos (através de maior atenção para a “voz do mundo da vida”), e concordo que isso poderia ajudar a promover a conjugação da efetividade do modelo biomédico com a humanização da prática médica.

Pode-se com proveito comparar os estudos de Coombs et. al. (1993) e Mishler (1984). Ambos foram realizados por pesquisadores de grandes faculdades de medicina americanas (UCLA e Harvard), e sob a égide dos respectivos Departamentos de Psiquiatria. O primeiro trata de *um* estilo discursivo da medicina, enquanto o segundo analisa “*o* discurso da medicina”. Fazendo uma leitura crítica do material e conclusões de Coombs et. al. (1993), chega-se à conclusão que um interno típico nos Estados Unidos faz sua formação num grande hospital urbano de ensino sob condições que caracterizam uma tortura psicológica: trabalha entre 90 e 140 horas por semana em quase-confinamento, sofrendo pressões de vários tipos como situações constantes de vida e morte e professores e chefes de plantão hiper-exigentes, e sobretudo tratando pacientes comatosos, irrecuperáveis, oferecendo pouco potencial de aprendizagem, ou então pacientes queixosos, pobres, alcoólatras, tabagistas, viciados, promíscuos, não-brancos, oligofrênicos e/ou que não falam inglês. Durante esse processo de tortura, o rito de passagem, sem acompanhamento psicológico, o interno não apenas deve absorver o corpus básico do discurso científico que será constitutivo da sua prática profissional (enquanto descansa entre procedimentos, é obrigado a ler centenas de páginas de texto), mas *ao mesmo tempo*, aprende um outro discurso, a gíria, lexicalizando todo esse cenário de horror com chistes de cunho cético. Esse outro discurso, segundo Coombs et. al. (1993), teria funções psico-sociais salutares, como a de fortalecer o sentimento de pertencer a um grupo seletivo, de criar uma identidade singular, de exercer a criatividade, de manter a distância em relação ao sofrimento, de amortecer a tragédia e descarregar emoções fortes.

Chamo atenção para o fato que os dois discursos, o científico/clínico e o da gíria, são aprendidos simultaneamente, porque pode iluminar a dificuldade de Mishler (1993) em passar da constatação do *disempowerment* do paciente diante do médico para alguma estratégia real de mudar esse discurso. Os médicos pertencem, em sua maioria, às camadas mais abastadas da sociedade. Adquirem um conhecimento teórico e prático de grande prestígio, com poder em relação à vida e à morte, que aumenta essa diferenciação. Adquirem esse conhecimento tendo como *cobaias* os indivíduos e grupos que, por suposta

oposição (a partir da leitura de Coombs et. al., 1993), reforçam seu sentimento de superioridade não apenas científica, como também social e moral. A partir dessa perspectiva, parece até lógico que haja dificuldade, durante a formação médica, em chegar a um discurso que trate os pacientes como íntegros, autônomos, únicos e insubstituíveis, tratados com empatia e calor, como propõe Mishler (1984).

O jargão médico, ao meu ver, inclui: 1) a referência metonímica ao paciente enquanto órgão ou doença (embora alguns holistas pudessem levantar objeções contra esse recurso lingüístico, eu diria que não apenas facilita a concentração do médico, concordando com observação pessoal de Castiel, mas também serve como peça fundamental na semiótica médica, já que não apenas a anatomia e fisiologia normais, como também as entidades nosológicas, têm manifestações *mais ou menos* semelhantes de um indivíduo para outro – nesse sentido, a individualização radical na compreensão do processo saúde/doença praticamente inviabilizaria o raciocínio clínico); 2) o uso de eufemismos para amortecer a percepção de sofrimento e perda; 3) o uso de termos incriptados para comunicação entre médicos nas diversas situações em que os pacientes ou os familiares se prejudicariam ao tomarem ciência da informação transmitida, em que está implícito o “privilégio terapêutico”, em que o médico avalia que revelar a informação poderia prejudicar o paciente mais do que beneficiá-lo (van Delden, 1998:839) e 4) o emprego extenso de acrônimos, elipses e outros dispositivos que tendem a poupar tempo precioso (ver Anexo IV). De acordo com essa perspectiva, o jargão médico, enquanto meio falado, poderia ser visto como parte ou extensão do discurso científico, com essas características metonímicas, eufemísticas, codificadas e taquifônicas, mas sem infringir a deontologia, i.é., sem ter o caráter “marginal” da gíria. Coombs et. al. (1993), talvez por não terem feito essa distinção, classificaram como gíria vários termos e dispositivos, como eufemismos, que pertencem ao jargão.

Também é importante frisar que essa outra grande vertente da “linguagem médica formal” apresenta dois grandes campos semânticos, os discursos científico e deontológico, que se sobrepõem mas que têm regras e significados diferentes. Se adotarmos o enfoque de

Searle (1965:138-139) com relação a regras discursivas em atos de fala, para a prática médica o discurso científico seria considerado *constitutivo*, enquanto o deontológico seria *regulador*. O discurso científico é constitutivo à medida que cria a possibilidade para a própria existência dessa atividade, a prática da medicina. O discurso deontológico é regulador, à medida que regula relações preexistentes (estou falando aqui do discurso em si, e não do dispositivo legal e corporativista do licenciamento por entidades de classe). O discurso deontológico, enquanto regulador, apresenta predominantemente regras imperativas, ao contrário do discurso científico. Segundo Searle, uma das características principais das regras constitutivas é que parecem tautológicas, ou seja, os falantes podem não se dar conta da sua existência. Por exemplo, poucos médicos perceberiam que, durante a formação, aprenderem essa nova língua do discurso científico, essa linguagem própria da medicina (Good, 1994:71). Nota-se que um dos principais axiomas do discurso científico é que “na medicina não existe nem *sempre*, nem *nunca*” – ou seja, seu discurso está pautado na possibilidade permanente da exceção. Mas embora tendo funções distintas, constataríamos uma justaposição temática extensa entre os discursos deontológico (com regras imperativas) e científico (com regras probabilísticas). Os dois discursos diferem até quando definem conceitos de doença. No diagnóstico, o discurso científico trabalha constantemente com probabilidades, por exemplo, quando o paciente apresenta três ou mais de um leque semi-aberto de sinais e sintomas, existe uma hipótese diagnóstica de determinada entidade patológica. Segundo o raciocínio científico/clínico, são exceções as entidades patológicas com sinais patognomônicos. Já a deontologia tende a fazer convergir os mesmos dados para uma asserção imperativa, de caráter dicotômico, categórico ou “consensual”. Se considerarmos os pareceres do Conselho Regional de Medicina (CREMERJ, 1997) enquanto regulamentação do Código de Ética Médica (CREMERJ, 1988), isto é, a implementação prática da deontologia, teremos vários exemplos. Geralmente o Conselho emite pareceres sobre conceitos de doença para fins que extrapolam a ciência e a clínica propriamente ditas, por exemplo, o Parecer 05/90 (CREMERJ, 1997:182), definindo se distúrbio de personalidade (personalidade

