PUC
RIO

REGINA HERZOG

# SUJEITO-DA-DOENÇA OU DOENÇA DO SUJEITO?

## - A CONSTRUÇÃO DO SER DOENTE -

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, novembro de 1987

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
http://www.puc-rio.br

REGINA HERZOG

# SUJEITO-DA-DOENÇA OU DOENÇA DO SUJEITO ?

## - A Construção do Ser Doente -

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Ana Maria Nicolaci-da-Costa

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, Novembro de 1987

150
H58&s
TESEUC

Ao Walny

## AGRADECIMENTOS

Escrever é tentar reter o que sempre escapa. Agradecer é dizer que, apesar de tudo, algo não escapa - o desejo de ter os outros junto a si; por isso, agradeço a:

- Ana Nicolaci-da-Costa - pela leitura cuidadosa, discussão das idéias, valiosos comentários e, principalmente, pela sua disponibilidade irrestrita;
- Auguste Herzog - por seu apoio incondicional;
- Clínica de Doenças Renais/RJ - pela oportunidade do trabalho;
- CNPq - pelo apoio financeiro à pesquisa;
- Denise Zaborowski - por ter compartilhado comigo deste trabalho, refletindo e buscando dúvidas para me instigar e, essencialmente, por sua profunda amizade;
- Flavia Sollero Campos - que esteve ao meu lado todo o tempo, discutindo, supervisionando e acreditando em mim;
- Luciana Herzog de Oliveira - por ter suportado minha desatenção nos momentos desta escritura;
- Marcia Herzog de Oliveira - que aprendeu para me ensinar;
- Raquel Bahiense - que mais do que revisora, foi amiga;
- Renato Herzog de Oliveira - que, apesar de tudo, aceitou os meus "nãos";
- Sérvulo Augusto Figueira - pelo incentivo e oportunidade que me proporcionou;
- Walny Bittencourt de Oliveira - por ter oferecido, em troca do meu egoísmo, sua compreensão de um modo tão doce;

- Amigos que me ouviram, pacientemente, nos momentos mais difíceis;
- Funcionários do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ) - pelo carinho;
- Professores de Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ) - pelo incentivo permanente.

# RESUMO

O pressuposto de que o sujeito é constituído por práticas discursivas remete à necessidade de explicitar como se processam estas construções.

Partindo da noção de doença, enquanto constituída e constituinte do saber médico, procuro analisar sistemática e minuciosamente como se engendra a construção do ser doente, que desemboca na categoria sujeito-da-doença.

Esta reflexão permite compreender o que se entende por hegemonia médica e, ainda, os impasses deste saber em função de uma nova racionalidade política. Para dar conta destas dificuldades, tento explicitar como a Medicina vai se utilizar de conceitos de outros saberes que tematizam a questão humana.

Uma análise elaborada torna imprescindível considerar o ponto de vista do sujeito e examinar as condições para uma percepção de si como sujeito-da-doença. Este exame revela como o sujeito se percebe e as várias atitudes que tem frente ao saber médico, indo desde uma total obediência a uma recusa total.

Procurando identificar estas atitudes, pode-se caracterizá-las como formas de resistência à ordem médica, numa tentativa de resgate de algo que escapa a este discurso - a singularidade do sujeito.

ABSTRACT

The motive that the subject is made up by discursive practices leads to the need of expliciting how such constructions take place.

Starting from the concept of illness, while constituted and constituting the physician's awareness, I try to analyze sistematically and meticulously how to beget the construction of the sick being who fits in the cathegory subject-of-the-illness.

This reflection enables the understanding of what is understood by medical hegemony and, more, the impasses of this knowledge in the function of a new political reasoning. To find a way of solving such difficulties, I try to explicit how Medicine will use the concepts of other knowledges that constitute the theme of the human question.

A detailed analysis requires taking into account the subject's point-of-view and examining the conditions to a self-perception as subject-of-the-illness. This exam discloses how the subject can perceive himself and the several attitudes that he has confronting medical knowledge, from full obedience to full refusal.

Trying to indetify these attitudes, one can characterize them as resisting forms to the doctor's orders, in an attempt to redeem something that escapes this discourse - the uniqueness of the subject.

