O DNA da relação médico-paciente

The DNA of the doctor/patient relationship

Hélio Plapler*
Fabiana Carelli**

Resumo: A narrativa em medicina e nas demais áreas da saúde está se firmando como um modo de conhecimento do doente e seus males e uma forma de humanização do seu atendimento (CHARON, 2008; GALLIAN, 2012: 174-177; CARELLI, POMPILIO, 2013: 677-681; FERNANDES, 2015: 21-39; FERNANDES, 2015: 1-7). Um ponto comum entre os diversos grupos que se dedicam ao estudo da chamada "narrativa médica" é ver a relação médico-paciente como eixo motriz da compreensão entre estes dois polos do atendimento em saúde (PLAPLER, CARELLI, 2015). Hurwitz (HURWITZ, 2006: 216-240) estabelece que a consulta médica é uma forma específica de encontro que produz narrativas e, portanto, pode ser analisada narrativamente. São diversas as formas possíveis de análise textual com a finalidade de compreender como essa relação acontece e evolui discursivamente. Tal relação, contudo, tem sido avaliada apenas como um fenômeno inter-subjetivo que ocorre aleatoriamente, em que o paciente (ou suas doenças) ocupam o papel de mero *objeto* do conhecimento. Nosso objetivo é mostrar que o conhecimento construído nessa e por essa relação resulta da constituição de um vínculo específico entre elementos (tempo, cuidado, guia e atenção) construído discursivamente.

Palavras-chave: narrativa e medicina, círculo hermenêutico, relação médico-paciente

---

* Professor Associado Livre Docente do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (2013) e atualmente Professor Titular de Cirurgia (2015).

** Docente do Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa da Universidade de São Paulo. Coordenadora do GENAM-USP (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo). Diretora do Centro de Estudos das Literaturas e Culturas de Língua Portuguesa (CELP-USP). Coordenadora Editorial da Revista *Via Atlântica*. Pesquisadora da FAPESP, Bolsa BPE 2015/21548-0 (em execução).

Abstract: Narrative in medicine or, generally, in healthcare, is being stated as a form of patient care humanization (CHARON, 2008; GALLIAN, 2012: 174-177; CARELLI, POMPILIO, 2013: 677-681; FERNANDES, 2015: 21-39; FERNANDES, 2015: 1-7). An acknowledged milestone among the various groups dedicated to this study is accrediting the doctor-patient relationship as the drive shaft of the understanding between these two poles of the healthcare service (PLAPLER, CARELLI, 2015). Hurwitz (HURWITZ, 2006: 216-240) affirms that the medical consultation is a specific category of encounter which can be narratively analyzed. There are many plausible kinds of textual analysis models that make possible to better understand how this encounter discursively happens and evolves. This relationship, however, has been scientifically evaluated mostly as an intersubjective phenomenon which occurs randomly, in a way the patient (or his/her illnesses) is(are) still considered mostly as *objects* of health professionals' knowledge. Our goal here is to show that the knowledge built up through and within this relationship results from the constitution of a specific linkage among elements (attention, time, care and guidance) that are discursively built.
Keywords: narrative and medicine, hermeneutic circle, doctor-patient relationship

Introdução

Biologicamente, podemos dizer que a vida se inicia – e termina – a partir de apenas uma simples molécula, advinda da junção de dois seres que se relacionam no tempo e, na maior parte das vezes, no espaço. Esse minúsculo fragmento, no entanto, contém toda a informação biológica que um indivíduo carregará consigo por toda a sua existência e ainda transmitirá para as gerações futuras, em sucessão infinita. Desde a proposição apresentada por Watson e Crick em 1953 (WATSON, CRICK, 1953: 737-738) para a configuração da molécula de DNA, sabemos que cada uma das cadeias de nucleotídeos que a formam serve de molde para a formação de uma nova cadeia, de modo que cada molécula-filha conserva uma cadeia da molécula-mãe que se liga a uma cadeia nova proveniente de outra divisão. Os genes são sequências de nucleotídeos do DNA que contêm as informações das características do indivíduo. Como a sequência de nucleotídeos das moléculas-filhas são cópias da sequência da molécula-mãe, todas as células de um indivíduo têm a mesma informação genética, pois têm exatamente a mesma sequência de genes.