psicopática) constitui ou não doença, no caso para determinar se é admissível para fins de aposentadoria de um militar. A definição deve ser imperativa, categórica, para que tenha força legal.

Se as regras do discurso científico são constitutivas da medicina e as do discurso deontológico são normativas, quais são as regras da gíria? Provavelmente a mais importante é que resiste à catacrese. Estima-se que o discurso médico científico registrado por escrito, na forma de produção científica biomédica, representa cerca de 45 por cento de toda a produção científica mundial (Brett, 1996), o que, por sua vez, representa apenas uma pequena parcela do que é dito a cada segundo por milhões de seres humanos, em termos médicos científicos. Em comparação, há no máximo algumas dezenas de artigos escritos sobre a gíria médica, e a maior revisão (Coombs et. al., 1993) compilou pouco mais de 300 termos. Seria tentador descartar a gíria médica como um registro lingüístico sem importância. Entretanto, se no discurso científico pode-se chamar a *aurícula* de *átrio* ou a *fibula* de *perônio*, conclui-se que *aurícula* e *fibula* poderiam ser eliminadas do dicionário sem perda de significação. De fato, já caíram em desuso. E se fossem eliminados *átrio* e *perônio* também, logo alguém cunharia outras proto-catacreses para substituí-los. Mas quantos sinônimos há para o *virus É-bala* ou *trambiclínica*? Não se pode eliminá-los do dicionário, não apenas porque não têm sinônimos, mas porque ainda não chegaram lá. As metáforas vivas não estão no dicionário...

FECHAMENTO

Termina o semestre no Instituto Anatômico. Há vários dias o catedrático passou a supervisão das aulas práticas para sua equipe de residentes, e estes, terminadas as provas, estão no prédio anexo, dissecando peças para o próximo curso, de Neuroanatomia. Os calouros, que ostentam o nome de Acades vulgaris com uma mistura de orgulho e vergonha, saíram para comemorar, tomando chope num bar próximo à Estação das

Barcas. Alguns já estão na rodoviária, caminho à Região dos Lagos ou às praias do Nordeste.

O servente, arrastando os chinelos, respira aliviado enquanto termina a última faxina do semestre no anfiteatro, cumprindo uma rotina definida pelo mestre catedrático há décadas. Varre do chão os restos de papel e pontas de lápis deixados pelos doutores. Dá um último banho de formol nas bancadas de aço. Finalmente, guarda os esqueletos no armário, de onde nunca quiseram ter saído. Encostando a porta, o servente pára, sobressaltado. Tem a nítida impressão de que uma clavícula se mexeu. Será que, passados esses anos todos, o formol está afetando-lhe as vistas? Entre cismado e resignado, ele acaba de fechar o armário, trancando a porta com uma velha chave de bronze, que guarda no bolso do jaleco.

ANEXO I

Gíria médica: um léxico

Tropos, chistes e motes médicos do Rio de Janeiro

[entre colchetes: referências às páginas onde os termos aparecem no corpo do texto]

Acades Ver **Acades vulgaris**.

Acades vulgaris [40, 44-45, 65] Apelido para aluno de medicina, usado principalmente por internos e residentes. Usa-se também simplesmente **Acades**.

bagrinho [40, 44-45, 65-66] Apelido para acadêmico de medicina ou médico recém-formado.

beija-flor *S. m.* Diz-se de médico que não contribui efetivamente para a vida institucional de um hospital ou clínica, só aparecendo eventualmente para utilizar as instalações, i.é., para *bicar*.

bicar *V. t. d.* Ver *beija-flor*.

Bob Klinefelter e o Clube Mongol Grupo informal de acadêmicos de medicina de uma faculdade pública do Rio de Janeiro nos anos setenta, que se divertia com a criação de chistes relacionados à prática médica. O nome deriva de: 1) síndrome de Klinefelter, “que na forma clássica consiste em testículos pequenos, infertilidade, ginecomastia e variados graus de sub-androgenização, às vezes com leve retardo mental e/ou comportamento anti-social ... como consequência do acréscimo de um X adicional ao complemento masculino: 47, XXY” (Harrison, 1981:1797) e 2) *mongolismo*, termo atualmente em processo de abandono para se referir à síndrome de Down, ou trissomia 21 (ibid.:2012). O grupo Bob Klinefelter tem análogos norte-americanos nos seguintes periódicos, citados por Bennett (1997:265): *The Journal of Irreproducible Results*, *The Annals of Improbable Research* e *The Journal of Polymorphous Improbability*.

bostetra [41] Apelido para o obstetra usado por outras especialidades médicas, a título de provocação.

CTI *S. m.* Centro de Terapia Intensiva, ou *Centro de Triagem para o Inferno*.

cuspípara *S. f.* Grande múltipara, com tendência à evolução do trabalho de parto “em avalanche”. Parturiente paradigmática para o seguinte provérbio: “O feto nasce com, sem ou apesar do médico”. Equivalente ao termo americano “*big G*”, de *grand multigravida*, ou “múltipara” (Konner, 1987:380).

doutorite [47] Síndrome caracterizada pela adoção precoce, inusitada ou exagerada de atitudes ou responsabilidades propriamente médicas pelo acadêmico de medicina, na percepção dos colegas.