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO ..... 1

CAPÍTULO I - A CONSTITUIÇÃO DA NOÇÃO DE DOENÇA ..... 13
- Noção de Doença e Constituição da Medicina Total na Grécia ..... 17
- Noção de Doença a Partir do Renascimento ..... 20
- A Anatomia-Patológica e a Doença ..... 26
- A Questão da Organicidade na Doença ..... 28
- Impasse Metodológico: Variação quantitativa x alteração qualitativa ..... 32
- A Doença - o que permanece ..... 34

CAPÍTULO II - A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO-DA-DOENÇA PELO SABER MÉDICO E SUAS IMPLICAÇÕES ..... 39
- A Constituição do Saber Médico ..... 42
- A Constituição do Saber Médico: um exemplo ..... 48
- Sujeito-da-doença e não Doença do Sujeito ..... 52
- A Hegemonia do Saber Médico na Atualidade ..... 56

CAPÍTULO III - HEGEMONIA MÉDICA E APROPRIAÇÃO DE SABERES ..... 62
- A Necessidade de outros saberes ..... 64
- Medicina e Psicanálise: Articulação no Plano Teórico ..... 69
  .A Questão da Cientificidade na Psicanálise ..... 71
  .A Questão da Técnica e da Difusão Psicanalíticas ..... 73
  .A Questão da Influência da Psicanálise na Medicina ..... 76
- Medicina e Psicanálise: Articulação no Plano da Prática ..... 79
  .Relação psique/soma e a Psicossomática ..... 83
  .Relação médico/paciente e Grupo Balint ..... 84
  .Referências na Prática ..... 85
- Consequências da Apropriação de Saberes para a Hegemonia Médica.... 88

CAPÍTULO IV - A PERCEPÇÃO DE SI COMO SUJEITO-DA-DOENÇA ..... 91
- Tipos de Poder que Tornam os Seres Humanos Sujeitos ..... 92
- Raízes Sociais da Percepção de Si como Sujeito ..... 95
- "Tornar-se Doente" - "Estou Doente"/"Sou Doente"/"Sou Paciente"....102

Pág.

CAPÍTULO V - FORMAS DE RESISTÊNCIA AO SABER MÉDICO ..... 110
- Sobre as lutas contra o "Governo da Individualização" ..... 112
- Sobre as Atitudes do Paciente frente ao Saber/Ordem Médica ..... 114
- Sobre a Positividade da Resistência ..... 120
- Sobre o que Escapa ao Discurso Médico: A Singularidade ..... 125

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 130

# INTRODUÇÃO

Desde o Olimpo, a questão da vida e da morte humanas é um tema de primeira grandeza.

Passaram-se os tempos e cada época trazia novas contribuições, diferentes maneiras de propor soluções, seja priorizando uma em detrimento da outra ou vinculando-as a uma terceira questão.

Todavia, permanecia a pergunta sobre a origem da vida, sua evolução e seu fim, na morte.

Na atualidade, muitas questões parecem respondidas quando a concepção "in vitro" não é mais ficção, quando em lu-

gar de um coração, pode-se colocar outro ou quando, simplesmente, é possível adiar a morte.

Diante de tamanho progresso, no entanto, afloram, aqui e ali, reivindicações que soam, à primeira vista, um tanto estranhas - homens clamam pelo direito de decidir sobre sua própria morte numa situação terminal; outros reclamam o direito de prolongar a vida em nome de futuras descobertas.

Mediada pela doença, vida e morte estão, ainda, na ordem do dia. Parece que, antes de tudo e mais uma vez, se impõe a necessidade de dar um sentido a estas questões. Imposição tão antiga quanto o Olimpo que procurou no mito este sentido.

Mesmo não pretendendo encontrar respostas definitivas, escrever este texto é buscar um sentido para estas questões humanas e que poderiam, num primeiro momento, ser identificadas como de ordem prática.

Tendo dado início a um trabalho com doentes orgânicos crônicos, no caso, com insuficiência renal crônica, numa Unidade de Tratamento, procurei ordenar uma série de leituras, experiências, relatos e impasses na tentativa de sistematizar uma atuação psicológica dentro desta área.

A insuficiência renal crônica se caracteriza por uma redução progressiva da função renal necessitando-se, para sobreviver, de um transplante ou de um tratamento com a finalidade de substituir os rins em suas funçoẽs vitais, através de uma máquina ou uma bolsa.