Será, porém, que apenas os traços físicos e fisiológicos passam de pais para filhos? As relações entre os seres, empatias e antipatias, percepções do corpo e do espírito poderiam também seguir o mesmo modelo?

Vejamos como se forma a molécula de DNA. Os nucleotídeos são compostos que carregam muita energia e que auxiliam nos processos metabólicos, especialmente as biossínteses, em grande parte das células. Atuam também como sinais químicos, respondendo assim a hormônios e outros estímulos extracelulares. Quando multiplicados em sequência no interior do núcleo, formam uma fita que pode ser simples ou dupla. Quando simples, é chamada de ácido ribonucléico e, quando dupla, de ácido desoxirribonucleico ou DNA. Esse DNA forma os genes, compondo os cromossomos, a base de toda individualidade.

O DNA, no entanto, não se forma aleatoriamente. As ligações entre suas fitas de nucleotídeos são realizadas por bases purínicas e pirimidínicas e seguem uma ordem determinada. As purinas são a **A**denina e a **G**uanina, enquanto que as pirimidinas são a **C**itosina e a **T**imina. Toda ligação ocorre entre uma base purínica e uma pirimidínica; mais especificamente, a **A**denina se liga à **T**imina e a **G**uanina se liga à **C**itosina (**A-T; G-C**). É essa ligação que mantém a estrutura da molécula, fazendo com que as fitas de nucleotídeos se enrosquem e adqui-

ram uma forma helicoidal, ainda individuais, porém estreitamente relacionadas (WATSON, CRICK, 1953: 737-738).

Nossa hipótese aqui é de que a relação entre seres humanos se dá, alegoricamente, de forma semelhante no plano narrativo. Se tomarmos as fitas de nucleotídeos por dois seres que se encontram, alguns quesitos devem ser observados para que haja uma ligação. No desenvolvimento desse modelo de pensamento, nossas "bases purínicas" serão a **A**tenção e a **G**uia; nossas "bases pirimidínicas", o **C**uidado e o **T**empo.

O modelo narrativo A-T / C-G

Num contexto de primeira consulta médica, dois desconhecidos se encontram, cada um com sua história de vida, seu próprio mundo. De acordo com a terminologia ricoeuriana, toda configuração narrativa é uma *mediação* entre a experiência prática e o sentido (mediação intra-discursiva) e sua "refiguração" ou "recepção da obra" pelo leitor ou ouvinte (CARELLI, POMPILIO, 2013: 677-681; RICOEUR, 2014) (mediação inter-discursiva). Nesse contexto, não existe apenas o desconhecimento entre os sujeitos desse encontro, mas um distanciamento natural, como uma névoa, turvando a visão do outro. Então se dá a palavra, a história, e a distância se encurta, a visão se aclara. Citando Rita Charon,

> [o] que se encolhe por detrás das palavras é o mundo privado refletido naquele uso singular da linguagem. 'Cada um de nós', escreveu claramente o fenomenologista Merleau-Ponty, 'possui um mundo privado; esses mundos privados são 'mundos' apenas para seus membros titulares; eles não são o mundo. (...) Nossas percepções não se abrem sobre eles'. Esse mundo privado, é claro, não pode ser experienciado por outra pessoa nem apreendido como seu titular o apreende. Entretanto, através de nossos olhares compartilhados ou simultâneos para o mundo exterior a nós dois, podemos, quem sabe, fazer contato um com o outro. (CHARON, 2015)

Pela ação da palavra, há a reação da palavra do outro, processo que se repete a cada interlocução. No entanto, como cada conjunto ação/reação gera uma **modificação de sentido** (PEIRCE, 1958; BAKHTIN, 1992; VIGOTSKI, 1998: 191), a condição anterior no relacionamento não existe mais, passando a existir uma

nova condição, não no mesmo plano, mas em um plano diverso do anterior, gerando um movimento não de vai-e-vem, mas uma espiral que leva à construção de um conhecimento partilhado (PLATÃO, 2000; PEREIRA, 2007: 337-347).