DPP [28, 36-37, 52] Descolamento prematuro da placenta (Rezende, 1984:295-300), ou *deixa para o próximo plantão*.

drenar [27-28, 34-35, 66-67] Originalmente, aplicar um dreno para “manter a saída de líquido de uma cavidade para o exterior...” (Ferreira, 1986:611); no sentido figurado, transferir paciente para outra unidade de saúde ou consultório.

É-bala, vírus [19, 31, 97, 108] Trocadilho usado por um pneumologista pediátrico para se referir ao agente etiológico de uma ferida por projétil de arma de fogo (“bala perdida”) na região cervical de uma criança de dezoito meses. Rio de Janeiro, anos 90.

Embromed [19, 70-71, 72, 76, 97, 100] Nome de plano de saúde fictício, do verbo *embromar*, ou “protelar a resolução de um negócio por meio de embustes” (Cunha, A.G., 1986:291) e o sufixo *-med*.

empurroterapia [73] Definida pela Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia (Carmo, 1997:6) como “auto-medicação”, traz a dupla conotação de “empurrar com a barriga” (ou adiar a solução de um problema) e receber medicação “empurrada” por balconista de farmácia. Ver o termo americano *pill-pusher* (Spears, 1991:340).

enfermesa [45] Segundo um médico entrevistado, “enfermeira burocrata, de saúde pública, que fica sentada atrás de uma mesa”.

enfermosa [45-46] Epíteto machista para enfermeira bonita.

enfernagem [45] Apelido usado eventualmente por médicos para a equipe de enfermagem, a título de provocação. Entretanto, de acordo com uma enfermeira entrevistada, “é difícil saber ao certo quem inferniza quem”.

engessar [27, 52, 54] Preparar o paciente de maneira que não reclame (\approx *good patient* americano - ver Gordon, 1983) e/ou deixá-lo pronto para determinados trâmites administrativos. Semelhante ao verbo *buff* na gíria médica americana (Konner, 1987:381).

esculhambina [47] Enzima imaginária invocada para explicar a recuperação inesperada de paciente grave, principalmente paciente pobre. Sugere que a equipe médica tenha ficado “esculhambada”, i.é., “desmoralizada”, pelo acontecimento. Na gíria médica americana, existe um personagem na sala de emergência chamado *Lazarus*, aquele que volta das garras da morte, ou seja, paciente agonizante que se recupera inexplicavelmente (Coombs et. al., 1993:993).

estropício [51] Paciente obstétrica pobre, definida por um médico entrevistado como “mulher que não se cuida”.

FDA Food and Drug Administration, órgão do governo americano responsável pela certificação e fiscalização de alimentos e medicamentos. Também conhecida como “*For Development Abroad*”, uma alusão à experimentação com medicamentos em países do Terceiro Mundo antes do seu lançamento no mercado norte-americano.

ganchos de açougue [52] Podem ser solicitados no lugar de afastadores, durante cesariana realizada em paciente obesa.

gato *S. m.* Laqueadura tubária realizada durante cesariana e cobrada em separado (ver Ferreira, 1986:840, definições 2, 6 e 9). Ver *particulinps*.

Hell for All by the Year 2000 Variação do lema da Organização Mundial da Saúde, “Health for All by the Year 2000”, ou “Saúde para Todos até o Ano 2000”. Segundo um entrevistado, ele próprio consultor da OMS em visita ao Brasil, será o resultado caso não haja cumprimento das metas implícitas no lema original.

hospitalismo [52] Termo irônico usado para síndrome que acomete pacientes com múltiplas internações, cuja necessidade é questionada pela equipe de saúde. Semelhante ao termo *revolving door patients* na gíria médica americana (Galizzi, 1997).

jacaré *S. m.* Paciente de baixo poder aquisitivo. Ver *mulambo*, *pimba*.

JEC, síndrome [52-53, 97-99] “Jesus está chamando”, termo usado para paciente terminal ou agonizante.

junta, problema de Termo polissêmico usado por pacientes no Rio de Janeiro, definido como “junta tudo” (problemas de saúde, emocionais, sócio-econômicos etc.), com referência tanto a um possível diagnóstico ósteo-articular e à necessidade do parecer de uma junta médica.

lexiplastia *S. f.* O uso de neologismos, especialmente trocadilhos, no campo da medicina.

médico de papel [40] Apelido para médico sanitарista, usado por membros de outras especialidades a título de provocação (Castiel, 1995:9).

mulambina *S. f.* Enzima que protege *mulambo* contra infecção. Ver *esculhambina*.

mulambo [34, 51, 53, 59-60, 67-70, 95] Paciente pobre de ambulatório ou hospital público. Escreve-se também *molambo*. Termo de etimologia banta, do quimbundo, originário de Angola, denotando “farrapo” e conotando “indivíduo fraco, pusilânime, sem firmeza de caráter” (Ferreira, 1986:1149, 1168, 1435).

mulambulatório [67-70, 97, 100] Trocadilho formado por *mulambo* (ver acima) e *ambulatório*, ou “departamento hospitalar para atendimento...de enfermos que podem se locomover” (Cunha, A.G., 1986:39).

Não fique em pé se puder ficar sentado/ Não fique sentado se puder ficar deitado / Não fique acordado se puder ficar dormindo Regra número 1 do médico plantonista noturno, para poupar energia.

O anestesista é um médico quase dormindo / tomando conta de um paciente quase acordando [41] Ditado usado principalmente por cirurgiões para provocar os anestesistas.

O clínico sabe tudo, mas não resolve nada/ o cirurgião não sabe nada, mas resolve tudo / o psiquiatra não sabe nada, e não resolve nada [40] Ditado usado principalmente por cirurgiões como provocação.

O infortúnio dos outros é nossa fortuna. Brinde anônimo, por antítese, em cerimônia de formatura médica. Rio de Janeiro, anos 80.