Os primeiros contatos e leituras permitiram constatar a singularidade da problématica - enfrentando uma situação

radicalizada, o doente orgânico crônico precisa, para sobreviver, submeter-se a um tratamento específico e diferenciado. Observei como a ocorrência de uma disfunção ou de uma modificação orgânica cria uma situação de desequilíbrio, na medida em que o corpo se torna inadequado para cumprir suas funções. Esta modificação, por sua vez, vai remeter a um sentimento de diferença e a dependência de algo que lhe é estranho - tratamento, máquina ou aparelho - remete, também, à necessidade de integrá-lo a sua própria imagem corporal.

Assim sendo, ao lado do sentimento de impossibilidade de manter uma homeostase a partir de seus próprios recursos internos se verifica, também, um sentimento de não integração do corpo. Por outro lado, o tratamento, a máquina ou o aparelho, representa, objetivamente, a possibilidade de um certo retorno ao equilíbrio orgânico e exige, simbolicamente, sua incorporação à imagem corporal para permitir a reinserção do indivíduo no processo dinâmico e produtivo de sua existência. Enfim, uma situação que se apresenta como uma radicalização da própria condição humana, pois dá ao indivíduo a perspectiva concreta da morte.

Depreendi como, tratando-se de uma questão orgânica, o saber médico possui um papel importante na circunscrição desta problemática. Na atualidade, os avanços tecnológicos permitem que a Medicina, através da utilização de uma aparelhagem cada vez mais sofisticada e eficaz, promova a substituição de várias funções vitais (como, por exemplo, rim e pulmão artificiais, marca-passo). Processa-se uma mudança significativa na medida em que a Medicina possibilita o deslocamento da frontei

ra entre a vida e morte.

Dentro deste contexto, pude esboçar os primeiros objetivos do trabalho que se iniciava. De uma forma mais ampla, propor uma leitura da problemática do doente orgânico crônico, fundamentada na compreensão de que a questão que se coloca, nesta situação é, em última análise, a própria questão do indivíduo em sua necessidade de representar psiquicamente o corpo.

A execução deste objetivo forneceria,por sua vez, subsídios para uma prática, sistematizando uma metodologia de atuação psicológica a fim de promover uma melhor qualidade de vida para o doente orgânico crônico. Cabe a ressalva do que significa, aí, melhor qualidade de vida - não se trata de impor um determinado modelo de vida, mas, sim, criar condições para que o indivíduo possa lidar com a situação - limites e exigências - ampliando suas possibilidades de existência.

Quanto à pertinência do estudo e do trabalho estava referida a uma questão colocada pelas equipes (médica e paramédica) com respeito ao atendimento deste grupo. Segundo relato destes profissionais, verifica-se, com freqüência, uma piora gradativa e sistemática do estado de saúde do paciente, muito embora apresente condições de estar clinicamente estável. Estas condições dizem respeito tanto a constatação de resultados clínicos e laboratoriais tidos como "normais", quanto às prescrições adequadas, como, por exemplo, a equipe estar dando o melhor de si, estar utilizando todos os recursos disponíveis.Um pensamento que traduz esta situação é: "nós (equipe) fazemos e

Deus desfaz" (sic). Quanto à piora gradativa e sistemática, tanto se refere ao paciente "não estar colaborando" (sic), mostrando-se indiferente ao esforço da equipe, quanto ao médico afirmar que "apesar de ser o melhor para ele, insiste em desobedecer" (sic).

Entretanto, uma questão se impôs à multiplicidade de problemas que a situação trazia. Uma questão anterior e sobre a qual não havia colocado muitas dúvidas, pois se me afigurava transparente. Era simples e concisa: quem eram aqueles sujeitos para os quais pretendia sistematizar uma atuação psicológica ? Deveria dizer que eram ou estavam doentes ?

É interessante notar que a interrogação recai sobre estar ou ser e não sobre doente. Tentei recolocar a questão em outros termos, como ser ou não-ser doente. Tentativa infrutífera, pois se quisesse levar às últimas conseqüências o não-ser doente, voltava inexoravelmente para o ser-doente. Artimanhas de nossa língua, jogo de palavras, talvez.

Todavia, a língua me colocou um impasse. Este texto é uma tentativa de resposta ou, pelo menos, de ludibriar esta mal/bem dita língua que esconde o fato na transparência da fala.