Em função dessa relação (de interlocução pela palavra como construção epistêmica), há o estabelecimento de ligações que devem seguir uma ordem determinada, não ao acaso: a **A**tenção tem ligação direta com o **T**empo (**A**ttention/**T**iming), e o **C**uidado tem ligação direta com a **G**uia (**C**are/**G**uidance), na condução do processo. Isso tem paralelo com a construção das "pontes" para o re-conhecimento do médico e do paciente, uma vez que, por meio da narrativa e de seus processos de análise, podemos instituir diferentes níveis de conhecimento e de relacionamento a partir dessas ligações (PLAPLER, CARELLI, 2015). Como demonstramos, e admitindo o conceito de "identidade narrativa" proposto por Ricoeur, "nesse ponto, o(s) 'eu(s)' dessa relação perde(m) definitivamente toda e qualquer determinação singular ao se tornar(em) pensamento, ou seja entendimento" (RICOEUR, 2014).

A relação Atenção-Tempo

A Atenção é diretamente relacionada ao Tempo; não ao tempo cronológico, mas à percepção do tempo do paciente e do tempo do médico, enquanto ser-no-mundo, enquanto "co-presentes" (HEIDEGGER, 2012). Na concepção de Santo Agostinho,

> […] como diminui ou se extingue o futuro que ainda não existe, ou como cresce o passado que já não existe, senão porque no espírito, que faz isso, há três operações: a expectativa, a atenção e a memória? Desta forma, aquilo que é objeto da expectativa passa, através daquilo que é objeto da atenção, para aquilo que é objeto da memória. (AGOSTINHO, 1973: 126)

Não há como pensar em Atenção sem entender a humanidade e o presente de cada um. Atenção implica ouvir, entender e responder de forma a ***atender*** à expectativa do(s) interlocutor(es), gerando novas proposições e novos questionamentos. É um processo dialético e dialógico, entendendo-se a dialética como "técnica da investigação conjunta, feita através da colaboração de duas

ou mais pessoas, segundo o procedimento socrático de perguntar e responder" (ABBAGNANO, 2007). Essa investigação tem como propósito demonstrar uma progressão que parte do senso comum ou opinião (dóxa) até se chegar ao entendimento elevado, a ciência enquanto conhecimento (epistheme) (SCHUVETER, BARROS, 2013).

De acordo com Rosely de Fátima Silva (SILVA, 2014), os conceitos de ephisteme (ou ciência) e dóxa (ou opinião) estão na base da discussão sobre o conhecimento em Platão, apresentados em uma dicotomia na qual a dóxa é desvalorizada devido à sua vinculação ao mundo sensível. Na *República*, Platão apresenta o seu método dialético, considerado por ele uma epistheme maior, que conduz ao conhecimento da ideia do Bem, ao conhecimento daquilo que é e que não é transitório. Para a sua teoria das ideias, a diferenciação entre o mundo sensível e o mundo das Ideias é determinante.

Aristóteles, diferentemente de Platão, não apresenta uma dicotomia mundo sensível/mundo inteligível para discutir o conhecimento científico. Em vez disso, propõe uma divisão das ciências conforme o seu objeto de conhecimento; assim, a epistheme é um conhecimento demonstrativo, silogístico, e o conhecimento do sensível é condição necessária para a sua constituição. O salto teórico de Aristóteles, em relação a Platão, e que lhe permite trabalhar com essas categorias sem se sentir oprimido por uma dicotomia inteligível/sensível em relação à ideia do Bem, é reformular o problema do ser, criando uma doutrina da substância. Assim, não há, para ele, restrição quanto às aparências, pois o "ser pode ser dito de muitas maneiras", graças à dispersão categorial por ele criada. Note-se, porém, que a dispersão é categorial, e não da substância: todas as categorias remetem/focam a substância (referência focal) (SILVA, 2014).

É sabido que Platão não considerava as tragédias elementos educacionais da e na pólis, dadas as emoções nelas representadas; os poetas e suas criações deveriam, em sua concepção, ser definitivamente banidos da sociedade ateniense do século V, malgrado o tom poético da produção platônica, testemunhado pelos seus diálogos (ainda cf. SILVA, 2014). Nesse sentido, não há como valorizar a narrativa como meio de conhecimento sem tomar como base a valorização aristotélica das formas poéticas enquanto acesso a um certo modo de saber.

Enquanto Platão concebia o conhecimento como abandono de um grau inferior por um superior, para Aristóteles, nosso conhecimento vai sendo formado e enriquecido por acumulação das informações trazidas por todos os graus, de

modo que, em lugar de uma ruptura entre o conhecimento sensível e o intelectual, há continuidade entre eles. Assim, as informações trazidas pelas sensações se organizam e permitem a percepção. As percepções se organizam e permitem a imaginação. Juntas, percepção e imaginação conduzem à memória, à linguagem e ao raciocínio (SILVA, 2014).