O ortopedista tem que ser forte e burro / mas o obstetra não precisa ser forte [40] Provocação usada contra ortopedistas e obstetras por membros de outras especialidades.

O patologista nunca perde um paciente [40] Truismo médico.

Pafúncio, Plano [19, 71, 97, 100] Plano de saúde (sic) caracterizado por “procedimentos realizados no hospital público, e por serem parentes de funcionário, eles [os pacientes] são atendidos com mais agilidade e rapidez. Aí, nós costumamos dizer, em termos jocosos, que aquele plano de saúde é *Pafúncio!* *Parente de funcionário*” (traumatologista, 33 anos). Do personagem Pafúncio, anti-herói da história em quadrinhos americana *Living with Father*, traduzida no Brasil como *Pafúncio e Marocas*.

papoterapia [58] Diz-se da prática de conversar com o paciente ou de contar pequenos chistes no intuito de distrair ou acalmá-lo, sobretudo no período pré-operatório.

parece ser [47] Diz-se do “parecer” do médico mais graduado, professor ou especialista, e cuja veracidade é posta em dúvida discretamente por seus subordinados.

particulinps (de *particular* + *INPS*, ou *Instituto Nacional de Previdência Social*) *adj.* Paciente ou procedimento caracterizado por duplo faturamento. “O paciente é internado para uma cirurgia corretiva, reembolsada legalmente pelo INPS [atual SUS], e realiza-se uma cirurgia estética, particular, pela qual se cobra de novo. Ou então, uma gestante é submetida a uma cesariana, reembolsada pelo INPS, e acrescenta-se uma laqueadura tubária, cobrada por fora.”

pilantrópico, hospital [19, 71-72, 76, 97, 100] Oxímoro formado a partir de *pilantra*, “que gosta de apresentar-se bem, mas não tem recursos para isso; diz-se de pessoa de mau caráter” (Cunha, A.G., 1986:604) e *filantrópico*, “relativo à filantropia, ou inspirado nela,

i.é., com amor à humanidade” (Ferreira, 1986:777). Definido assim por um médico entrevistado: “...no fundo, eles dizem que hospital *pilantrópico* não têm finalidade lucrativa, mas acaba tendo, né? Esse ‘sem fins lucrativos’ deles é muito relativo. Tão sempre lá defendendo o dinheiro deles” (anestesiologista, 54 anos). Ver o chiste médico americano *St. Avarice Hospital* (“Hospital Santa Avareza”) (Bennett, 1987, apud Bennett, 1997:207).

pimba [51, 60, 62, 95] “*Pé inchado mulambo bêbado atropelado*”, termo usado para paciente pobre, politraumatizado e recolhido em via pública. Originalmente, interjeição que “exprime acontecimento imprevisto e/ou que marca o desfecho de uma ação” (como um corpo que se rebate de um veículo em movimento – pimba!) (Ferreira, 1986:1329).

pitiático [53] Termo derivado de *pitiatismo*, designação dada à histeria pelo médico francês Babinski, segundo Cunha, A.G., (1986:610); embora anacrônico, sobreviveu como rótulo para pacientes vistos como enrolados ou excessivamente queixosos, ao contrário daqueles que de fato apresentam neurose histérica.

poli-ignorante [42] Apelido dado ao clínico geral por membros das outras especialidades médicas, como provocação; “sabe tudo sobre nada”, segundo um ultrassonografista entrevistado.

poliesculhambado [52] Paciente politraumatizado.

poliesculhambose generalizada Politraumatismo.

politransfodido *Adj.* Usado para paciente que recebeu múltiplas transfusões de sangue ou hemoderivados de origem supostamente duvidosa. Trocadilho derivado de *poli*, ou “muitos”, *transfundido* e *fodido*, “que se fodeu”, e por metonímia, “desesperado, arruinado” (Ferreira, 1986:792).

PVC, síndrome do “*Porra da Velhice Chegando*”, termo leigo conotando o conjunto de males da meia idade, como presbiopia, menopausa, artralgias leves e outros.

rebocoterapia [77] *S. f.* Transferência de paciente para nível ou unidade de saúde com maior resolatividade. Do verbo *rebocar*: “puxar com corda, cabo, etc. (embarcação ou veículo) a fim de levá-lo a determinado destino, ou auxiliá-lo em manobra de atracação, desatracação, etc.” (Ferreira, 1986:1458).

sanitocracia Doença identificada por Garrafa (1994:348) como uma “utopia tecnocrática, segundo a qual alguns especialistas acreditam tudo poder realizar e resolver simplesmente com base em princípios e medidas ditados pela burocracia programática dos gabinetes, pela

esterilidade teórica de alguns escritórios universitários que mais funcionam como fábricas de projetos e teses inócuas e pela tecnocracia biológica de alguns laboratórios acadêmicos”.

seca-meleca *S. m.* Cateter nasal de oxigênio.

SUDS *S. m. e f.* Sistema Unificado e Decentralizado de Saúde (c. 1986). Definido jocosamente por alguns médicos brasileiros como “bolhas de sabão”, pela semelhança com o termo *suds* em inglês, na suposição de que pudesse se tratar de uma nova marca de desinfetante hospitalar. Como chiste “tópico”, tratando de questão passageira (Freud, 1905a:145), perdeu a graça quando a sigla mudou para SUS, Sistema Único de Saúde.

Tome Aerolin, e vote em mim Propaganda eleitoral impressa no receituário de um médico candidato a cargo eletivo. Rio de Janeiro, anos 80.

trambi Ver **trambiclínica**.

trambiclínica [19, 65-66, 72, 97, 100, 108] Clínica de qualidade duvidosa em termos técnicos e éticos. Trocadilho derivado, através da elisão de lexemas, de *trambique*, ou “negócio fraudulento” (Ferreira, 1986:1698) e *clínica*, “lugar de repouso”, “prática da medicina” (Cunha, A.G., 1986:189) A etimologia remonta também ao *trampolim*, figurativamente uma “...coisa, que... impulsiona alguém; degrau” (Ferreira, 1986:1698), conotando portanto a iniciação profissional. Às vezes o termo é encurtado para **trambi**.

trapeleta [de *trapo* + *papeleta*] *S. f.* Papeleta, ou folha de prescrição, para *mulambo*, ou utilizada no *mulambulatório* ou na *trambiclínica*.

trubufu [52] Paciente obstétrica obesa.

umbigo para cima, Novalgina, umbigo para baixo, Baralgin [77] Ditado pseudo-mnemônico usado em serviços de saúde onde costumam faltar medicamentos.