Para empreender tal tarefa, procurei quem de fato e de direito deveria ter algo a dizer - os médicos. Mas como resposta obtive explicações "as mais claras possíveis" (sic médico) sobre a doença. Com relação a se estavam ou eram doentes, isto não se colocava como problema para aquela área. A doença estava lá e precisava ser tratada.

Desta forma, percebi a necessidade de uma investigação mais elaborada, que perseguisse a categoria de doença em suas manifestações e articulações. Com este objetivo, utilizei-me de uma estratégia que denominei de des-construção, no sentido de uma análise detalhada e sistemática da forma como se constituem os fatos, saberes, discursos relacionados à questão nos quais estão inseridos de algum modo. Procurando, com isso, deslindar razões e desrazões, objetivos, intenções e determinações, condições de existência, além dos efeitos implicados. Mais sucintamente, procurei colocar em questão o que se apresentava claro e transparente, as construções aparentemente, tão sólidas.

Assim, procurei me desvencilhar de noções tão positivas como a de corpo fisiológico, que não é fruto "de um modo natural de perceber o corpo, algo que fosse congênito ou um dado imediato para a percepção. A percepção é um constructo, que se faz ao nível de várias modalidades sociais" (Katz, 1979, p. 43).

Muito pelo contrário, pode-se dizer que o "fato biológico - morte, nascimento ou doença - tudo o que é de natureza e a que concedemos um privilégio de necessidade e de objetividade" (Baudrillard, 1976, p. 202)* é um artifício dos mais eficazes para o estabelecimento de uma relação de poder. É exatamente no cruzamento da necessidade e da objetividade que se vai

---

*A tradução das citações referentes à bibliografia estrangeira, assinaladas com asterisco, são de minha responsabilidade.

dar à ciência uma imunidade, possibilitando com isso um saber/poder sobre o sujeito.

Assim, tendo presente que o ser humano está inserido na sociedade através de uma cadeia simbólica, o corpo tem um sentido neste contexto:"Instituição com características peculiares, o corpo, além disto, transversaliza ativamente, no plano de expressão, várias instituições, presentificando-se como seu agente causador concreto" (Katz, 1977, p. 167).

Desta forma, o primeiro capítulo deste estudo trata da questão da noção de doença, sua constituição e possíveis implicações. Aí, procuro mostrar como, através dos tempos, as mudanças ocorridas, tanto a nível epistemológico quanto tecnológico, não impediram que esta noção fosse vista como uma entidade, um mal, como diziam os antigos. À revelia da evolução tecnológica, das descobertas científicas, dos diversos pontos de vista, a necessidade de dar à doença um caráter ontológico está referida a própria condição de possibilidade de estruturar o saber médico. É assim que se pode concluir que, mesmo constituída pelo saber médico, a doença também o constitui.

Para discutir esta idéia, tomei como ponto de partida o pensamento helênico e procurei apontar como a noção de doença é compreendida em vários momentos da história até o século XIX, onde,com o advento da Anatomia-patológica, por volta do século XIX, uma nova configuração se produz: localiza-se a doença no corpo do morto. Quanto àquelas que não podem ser "vistas", a Microbiologia vai propor, mais tarde, uma explicação.

A correlação doença-lesão estabelece uma divisão das doenças em orgânicas e nervosas que, por sua vez, remete à discussão das noções de psique e soma. A tentativa de dar conta desta oposição se verifica na metade do século XIX, com a psiquiatria inscrevendo o louco na doença; já no XX a Psicossomática propõe uma integração destes dois aspectos.

O rastreamento da noção de doença permite entrever que, a despeito de todas as formas, o que parece permanecer é o fato da própria doença.

Dando prosseguimento a esta investigação, o segundo capítulo pretende analisar a constituição do saber médico a partir da noção de doença e de que modo esta constituição vai dar acesso à instauração de um sujeito-da-doença.