No contexto da saúde, a narrativa traz consigo um conhecimento que abrange todas as informações trazidas por ambas as partes envolvidas. Dessa forma, nosso modelo de construção do conhecimento a partir de uma suposição – que caracteriza o início da relação profissional da saúde/paciente – segue o princípio aristotélico da fusão de percepções que ocorre no processo narrativo, e não o princípio platônico, que categoriza hermeticamente a ascensão da suposição, passando pela opinião acreditada, pela razão científica e pela inteligência filosófica, modelo que parece predominar na relação médico/paciente tal como vem se constituindo nas últimas décadas.

A narrativa está, como salienta Ricoeur, estreitamente ligada ao tempo, em uma relação recíproca em que cada fato narrado (pela narrativa histórica ou ficcional) remete a uma temporalidade correspondente, trazida pela análise existencial do tempo (RICOEUR, 1980: 169-190). Em medicina, ao denominarmos "história pregressa da moléstia atual" os fatos apresentados, seja pelo paciente, pelo médico ou por qualquer profissional de saúde atuante no processo de restabelecimento da saúde, já estamos classificando como narrativa essa relação entre os participantes e, portanto, tal relação já está sujeita a essa análise existencial, que só pode ser entendida como tal a partir do envolvimento mútuo. Na visão de Ricoeur, "[…] existe entre a atividade de narrar uma história e o caráter temporal da experiência humana uma correlação que não é acidental, mas apresenta uma forma de necessidade transcultural. […] [Assim,] a narrativa alcança sua significação plenária quando se torna uma condição da existência temporal" (RICOEUR, 2004: 139-168). E ainda, segundo a concepção agostiniana de tempo,

> […] quando relatamos acontecimentos verídicos do passado, o que vêm à nossa memória não são os fatos em si, que já deixaram de existir, mas as palavras que exprimem as imagens dos fatos, que, através de nossos sentidos, gravaram em nosso espírito suas pegadas. (AGOSTINHO, 1973: 126)

Se empregarmos, então, – pacientes e corpo clínico – os recursos de análise linguística e literária para entender o significado dos discursos, entre eles os narrativos, podemos atender (*give Attention*) às necessidades existenciais (*Timing*) de cada um. Longe, porém, de ser uma tarefa executada ao acaso, essa análise deve seguir as normas do que podemos chamar de "cientificidade histórica", que gere um conhecimento sem cair no empirismo ou no relativismo social. Empregamos o termo "cientificidade", neste contexto, em sentido amplo, como uso de um método estruturado de pesquisa e análise, e o termo "histórica" de acordo com a origem grega da palavra história (ίστορία), de busca do conhecimento, como utilizado pelos Jônios no século VI a.C. (PIZZOLATTO, 2008: 1). Está formado, assim, o par A-T do modelo narrativo que propomos aqui.

A relação Cuidado-Guia

Já o Cuidado, seja ele entendido como tratamento, seja como cuidado heideggeriano do ser-aí (*Dasein*) (AYRES, 2004: 16-29), não pode ser dissociado do aconselhamento, do relacionamento humano. Cuidado em sentido próprio e cuidado na cotidianidade (*Alltäglichkeit*) se intercomunicam, perfazendo um dos pontos-chave da fundamentação do ser-aí no mundo (ALMEIDA, 2008: 1-16). Cuidado é preocupação e entendimento. Se o cuidado como auto-preocupação envolve o entendimento de si, cuidado como preocupação com o outro implica o entendimento do outro, o que para Heidegger representa um pré-entendimento do ser. Este pré-entendimento "precede o desenvolvimento de um conceito de ser e a habilidade de articular um significado definido de ser". Ou seja, preocupação (Cuidado) é o fundamento do ser-em-si "como co-presença dos outros nos encontros dentro do mundo" (HEIDEGGER, 2012). Para se chegar, portanto, ao entendimento, é necessária uma interpretação que confira sentido ao que se expressa de ambas as partes, para se atingir a compreensão. Segundo Gadamer, "a linguagem é o médium universal em que se realiza a própria compreensão. A forma de realização da compreensão é a interpretação" (GADAMER, 1997: 719), entendida não como desvelamento de um sentido previamente dado, mas como **construção**.