ANEXO II

Trecho de entrevista gravada com médico traumatologista do Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro (33 anos).

“O CTI na minha opinião, com honradas exceções, é uma *sala de tortura*. Eu jamais queria ir para um CTI como paciente. A não ser quando o paciente é muito bem conduzido, no sentido de você tirar a dor dele e a consciência. Porque o paciente no CTI, se estiver lúcido, acordado e sabendo o que está acontecendo, deverá ter a mesma sensação de estar sendo *torturado*. Por que eu falo isso? Porque normalmente ele está com um tubo na traquéia, uma sonda nasogástrica, uma sonda vesical, está com várias veias canalizadas, parecendo até uma *árvore de Natal*, amarrado no leito, entendeu? Sem poder falar, sem

poder comer, *fazendo* alimentação por uma sonda ou por via venosa, parenteral. Então se ele estiver acordado...sem falar dos ruídos dos monitores, que deixam um trauma muito grande...os *gritos e sussurros* dos outros pacientes que estão do lado...as luzes, que incomodam. E sem falar também da parte do ensino, dos acadêmicos, cada um quer fazer um procedimento, quer *inventar* uma coisa. Muitos pacientes, infelizmente, são *cobaias* dos próprios *médicos* que estão aprendendo. Um CTI, como o próprio nome diz, é uma terapia intensiva, então são pacientes que você tem que ficar de olho, constantemente. Eu já por várias vezes entrei em CTI e vi pacientes abandonados, e isso não faz sentido. Um paciente grave tem que ser...você tem que estar junto dele... para qualquer intercorrência, ele tem que ser imediatamente socorrido. Porque a máquina falha. O que não falha é a clínica, o que você vê. É olhando para o paciente. Os monitores não funcionam sozinhos. O monitor seria mais um adjuvante do médico...um auxiliar do médico... mas não *soberano*".

ANEXO III

Anedota recebida de médico americano através da Internet (1998).

P. O que quer dizer "HMO" [*health maintenance organization*, i.é., empresa de medicina de grupo, ou plano de saúde]?

R. Na verdade é uma variação da frase, "*Hey, Moe!*". Sua raízes remontam a um conceito criado pelo Dr. Moe Howard, que descobriu que pode-se fazer com que o paciente esqueça uma dor no pé se introduzir o dedo no próprio olho com bastante força. A medicina moderna substitui essa terapêutica com dispositivos *high-tech*, como mensagens gravadas na secretária eletrônica e formulários de encaminhamento. Mas o resultado final é o mesmo.

P. Todos os procedimentos diagnósticos exigem a pré-aprovação pelo plano?

R. Não, só aqueles que você precisa.

P. Acabo de entrar para um novo plano de saúde. Vai ser muito difícil escolher o médico da minha preferência?

R. Apenas um pouco mais difícil do que escolher seus próprios pais. O plano vai fornecer um cadastro de todos os médicos que participavam do plano quando os dados foram

cadastrados. Esses médicos pertencem basicamente a duas categorias: aqueles que já não aceitam novos pacientes, e aqueles que aceitam, mas que não pertencem mais ao plano. Mas não se preocupe. O outro médico, que ainda pertence ao plano e que ainda está aceitando novos pacientes, tem consultório a apenas quatro horas da sua casa!

P. Que quer dizer “condições pré-existentes”?

R. É um termo utilizado por pessoas gramaticalmente deficientes para se referir a condições *existentes*. Infelizmente, parece que a expressão pré-pegou.

P. Bem, e o plano cobre minhas condições *pré-existentes*?

R. É claro, contanto que não exijam qualquer forma de tratamento.

P. E se eu quiser utilizar formas alternativas de tratamento?

R. Vai ter que achar uma forma alternativa de pagamento.

P. O meu plano cobre apenas remédios genéricos, mas eu precisava usar a marca comercial. Já experimentei a medicação genérica, mas fiquei com dor no estômago. O que devo fazer?

R. Introduzir o dedo no olho.

P. O que devo fazer se estiver longe de casa e ficar doente?

R. Você realmente não deve fazer isso. Vai ser muito difícil consultar o médico da sua preferência. É melhor esperar voltar para casa, para depois ficar doente.

P. Eu acho que preciso consultar um especialista, mas meu médico insiste que ele consegue resolver meu problema. Será que um clínico geral realmente pode fazer um transplante cardíaco no consultório?

R. É difícil dizer, mas considerando que você pagará apenas uma taxa adicional de dez dólares, não custa nada deixá-lo tentar.

P. O que representa a parcela maior nos custos do atendimento em saúde?

R. A tentativa dos médicos no sentido de recuperarem as perdas resultantes dos seus investimentos.

P. A assistência à saúde será diferente no próximo milênio?

R. Não, mas se você ligar logo, consegue marcar consulta...

ANEXO IV

Exemplo da economia de tempo pelo uso de siglas e acrônimos no jargão médico (frase de uma sessão clínica de cardiologia).

“Before undergoing TMLR, the patient had done two SV CABGs, a LIMA-to-LAD, and a RIMA-to-LAD”.

Dita por extenso, a mesma frase aumentaria cerca de três vezes o tempo de enunciação dos lexemas:

“Before undergoing transmyocardial laser revascularization, the patient had been submitted to two saphenous vein coronary artery bypass grafts, a left anterior mammary artery anastomosis to the left anterior descending coronary artery and a right inferior mammary artery anastomosis to the left anterior descending coronary artery.”