Situando o nascimento da Medicina moderna em fins do século XVIII, procurei mostrar como o saber médico vai sendo gradativamente valorizado enquanto "uma estratégia bio-política" (Foucault, 1974a). Com o advento do capitalismo, que "socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho (Foucault, 1974a, 2ª conf.p.3), a Medicina vai ganhar um novo estatuto. Sua ascensão, entretanto, ocorre paulatinamente, começando como uma Medicina do Estado (início do século XVIII, principalmente na Alemanha em que se privilegia "o Estado como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos" (Foucault , 1974a, 2ª conf. p.4); a seguir, passando por uma "Medicina das condições de vida, do meio de existência (Foucault, 1974a, 2ªconf.

p.17) que vai permitir sua inserção na categoria de ciência" e finalmente, a uma Medicina da força de trabalho, onde vai se verificar um controle mais completo dos indivíduos, pela assistência e intervenção médicas.

Neste contexto, retomo á análise de Michel Foucault (1984) que procede a uma investigação com o objetivo "de determinar as condições de possibilidade da experiência médica, tal como a época moderna a conheceu" (Foucault, 1980, p. XVIII). Esta análise permite entrever como o saber médico vai possibilitar um controle mais refinado do indivíduo na nova racionalidade política que vai se configurar a partir do século XIX e cujo objetivo maior é a sujeição do ser humano.

Instituída como saber, a Medicina vai, por seu discurso, dar uma configuração concreta a sua prática. Como procuro apontar é pela constituição de um sujeito-da-doença que fica assegurada a hegemonia do saber médico (a título de exemplo, procedo à descrição de uma doença, procurando caracterizar sua linguagem especializada e específica).

Para finalizar, procuro evidenciar a hegemonia do saber médico na atualidade, onde a sociedade aparece medicalizada.

No terceiro capítulo, procuro salientar como emergem, em contraposição à hegemonia médica, no início do século atual, várias linhas de pensamento que têm como objetivo recolocar a questão do indivíduo enquanto subjugado e submetido a um tipo de poder que encontra na Medicina uma de suas expressões mais

contundentes.

Caracterizando as dificuldades da Medicina para manter uma posição hegemônica, distingo dois tipos de impasses. O primeiro, de ordem interna, diz respeito a sua coerência interna - ou seja, o compromisso ontológico com a entidade doença - e ao que institui como verdade - na medida em que se pretende uma teoria explicativa do homem. O outro, de ordem externa, se relaciona com a exigência de uma estratégia de atuação específica gerada pela racionalidade política - onde se privilegia o Estado para o indivíduo e não o indivíduo para o Estado.

Para responder a estes dois impasses, procuro mostrar como o saber médico vai buscar em outros um suporte para seu próprio discurso.

Discorrendo brevemente sobre a emergência destes outros saberes (como, por exemplo, a Psicanálise e a Sociologia) que pretendem recolocar a questão do normal/patológico, passo a examinar a articulação da Psicanálise com a Medicina, mostrando de que forma esta vai se apropriar de vários conceitos psicanalíticos para dar conta de seus impasses. A título de exemplo, exponho, sucintamente, as idéias de alguns artigos e pesquisas psicológicas que procedem de acordo com estes objetivos.

Tratando-se de um estudo que concerne ao doente, não poderia deixar de analisar o ponto de vista do próprio sujeito que se percebe como sujeito-da-doença. Neste sentido, o quarto capítulo tem por objetivo colocar em relevo este aspecto.

Retomando a análise de Michel Foucault sobre os tipos de poder que tornam os seres humanos sujeitos e que caracteriza como "governo da individualização", é possível pensar a questão de como o sujeito se percebe a si próprio como sujeito passível de ser sujeito-da-doença e/ou sujeito-da-doença.

O corpo sujeitado pela doença expressa de uma forma concreta como se estabelece uma relação de poder. Procurando analisar esta configuração, tento caracterizar, primeiramente, as condições externas para a percepção de si como sujeito e, em seguida, a articulação interna - como o próprio sujeito se vê.

As raízes sociais da percepção de si como sujeito remetem aos diversos discursos sobre/do sujeito que correspondem a estratégias de determinados sistemas (religioso, da medicina e outros). Todavia, do ponto de vista do sujeito, a condição para uma percepção de si como sujeito passível de ser sujeito-da-doença e/ou sujeito-da-doença está presente na medida em que se vê, de um lado, cuidado pelo Estado e, de outro, cuidando de si.

A partir daí, procuro mostrar como decorre o "tornar-se doente", termo genérico que abrange três formas seqüenciais: "estou doente", "sou doente", "sou paciente".