Pela capacidade de interpretar e construir sentido pelas narrativas chega-se, então, ao nível do entendimento, que, por sua vez, é um novo pré-entendimen-

to para um novo sentido: prefiguração, configuração, refiguração ricoeurianas (RICOEUR, 2004: 139-168). Entendimento é "a relação dialógica estabelecida entre o que é dito, as formas da comunicação verbal e o gênero de discurso", segundo Bakhtin (BAKHTIN, 1992: 277-326). Em termos da hermenêutica filosófica gadameriana, o círculo hermenêutico, ou círculo do entendimento, nunca pode ser visto como um círculo vicioso. Em Heidegger também já não o era:

> Mas se a interpretação já deve se mover cada vez no entendido e deve dele se alimentar, como pode ela produzir resultados científicos sem andar em um círculo, sobretudo se o entendimento proposto ainda se move, além disso, no conhecimento comum do homem e do mundo? Mas o *círculo*, segundo as regras mais elementares da lógica, é *circulus vitiosus*. [...]
> *Mas ver nesse círculo um* vitiosum *e ficar em busca de como evitá-lo ou, pelo menos, 'senti-lo' como inevitável imperfeição significa que se entende mal o entender a partir de seu fundamento*. [...] O decisivo não é sair do círculo, mas nele penetrar de modo correto. Esse círculo do entender não é um círculo comum, em que se move um modo de conhecimento qualquer, mas é a expressão da existenciária *estrutura-do-prévio* do *Dasein* ele mesmo. [...] Nele se abriga uma possibilidade positiva de conhecimento o mais originário, possibilidade que só pode ser verdadeiramente efetivada de modo autêntico, se a interpretação entende que sua primeira, constante e última tarefa consiste em não deixar que o ter-prévio, o ver-prévio e o conceber-prévio lhe sejam dados por ocorrências e conceitos populares, mas em se assegurar do tema científico mediante sua elaboração a partir das coisas elas mesmas. (HEIDEGGER 2012: 431-3; itálicos do autor)

Em termos gadamerianos, só se pode construir uma visão e uma concepção voltadas para o futuro a partir da reinterpretação do passado (BERNSTEIN, 1983 320). A estrutura circular desse tipo de pensamento, no entanto, pode nos remeter a uma visão estagnada do conhecimento, ou a uma "passividade cognitiva", conforme ressalta Costa:

> [Percebe], na verdade, é uma palavra ruim, pois indica uma espécie de passividade cognitiva, como se as relações entre a norma e os seus variados contextos fossem simplesmente apreendidas por meio de uma observação inerte. Porém, tais relações precisam ser ativamente traçadas, para que a pessoa se torne

> consciente das variadas implicações de uma informação dentro do seu horizonte de conhecimentos. E, na medida em que relacionamos essas informações com aquelas que já tínhamos, passamos a conhecer melhor todas elas. [...] Assim, uma metáfora mais adequada para descrever a compreensão seria a imagem da espiral, pois, a cada volta, em vez de retornarmos ao mesmo lugar, avançamos para níveis maiores de complexidade. (COSTA, 2016: 90-111)[1]

No caso da saúde, tal espiral hermenêutica não se desenvolve unilateralmente ou isoladamente, mas implica o imbricamento íntimo dos partícipes – médico/paciente, paciente/médico – de forma a que tenham um entendimento recíproco, ou, em termos gadamerianos, uma **fusão de horizontes:**

> Gadamer defende que estamos sempre ontologicamente fundados em nossa própria situação e horizonte. Mais que isso, o que procuramos obter é uma 'fusão de horizontes', uma fusão mediante a qual nosso próprio horizonte se alargue e se enriqueça. O ponto principal de Gadamer torna-se ainda mais agudo quando nos damos conta de que, para ele, o meio de todos os horizontes humanos é linguístico, e que a linguagem que falamos [ou melhor, que fala por nós] é essencialmente aberta para entender horizontes alheios. É por meio da fusão de horizontes que arriscamos e testamos nossos próprios preconceitos. Nesse sentido, aprender a partir de outras formas de vida e horizontes é, ao mesmo tempo, conseguir uma compreensão de nós mesmos. (BERNSTEIN, 1983 320)