(“Antes de receber uma revascularização transmiocárdica por laser, o paciente havia se submetido a duas derivações de artérias coronarianas com enxertos de veia safena, uma anastomose da artéria mamária anterior esquerda para a artéria coronariana descendente anterior esquerda e uma anastomose da artéria mamária inferior direita para a artéria coronariana descendente anterior esquerda.”)

Observa-se que os acrônimos devem ser adequadamente decodificados na apreensão do sentido da frase, já que, por exemplo: 1) *SV* tem pelo menos 18 definições médicas, de acordo com Jablonski (1993:293), incluindo além do uso aqui como *saphenous vein*, mais sete apenas na área cardiovascular: *semilunar valve*, *severe*, *single ventricle*, *sinus venosus*, *stroke volume*, *subclavian vein*, *supraventricular* e 2) *CABGs* tem homofonia com *cabbages*, ou “repolhos”.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, J.L.T. & SCHRAMM, F.R., 1999. Transição paradigmática, metamorfose da ética médica e emergência da bioética. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ (no prelo).

ALVES, P.C. & RABELO, M.C., 1995. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A.M.R. (org.). 1995. *Saúde & Comunicação. Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec ABRASCO, pp. 217-235.

AMMON, H.V.U., DITTMAR, N., & MATTHEIR, K.J., 1988. Slang and Anti-Language. In *Sociolinguistics: An International Handbook of the Science of Language and Society*. Berlin/New York: Walter de Gruyter, Vol. 2, pp. 1160-1163.

AUSTIN, J.L., 1962. *How To Do Things with Words*. London: Oxford.

BECKER, H., 1993. Estudo de Praticantes de Crimes e Delitos. In: *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, pp. 153-178.

BENNETT, H.J., 1997. *The Best of Medical Humor*, Philadelphia: Hanley & Belfus, 2nd Edition.

- BENVENISTE, E., 1989. *Problemas de Lingüística Geral II*. Campinas, Pontes Editores.
- BERNSTEIN, B.B., 1970. Social Class, Language and Socialization. In: GIGLIOLI, P.P. (Ed.), 1972, *Language and Social Context*. New York: Penguin Books, pp. 157-178.
- BLACK, M., 1962. *Models and Metaphors: Studies in Language and Philosophy*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- BORDALLO, E., 1996. CREMERJ adverte sobre introdução do *malpractice* no país. *Jornal do CREMERJ*, novembro 1996, ano X, no. 75, p. 11.
- BOURDIEU, P., 1987. *Coisas Ditas*, São Paulo: Editora Brasiliense.
- BRETT, G.H., 1996. Current Trends in Information Technology in the Health Sciences. Apresentação no III Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 16 de outubro de 1996.
- BRITTO, P. H., 1989. A difícil vida fácil do tradutor. In: *34 Letras* 3:111-115.
- BRYSON, B., 1990. *The Mother Tongue: English and How it Got That Way*, New York, William and Morrow Company, Inc.
- BURNHAM, P.J., 1966. Proposed Informed-Consent Form for Hernia Patient. In: BENNETT, H.J., 1997, *The Best of Medical Humor*, Philadelphia: Hanley & Belfus, 2nd Edition, p. 192. Publicado originalmente em *Science*: 1966; 152:448-449.
- CALLAHAN, D. (dir.), 1996. *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*. Briar Cliff, New York: The Hastings Center.
- CARMO, M., 1997. *Jornal do Brasil*. Informe JB, Rio de Janeiro 7 de junho de 1997, p. 6.
- CARRARA, S., 1998. Comentário sobre PETERSON, C., 1998a. Trambiclinicas, pilantrópicos, and mulambulatorios: Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 14:687-690.
- CARVALHO, J., 1999. Golden Cross perde privilégio: Empresa deixa de ser filantrópica e terá de pagar imposto. *Jornal do Brasil*, Caderno 1, Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 1999, p. 6.
- CARVALHO, R. R. P., 1998. Os perigos ocultos das novas regras dos planos de saúde. *Medicina Conselho Federal*, Ano XIII, Nº 100, dezembro 1998, pp. 22-23.

CASTIEL, L.D., 1993. O estresse na pesquisa biomédica e epidemiológica: as limitações do modelo de risco no estudo do processo saúde-doença. In: CASTIEL, L.D., 1994. *O Buraco e o Avestruz: A singularidade do adoecer humano*, Campinas: Papyrus Editora, pp. 127-170.

_____, 1995. Ondas, Cadeias, Teias, Redes...buscando metáforas para uma epidemiologia mestiça. ENSP/FIOCRUZ. Manuscrito, 46 pp.

_____, 1996. *Moléculas, Moléstias, Metáforas: O Senso dos Humores*, São Paulo: Unimarco Editora.

_____, 1998. Apocalipse... Agora? Epidemiologia molecular, testagens gênicas preditivas, comunicação social de conteúdos genéticos. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ (no prelo).

COELHO, E.C., 1995. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M.H. 1995. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 35-62.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998. Planos de saúde: consumidor ganha, mas deve ficar atento. *Medicina Conselho Federal*, Ano XIII, N° 100, dezembro 1998, pp. 22-23.

COOMBS, R. H.; CHOPRA, S.; SCHENK, D.R. & YUTAN, E., 1993. Medical Slang and its Functions. *Social Science and Medicine* 36(8):987-998.

CREMERJ, 1988. *Código de Ética Médica: Legislação dos Conselhos de Medicina*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

_____, 1997. *Resoluções Normativas e Pareceres*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

CRICHTON, M. (escrevendo sob o pseudônimo Jeffery Hudson), 1968. *A Case of Need*, New York: Signet Books.

CUNHA, A.G., 1986. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2ª Edição.

CUNHA, C.F., 1976. *Gramática da Língua Portuguesa*. Brasília: MEC/FENAME, 3ª Edição.

DESLANDES, S.F., 1998. Comentário sobre PETERSON, C., 1998a. Trambiclínicas, pilantrópicos, and mulambulatorios: Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:685-687.