No quinto capítulo, procuro mostrar como, a despeito da construção de um sujeito-da-doença e da própria percepção de si como tal ocorre, por parte do paciente, atitudes que se contrapõem à ordem médica.

Partindo da análise de Foucault sobre as lutas que se exercem contra o governo da individualização, traço um paral e

lo, distinguindo as várias atitudes frente ao saber médico - a de obediência, de resistência em nome de alguma outra "verdade" e a de rebeldia.

Descrevendo estas atitudes, procuro detectar a positividade das formas de resistência ao saber médico. Esta análise permite entrever que algo escapa ao discurso médico. Retomando o ponto de vista do sujeito, procuro apontar qual a reivindicação que se manifesta nestas resistências. O que se apresenta é uma tentativa de resgate de seu próprio corpo (na acepção de todo o seu ser) através de uma contestação sistemática ao saber médico.

Esta reflexão levanta uma infinidade de questões. A trajetória proposta - des-construção do que parece tão solidamente ordenado - pode dar a impressão de um caminho a ser destruído, de um des-dizer. Não se trata disto. Procurar um sentido nesta ordem caótica é o que impulsiona a trajetória. Tentar dizer de outra forma, privilegiando o tentar, porque sobre o que incide o dizer, só nos resta o discurso; e quase sempre, mítico.

# CAPÍTULO I

## A CONSTITUIÇÃO DA NOÇÃO DE DOENÇA

A explicitação da noção de doença torna-se necessária quando o estudo que se pretende desenvolver tem, nesta categoria, um dos focos de sua atenção.

É importante frisar que, num primeiro momento, esta categoria não me suscitou muitas dúvidas, considerando-a absolutamente pertinente para designar aqueles sujeitos portadores de uma problemática orgânica crônica com a característica de gravidade e que se mantinham vivos graças a uma ação médica específica. Parecia simples tomar esta categoria e trabalhar a partir dela como de um fato já dado. Foi quando comecei a falar,"naturalmente", sobre estes sujeitos, que as primeiras dificuldades apareceram.

Tendo presente a proposta de proceder a uma des-construção, ou seja, uma análise sistemática colocando em questão o que está construído, percebi o quão envolvida me encontrava nas malhas de um discurso que nem sequer era o meu. Ao receber esta categoria do discurso médico, as questões que se colocavam diziam respeito, fundamentalmente, aos critérios que definiam primeiro, o que era a doença; a seguir, a dificuldade crescia quando tentava discernir entre ser ou estar doente. E, ainda, qual o princípio que regia a diferença entre uma doença orgânica e não-orgânica, pois, com freqüência, os médicos aludiam ao fato de que determinado sujeito não estava doente, tratava-se simplesmente de "piti" (sic).

Estas questões punham em dúvida a precisão e a simplicidade com que os médicos discorriam sobre o assunto. Considerando sem sentido tentar empreender uma análise fora do contexto onde se encontra esta categoria, optei por procurar no discurso médico os fundamentos de tal concepção[1].

Tendo exposto o porquê da necessidade de definir esta categoria e onde é pertinente procurá-la, me proponho a empreender este percurso (per) seguindo, através dos tempos, a concepção de doença orgânica crônica. A origem desta trajetória será fixada no pensamento helênico, berço do pensamento ocidental. Esta deliberação traz, também, em seu âmago, a crença de que todo e qualquer saber é constituinte e constituído por uma

[1] Estou ciente da pertinência de se questionar tal postura que parece partir da constatação de se tratar, unicamente, de uma construção médica. Mas, por enquanto, esta questão não se coloca, visto que me deparo com uma competência, a do saber médico, que diz dar conta desta categoria. É no percurso deste trajeto que poderei encontrar ou não, o que lhe escapa.

determinada concepção de mundo. Neste sentido, a Medicina não está, de forma alguma, desvinculada de um processo mais global, abrangendo todo pensamento político, social, cultural e econômico que atravessa a história da humanidade.

Resta, agora, delinear como se fará este percurso. Primeiro, pretendo mostrar de que modo se articula, em torno de determinadas situações, sejam de ordem social, política, econômica ou culturais, um discurso sobre e do sujeito. O que significa que é sempre possível empreender outros discursos, bastando privilegiar um dos aspectos do conjunto.