Depreende-se, então, que o aconselhamento profissional e a tomada de condutas (Guia) só podem ser feitos de forma coerente e eficaz se embasados na preocupação (Cuidado) com o outro e na atribuição de sentido ao discurso. Em artigo publicado na revista *Physis* (2007), José Ricardo Ayres explicita o que seria, em sua opinião, a importância dessa concepção hermenêutica nas práticas de saúde:

---

[1] Embora o autor conteste esta analogia e retorne ao conceito gadameriano de "ampliar, em círculos concêntricos, a unidade do sentido compreendido", parece-nos que esta concepção transmite a ideia de afastamento das estruturas, enquanto a espiral as mantêm unidas.

> O sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica é o de *fusão de horizontes* (GADAMER, 2004), isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados. (AYRES, 2007: 43-62)

A força da relação desse binômio Cuidado/Guia nos contextos narrativos da saúde se expressa neste excerto de Rita Charon, em que ela reconta a história clínica de uma de suas pacientes:

> (…) Hoje, com o câncer de pulmão em estado avançado, ela insiste em fazer sua densitometria óssea e sua mamografia. Ela me pergunta o que pode comer para recuperar parte do peso que perdeu. (…) Quando eu me pergunto sobre o porquê de sua ânsia por essas coisas preventivas, percebo que ela aposta em um futuro que eu ainda não enxergo. (CHARON, 2015)

Ou seja: enquanto médicos, só podemos orientar e Guiar de maneira apropriada nosso paciente se tivermos o Cuidado de entender as necessidades e expectativas desse paciente. Ao mesmo tempo, o paciente só poderá ter constituído o tipo de cuidado de acordo com sua expectativa se incorporar, de algum modo, a preocupação com o mundo próprio do médico. Embora permeada pelo tempo como fio condutor do processo, essa construção conjunta e **narrativa** – uma vez que, elaborada no presente, flete-se sobre o passado e volta-se à prospecção de um futuro – irá guiá-lo(s) por seu(s) próprio(s) mundo(s) apenas se a conduta (Guia) estiver apoiada sobre a preocupação (Cuidado) recíproca entre as partes. Eis assim formado o par G-C de nosso modelo narrativo.

Uma helicoidal hermenêutica

A partir do que propusemos acima, e fazendo uso da analogia aqui criada, acreditamos poder ir além dos pressupostos até hoje desenvolvidos pela medi-

cina narrativa (a questão interpessoal) e do conceito de círculo hermenêutico, tal como proposto por Heidegger, Ricoeur e Gadamer, no âmbito das relações de saúde. Segundo o último, "compreender uma língua [...] não encerra nenhum processo interpretativo, mas é uma realização vital", e "faz parte de toda verdadeira conversação o atender ao outro, deixar valer os seus pontos de vista e pôr-se em seu lugar" (GADAMER, 1997: 719). O reconhecimento verdadeiro do outro é, assim, não mais uma questão de interpretação dos argumentos e de aceitar empaticamente o seu lugar, já que estaríamos, assim, apenas "traduzindo" sua vivência segundo nós mesmos - mas de *reconhecer e concordar com o próprio sentido do outro, construindo com ele, a partir disso, novos sentidos*. Talvez seja essa a posição de interlocução a que Pompilio chamou de relação com um suposto "*sherpa*[2] subterrâneo":

> Como se não bastassem as centenas de artigos, livros e prática árdua e incessante que visam à resposta para a pergunta 'o que é?', ao médico urge, agora mais do que nunca, a indagação abissal: '*quem* é esse ser que sofre?' Qual é sua rede de sustentação e como tal constituição afeta esse seu, digamos logo, *ser-no-mundo*? Há ainda um *mundo*... Compreenderíamos melhor se sentíssemos as dores que sentem? Se respirássemos com a mesma dificuldade que respiram? Acolheríamos melhor se nos acometesse o medo que os acomete? [...]
>
> Parece [...] que tais respostas não se encontram no ar rarefeito da altitude. De fato e ao contrário, seria preciso um guia para as profundezas, alguém como um *sherpa* subterrâneo, senhor dos caminhos intrínsecos de seu próprio ser. Um superpaciente com poderes de expressão além-do-homem, que pudesse nos levar ao nível bruto de sua constituição primordial. Que pudesse nos conduzir à crueza e à violência de seus impulsos mais básicos, para que então víssemos, com nossos próprios olhos, onde está a semente que se desdobra em doença lá em cima, na superfície revolta e poluída das convenções sociais onde se dá o fatídico encontro. (POMPILIO, 2013: 11-23)