DUARTE, L.F., 1986. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

DUCROT, O. & TODOROV, T., 1979/83. *Encyclopedic Dictionary of the Sciences of Language*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

ECO, U., 1974. *As Formas do Conteúdo*. São Paulo: Editora Perspectiva.

_____, 1983. *The Name of the Rose*, San Diego: Harcourt Brace Javanovich.

ENGELHARDT, H.T., 1996. *The Foundations of Bioethics*, 2nd Edition, New York: Oxford University Press.

FERGUSON, C.A., 1959. Diglossia. In: GIGLIOLI, P.P. (Ed.), 1972, *Language and Social Context*. New York: Penguin Books, pp. 232-251.

FERREIRA, A.B.H., 1986. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FILIPAK, F., 1984. *Teoria da Metáfora*, Curitiba, Livros HDV, 2ª Edição.

FISHER, S., 1982. The Decision-Making Context: How Doctors and Patients Communicate. In: DIPIETRO, R.J. *Linguistics and the Professions*, Vol. VIII, Norwood, New Jersey, pp. 51-82.

FISHMAN, J.A., 1969. The Sociology of Language. In: GIGLIOLI, P.P. (Ed.), 1972, *Language and Social Context*. New York: Penguin Books, pp. 45-58.

FLEXNER, S.B.(Ed.), 1988. *The Random House College Dictionary*, Revised Edition. New York: Random House, Inc.

FLOWERS, N.M., 1998. Comentário sobre PETERSON, C., 1998a. Trambiclínicas, pilantrópicos, and mulambulatorios: Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 14:694.

FONTANIER, P., 1977. *Les Figures du Discours*. Paris: Flammarion. apud FILIPAK, F., 1984. *Teoria da Metáfora*, Curitiba, Livros HDV, 2ª Edição.

- FRIEDSON, E., 1988. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, 2nd Edition. Chicago: The University of Chicago Press.
- _____, 1989. *Medical Work in America: Essays on Health Care*. New Haven: Yale University Press.
- FREUD, S., 1905a. Os Chistes e Sua Relação com o Inconsciente. In: FREUD, S. 1977. *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas*. Vol. VIII, Rio de Janeiro: Imago.
- _____, 1905b. *Jokes and Their Relation to the Unconscious*, The Standard Edition, translated by Strachey, J., 1960. New York: W.W. Norton & Company.
- GALIZZI, H.R., 1997. A rejeição ao paciente com internações repetidas no hospital geral. In: *Saúde Mental no Hospital Geral, Cadernos IPUB*, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, n° 6, pp. 185-194.
- GALL, J.G., 1995. Homage to the Chromosome. In: *Science*, vol. 270, Dec. 1995, p. 1551.
- GANS, E., 1977. Esthétique de la métaphore. *Poésie*, n° 1, juin 1977. Paris: Librairie Classique E. Belin.
- GARRAFA, V., 1994. Bioética, saúde e cidadania. *Humanidades*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, pp. 342-351.
- GILLON, R., 1998. Bioethics, Overview. Ruth Chadwick, *Encyclopedia of Applied Ethics*, pp. 305-317.
- GOFFMAN, E., 1964. The Neglected Situation. In: GIGLIOLI, P.P. (Ed.), 1972, *Language and Social Context*. New York: Penguin Books, pp. 61-66.
- GOOD, B.J., 1994. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GORDON, D., 1983. Hospital slang for patients: Crocks, gomers, gorks, and others. In: *Language in Society* 12, pp. 173-185.
- GRIMES, R.M. & LORIMOR, R.J., 1989. Nurses, Nuances, and Non-Communication: A Humorous Look at Language. In KENEFICK, C. & YOUNG, A., 1993. *The Best of Nursing Humor*, Philadelphia: Hanley & Belfus, pp. 76-77, publicado originalmente em *Journal of Nursing Administration*, 1989; 19(9):22,28.

GUMPERZ, J., 1968. The Speech Community. In: GIGLIOLI, P.P. (Ed.), 1972, *Language and Social Context*. New York: Penguin Books, pp. 219-231.

HALLIDAY, M.A.K., 1976. Anti-languages. In: *American Anthropologist* 78, 570-584.

HARRISON, T.R., 1981. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, International Student Edition, Tokyo, McGraw-Hill Kogakusha, Ltd.

HJELMSLEV, L., 1961. *Prolegomena to a Theory of Language* (trans. F.J. Whitfield, Rev. Ed.) Madison, Wisconsin, apud DUCROT, O. & TODOROV, T., 1979/83. *Encyclopedic Dictionary of the Sciences of Language*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

HOUAISS, A. & AVERY, C.B., 1967. *The New Barsa Dictionary of the English and Portuguese Languages*, Volume 1: English-Portuguese, New York: Appleton-Century-Crofts.

JABLONSKI, S., 1993. *Dictionary of Medical Acronyms & Abbreviations*. (2^a Edição) Philadelphia: Hanley & Belfus.

KENEFICK, C. & YOUNG, A., 1993. *The Best of Nursing Humor*, Philadelphia: Hanley & Belfus.

KEYSERLINGK, E. W., 1998. Medical Codes and Oaths. In: *Encyclopedia of Applied Ethics* (Chadwick, R., ed.), San Diego, Academic Press, pp.155-163.

KLASS, P., 1987. *A Not Entirely Benign Procedure: Four Years as a Medical Student*. New York: Plume/Penguin Books.

KONNER, M., 1987. *Becoming a Doctor: A Journey of Initiation in Medical School*, New York: Penguin Books.

KOPELMAN, L.M., 1998. Medical Futility. In: *Encyclopedia of Applied Ethics* (Chadwick, R., ed.), San Diego, Academic Press, pp.185-196.

LABOV, W., 1970. The Study of Language in its Social Context. In: GIGLIOLI, P.P. (Ed.), 1972, *Language and Social Context*. New York: Penguin Books, pp. 283-308.

_____, 1972. The Study of Language in its Social Context. In: PRIDE, J.B. & HOLMES, J. (eds.) *Sociolinguistics*, London: Penguin Books, pp. 180-202.