No decorrer da evolução, melhor dizendo, das formas através das quais tenta compreender o homem, a Medicina sempre acompanhou as idéias desenvolvidas através dos tempos, compondo um conjunto homogêneo de pensamento que transita entre as várias tendências filosóficas. Mas não se deve esquecer que existe uma e a mesma preocupação presente nestas várias tendências- a de compreender o homem com a intenção de capturá-lo dentro de uma concepção científica (ainda que esta noção possa ter inúmeras conotações).

Assim, partindo de uma determinada forma de falar do/ sobre o homem e o mundo, o pensamento helênico vai possibilitar a emergência de um saber denominado Medicina. A forma que estabelece a doença enquanto objeto de estudo do corpo responde a uma exigência (metodológica) das idéias dominantes deste período com uma intenção bem precisa - a necessidade de dar conta da morte no homem, ou, em outros termos, a questão da sua finitude. Esta necessidade vai dar à doença um caráter ontológico,

ainda que permaneça estreitamente vinculada à problemática do homem como um todo.

A evolução do pensamento médico, em sua tentativa de delimitação de campo e sistematização enquanto ciência, vai permitir a introdução da dicotomia soma e psique que aponta para a diferença entre doença orgânica e mental. A descrição desta evolução, numa seção do presente capítulo, fornecerá subsídios para depreender como e porque isto vai ocorrer e mostrar de que maneira a Psiquiatria e, mais tarde, a Psicossomática propõem a resolução deste impasse.

Em conseqüência desta configuração, mas atrelada à noção de doença, emerge a questão do homem enquanto doente sustentando, nos tempos atuais, a discussão de termos tais como: norma, média, anormalidade e outros. A instituição destes parâmetros, que se pode traduzir pela díade normal/patológica, vai permitir trazer à tona a questão da cronicidade e da terminalidade da doença, na medida em que a Medicina passa a se constituir hegemonicamente como um saber que vai dar conta da vida e da morte.

Todo o percurso a ser efetuado tem por objetivo mostrar que a constituição da noção de doença orgânica crônica está referida a um saber específico - a Medicina - que pretende lhe dar um caráter ontológico, persistindo através dos tempos até os nossos dias.

Noção de Doença e Constituição da Medicina Total na Grécia

Não sendo objetivo deste estudo a análise histórica das condições para a constituição de uma Medicina no mundo helênico, alguns indicadores fornecem importantes subsídios sobre como a doença é pensada nesta época.

Com relação à democracia grega, pensá-la em termos de total igualdade entre os cidadãos é não só insensato como irreal. Existia uma diferença de classes e a divisão social de trabalho vai exigir uma re-elaboração no sentido de articular "a unidade na diversidade das funções sociais não rigidamente hierarquizadas..." (Katz, 1977, p. 172).

Como forma de pensar esta questão tem-se o conceito de pólis no sentido de um organismo

> "no seu centro, é claro, pois pensou-se através dos que detinham o poder dos meios de produção social, de onde a palavra, filosófica ou não, sempre se tornou, como reitora e regida, produzida e produtora, proclamante deste centro determinativo" (Katz, 1977, p. 173).

Por outro lado, encontram-se as noções da filosofia da natureza, tais como, adequação "segundo a idade e suas forças" (Jaeger, 1962, p. 786)*; "proporcionalidade entre os elementos fundamentais do organismo ou da natureza em conjunto como o estado são e normal" (Jaeger, 1962, p. 787)*; o paralelismo entre "as perturbações de saúde" e "crises políticas".

As noções de visível, que têm a ver com o sensível, e invisível, com a inteligência, enquanto "duas categorias universais" (Katz, 1977, p. 174) também se encontram presentes no

pensamento grego. Enfim, o próprio conceito de physis que engloba homem e natureza.

Estes indicadores permitem entrever como a noção de doença se acha estreitamente relacionada com as questões filosóficas. Representando o pensamento desta época, Hipócrates funda uma medicina que, se por um lado está conforme às idéias vigentes, não se constituindo separada de uma filosofia da natureza, por outro fornece as bases para a possibilidade de se pensar a doença fora do âmbito do Olimpo, mesmo que isso só se verifique "devido à sua condição de sacerdote e à sua ilustre ascendência" (Clavreul, 1983, p. 72).