[2] Segundo o Dicionário Merriam-Webster, "sherpa" é o membro de uma etnia tibetana que vive nos sopés do Himalaia e auxilia estrangeiros e montanhistas nas escaladas (trad. livre do inglês – consultado em http://www.merriam-webster.com/dictionary/Sherpa, acesso em 29-06-2016). Por extensão, todo guia experiente de qualquer escalada.

Ou alguém que fosse capaz de nos guiar pela… linguagem.

A nosso ver, também é a isso que Gadamer acrescenta ao dizer: "Quando temos em mente realmente o outro como individualidade, como ocorre na conversação terapêutica [...], realmente não se pode falar de uma situação de um possível acordo" (GADAMER, 1997: 719). O acordo, o entendimento, vistos como uma espécie de totalidade ou como desvelamento de uma "verdade" essencial, nunca são possíveis, dado que cada nova interlocução gera a construção de novos conhecimentos que, por sua vez, implicam novos sentidos. Dessa maneira, cada nova ligação A-T/C-G (Attention-Timing/Care-Guidance) acontece em um plano que abarca, revê e reconstrói o anterior (CARELLI, MARQUES, 2014: 47-56) e, ao mesmo tempo, aproxima cada vez mais os participantes. Quanto mais ligações forem construídas, maior a conectividade e a força dessas conexões.

Isso faz com que as duas "fitas" antes separadas se aproximem e se **envolvam,** mantendo uma estrutura que permite a transmissão das percepções de mundo de cada um, passando-as para futuros encontros, como na transmissão genética, numa "helicoidal hermenêutica", conforme sugerido por Carelli. A diferença entre o "círculo hermenêutico", proposto por Heidegger e reproposto por Gadamer (GADAMER, 1997: 719) e Ricoeur (RICOEUR, 2004: 139-168) - ou mesmo uma suposta "espiral hermenêutica", dele derivada, - e a "helicoidal hermenêutica" está no fato de que o primeiro entende uma evolução do conhecimento por meio da mudança que a narrativa promove **no sujeito,** levando-o da compreensão à ação no mundo, mudando sua forma de agir e integrando o individuo temporal como um todo – passado histórico, futuro de expectativas e ação presente –, enquanto que a segunda entende essa evolução não apenas como a reconfiguração da narrativa pelos participantes, mas como uma ação efetiva **de um em direção ao outro,** por meio de ligações estruturadas. O círculo hermenêutico coloca o indivíduo em relação a si e ao mundo que o cerca, mas a helicoidal hermenêutica transforma os indivíduos em um conjunto coeso que exercerá sua ação nos universos práticos de todas as partes integrantes desse conjunto. As fitas deixam então de ser duas entidades separadas, isoladas, e passam a atuar juntas em prol de um fim comum: a saúde. Mas não apenas isso. Tal "DNA", assim constituído a partir da relação particular entre os seres, também se realiza e permanece, enquanto conhecimento e experiência por meio da narrativa, partilhável e, em sucessão infinita, transmissível ao futuro.

Referências

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. 5. São Paulo: Martins Fontes, 2007. ISBN 978-85-336-2356-9.

AGOSTINHO, Santo. Livro XI. *Confissões*. São Paulo: Abril Cultural, 1973. p.126.

ALMEIDA, Rogério Silva. O cuidado na primeira seção de Ser e Tempo. *Existência e arte***,** v. IV, n. IV, p. 1-16, 2008. ISSN 1808-6926.

AYRES, José Ricardo C M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Revista de Saúde Coletiva***,** v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

AYRES, José Ricardo De Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade***,** v. 13, p. 16-29, 2004. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104--12902004000300003&nrm=iso >.

BAKHTIN, Mikhail Mjkhailovitch. O problema do texto. In: (Ed.). *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. Os gêneros do discurso. In: (Ed.). *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 277-326.

BERNSTEIN, Richard J. From Hermeneutics to Praxis. In: *Beyond Objectivism and Relativism*: Science, Hermeneutics, and Praxis. Pennsilvania: University of Pennsylvania Press, 1983 p.320 ISBN 978-0-8122-1165-8.