LIGHT, D. & LEVINE, S., 1988. The Changing Character of the Medical Profession: A Theoretical Overview. In: *The Milbank Quarterly*. 66 (supl. 2):10-32.

LUPTON, D., 1994. *Medicine as Culture: Illness, Disease, and the Body in Western Societies*, London, Sage Publications Ltd.

MACHADO, M.H., 1996. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão* (tese de doutoramento em sociologia, disquete). Rio de Janeiro: IUPERJ.

MALLISON, M.B., 1987. If Oliver North Taught Hospital Administration. In: KENEFICK, C. & YOUNG, A., 1993. *The Best of Nursing Humor*, Philadelphia: Hanley & Belfus, pp. 141-142, publicado originalmente em *The American Journal of Nursing*, Vol. 87(10):1263.

MARQUES, M.B., 1995. Doenças Infecciosas Emergentes no Reino da Complexidade: Implicações para as Políticas Científicas e Tecnológicas. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11(3):361-388, jul/set, 1995.

MATURANA, H. & VARELA, F., 1998. *The Tree of Knowledge*, Boston: Shambala, Revised Edition.

MINAYO, M.C.S., 1994. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1):07-18, 1994.

MISHLER, E.G., 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

OPPENHEIMER, G. M. & PADGUG, R. A., 1998. Health Care Financing. In: CHADWICK, R. (ed.), 1998. *Encyclopedia of Applied Ethics*, pp. 539-549.

PARCIAS, C., 1997. Estressados, os médicos não se cuidam. *Jornal do Brasil*, 26 de outubro de 1997, Caderno Saúde, p. 22.

PETERSON, C., 1995a. Jargão médico e etos sanitário. Monografia da Disciplina Filosofia da Ciência, Prof. Fermin Roland Schramm, Curso de Doutorado em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, manuscrito, 9 pp.

_____, 1995b. Medical Slang in Rio de Janeiro. Monografia da Disciplina Metodologia da Investigação Científica, Prof^a Maria Cecília de Souza Minayo, Curso de Doutorado em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, manuscrito, 10 pp.

_____, 1998a. Trambiclinicas, pilantrópicos, and mulambulatorios: Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 671-682.

_____, 1998b. The author replies. *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 695-699.

PINHEIRO, P., 1994. A Violência no Rio às Portas da Emergência. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1):223-225, 1994.

PINTO, A. L. T. & WINDT, M. C., 1998. *Constituição da República Federativa do Brasil, Atualizada pela Emenda Constitucional no. 18, de 5-2-1998*. São Paulo: Editora Saraiva, 19ª Edição.

POLLOCK, D., 1998. Comentário sobre PETERSON, C., 1998a. Trambiclínicas, pilantrópicos, and mulambulatorios: Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:683-684.

PRATA, R.P., 1992. A Transição Epidemiológica no Brasil. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 8(2):168-175, abr/jun, 1992.

PRINCE, E.F., FRADER, J. & BOSK, C. 1982. On Hedging in Physician-Physician Discourse. In: DIPIETRO, R.J. *Linguistics and the Professions*, Vol. VIII, Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, pp. 83-97.

REGO, S., 1996. O processo de socialização profissional na medicina. In: MACHADO, M.H. 1996. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 119-132.

REID, M.H. & DUBLIN, A.B., 1984. QUAC: A Modest Proposal for Optimal Use of CT Scanning Equipment. In: BENNETT, H.J., 1997, *The Best of Medical Humor*, Philadelphia: Hanley & Belfus, 2nd Edition, pp. 202-203. Publicado originalmente em *American Journal of Roentgenology*, 1984; 142:845-846.

REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B., 1984. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

RICOEUR, P., 1972. *A Metáfora Viva*. Porto: Rés Editora, Ltda..

_____, 1976. *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Fort Worth: Texas Christian University Press.

RÓNAI, P., 1980. *Não perca o seu latim*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 9ª impressão.

SCHRAMM, F.R., 1995. A terceira margem da saúde: a ética “natural”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, vol. I(2):54-68, nov.1994-fev.1995.

_____, 1997a. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a ‘bioética global’ de V.R. Potter. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, vol. IV(1):95-115, mar.-jun.1997.

_____, 1997b. Complejidad y conflictividad en la ética sanitaria de los años 90. *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, Chile, XXXVIII (2):23-27

_____, 1997c. Transição paradigmática e bioética leiga. *Jornal do Cremesp*, julho 1997, p. 10.

SEARLE, J.R., 1965. What is a Speech Act? In: GIGLIOLI, P.P. (Ed.), 1972, *Language and Social Context*. New York: Penguin Books, pp. 136-154.

_____, 1979. *Expression and Meaning: Studies in the Theory of Speech Acts*. Cambridge: Cambridge University Press.

SINMED, 1996. Um dia a casa cai: o desmonte do setor público (entrevista com Vice-Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Waldinez Oliveira). *Jornal do SinMed*, Ano XIII, nº 08, p. 12.

SINMED/RJ-SP, c. 1981. *Um dia na vida de um médico*. Filme utilizado em campanha de filiação ao SinMed.

SOUZA, E.R. & MINAYO, M.C.S., 1995. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, M.C.S. (org.), 1995. *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, pp. 86-117.

SPEARS, R.A., 1991. *Slang and Euphemism: A Dictionary of Oaths, Curses, Insults, Ethnic Slurs, Sexual Slang and Metaphor, Drug Talk, College Lingo, and Related Matters*. New York: Penguin Books.

STARR, P., 1982. *The Social Transformation of American Medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York: Basic Books.

TROSTLE, J., 1998. Comentário sobre PETERSON, C., 1998a. Trambiclinicas, pilantrópicos, and mulambulatorios: Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:684-685.

VAINFAS, R., (org.) 1997. *Santo Ofício da Inquisição de Lisboa: Confissões da Bahia*. São Paulo: Companhia das Letras.

VAN DELDEN, J.J.M., 1998. Do-Not-Resuscitate Decisions. In: CHADWICK, R., (ed.), 1998. *Encyclopedia of Applied Ethics*, San Diego, Academic Press, pp. 839-847.