CARELLI, Fabiana Buitor; POMPILIO, Carlos Eduardo. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação***,** v. 17, p. 677-681, 2013. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300014&nrm=iso >.

CARELLI, Fabiana; MARQUES, Davina. How to change lives with words. In: Sandberg, Eric & Scheurer, Maren (Ed.). *Culture, experience, care*: (re-)centring the patient. Oxford: Oxford Inter-Disciplinary Press, 2014. p. 47-56.

CHARON, Rita. *Narrative medicine:* honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press, 2008.

_____. *O corpo que se conta.* Por que a medicina e as histórias precisam uma da outra. São Paulo: Letra e Voz, 2015. ISBN 978-85-62939-36-3.

COSTA, Alexandre A. *Hermenêutica e linguagem.* São Paulo: Arcos. 2016, p. 90-111 .

FERNANDES, Isabel. Confronting the Other: the Interpersonal Challenge in Literature and Medicine. In: FERNANDES, Isabel*, et al.* (Ed.). *Creative Dialogues*: Narrative and Medicine. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2015. p.21-39. ISBN 1-4438-7448-5.

FERNANDES, Isabel. Introduction. In: FERNANDES, Isabel*, et al.* (Ed.). *Creative Dialogues*: Narrative and Medicine. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2015. p.1-7. ISBN 1-4438-7448-5.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método*. 3. Petrópolis: Vozes, 1997. 719 ISBN 85-326-1787-5.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Literatura e Formação Humanística em Medicina: o Experimento do Laboratório de Humanidades da EPM/UNIFESP. *Revista de Medicina* (USP), v. 91, p. 174-177, 2012. ISSN 1679-9836.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 2012.

HURWITZ, Brian. Form and representation in clinical case reports. *Literature and Medicine,* v. 25, n. 2, p. 216-240, 2006.

PEIRCE, Charles Sanders. *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*. Cambridge, MA: Weis and Burks, 1958.

PEREIRA, Maria Eliza Mazzilli. An approximation between Skinner and Bakhtin for the study of language. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva***,** v. IX, n. 2, p. 337-347, 2007. ISSN 1982-3541.

PIZZOLATTO, Marcos André. *História não é ciência?* Campinas: Editora Randal Fonseca Ltda. 2008.

PLAPLER, Hélio; CARELLI, Fabiana Buitor. Patient/Doctor Communication vs. Patient/Doctor Relation: Narrative as a Bridge in the Construction of (Re)cognition. Lisboa: Universidade de Lisboa/Fundação Calouste Gulbenkian. 2015. Paper presentation.

PLATÃO. *A República*. 1. São Paulo: Martin Claret, 2000. ISBN 8572323988.

POMPILIO, Carlos E. A tragédia da doença: bases fenomenológicas da medicina narrativa. *Revista de Letras***,** v. 32, n. 2, p. 11-23, 2013.

RICOEUR, Paul. *Tiempo y Narración*. 5. Mexico: Siglo XXI, v.I - Configuración del tiempo en el relato histórico, 2004. cap. La Triple Memesis, p.139-168. ISBN 968-23-1966-8.

_____. *Narrative Time*. Chicago: University of Chicago Press. 7: 1980,169-190 p.

_____. *O si-mesmo como outro.* São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014. ISBN 9788578278977.

SCHUVETER, Márcia Aparecida; BARROS, José Benedito De. Diálogo e dialética: semelhanças e diferenças. São Paulo, 23/02/2013 2013. Disponível em: < http://marciaschuveter.blogspot.com.br/2013/02/dialogo-e-dialetica-semelhancas-e.html >. Acesso em: 21/06.

SILVA, Rosely de Fátima. Epistheme e opinião: caminhos para o conhecimento. Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP. Marília, 2014.

VIGOTSKI, Lev Semyonovitch. *A formação social da mente*: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6ª. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 191 ISBN 85-336-0818-7.

WATSON, J. D.; CRICK, F. H. C. Molecular Structure of Nucleic Acids: A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid. *Nature*, v. 171, n. 4356, p. 737-738, 04/25/print 1953. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1038/171737a0 >.

Submetido em: 26-02-2016
Aprovado para publicação: 06-07-2016