Neste sentido, a constituição da Medicina enquanto saber se acha vinculada a uma forma de conceber a problemática das doenças. No ensaio Sobre a enfermidade sagrada (in Jaeger, 1962)* se estabelece que a epilepsia" a tal enfermidade sagrada não é nem mais nem menos divina que qualquer outra e responde a causas naturais tanto quanto as demais. Todas as enfermidades são divinas e humanas". (Jaeger, 1962, p. 788)*. Mais do que uma simples questão de retirar da divindade a competência para tratar do homem, a doença vai se constituir como possibilidade de estabelecer uma relação de poder fundamentada em outras bases. Todavia, esta transposição não ocorre abruptamente e, num primeiro momento, a Medicina "não se acha nitidamente separada, (...), da vida geral do espírito, mas sim procura conquistar um lugar fixo dentro dela" (Jaeger, 1962, p. 793)*. Entende-se, assim, como a Medicina, neste começo, participava de um projeto mais amplo (social, político e religioso) na batalha contra o mal. O homem, identificado com a natureza, sua harmonia

e equilíbrio tinha um sentido dentro da harmonia e do equilíbrio da natureza. A título de exemplo vemos como uma

> "Medicina mais totalizante, pensada em suas relações cosmológicas, era a do corpo do homem rico da pólis, enquanto o corpo do escravo seria tratado através de concepções de uma Medicina natural, onde o Cosmos não era exercido, mas dado, e o equilíbrio (que marca a saúde) seria dado pelas condições que a própria existência cósmica possibilita" (Katz, 1977, p. 178).

Esta exposição permite depreender que a doença é vista, aí, dentro de uma concepção dinâmica onde se pressupõe que "a natureza (physis) tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença" (Canguilhem, 1982, p. 20). Neste sentido, mesmo que se verifique a dicotomia psique e soma no mundo helênico, era entendida num âmbito mais amplo. É desta forma que é conferido a Hipócrates o título de

> "fundador de uma Medicina total, considerando o doente em sua unidade organo-psíquica, descrevendo seu "estado de doença", assim como seu "comportamento de doente",seu "temperamento" constitucional fator de resistências e de fraquezas, como também a agressão patogênica" (Mucchielli, 1961, p. 10)*.

Instituindo a doença como um fato, ainda que vinculado à ordem da natureza, Hipócrates constitui o objeto de estudo da Medicina, dando-lhe, conseqüentemente, um estatuto dentro da ordem racional, que está calcada na necessidade de "explicitar o visível" (Katz, 1977, p. 174). É através desta concepção que Hipócrates poderá se separar da filosofia da natureza e conver

ter a Medicina numa ciência voltando-se "para o empirismo e para a minuciosa observação dos requisitos de cada caso concreto" (Jaeger, 1962, p. 799)*.

A paternidade, conferida a Hipócrates, não só marca o lugar dos primórdios da Medicina, mas também indica a possibilidade para nossa cultura de uma tradição filosófica de conhecimento já que

> "foram os médicos gregos, (...), os primeiros que foram capazes de criar um sistema teórico que pudesse servir de base de sustentação a um movimento científico" (Jaeger, 1962, p. 786)*.

A partir deste ponto é possível acompanhar as transformações ocorridas na Medicina enquanto saber num viés que concerne à própria história do pensamento ocidental.

Noção de Doença a partir do Renascimento

A descrição da constituição da Medicina na Grécia pela configuração dada à doença traduz uma forma de pensar predominantemente humanista, correspondendo a "que outros forjam nas leis, na filosofia, na arte, etc..." (Clavreul, 1983, p. 73).

Já a Idade Média se caracteriza por um abandono destas idéias. Com uma estrutura social e política que tem como atividades principais a guerra e a administração das propriedades e, ainda, a Igreja Cristã como a organização mais importante econômica e culturalmente, o que predominava era uma visão coletiva do mundo.

No Renascimento, época de grande desenvolvimento cultu

ral, vai surgir um novo homem. A atenção voltada para o mundo real e sensível vai possibilitar o nascimento da ciência moderna. O domínio que a Religião circunscreve, agora, diz respeito a alma, ao espírito; o corpo constituindo-se como um entrave para o acesso ao reino dos céus. Pretendendo dar conta da questão da vida e morte pela promessa de igualdade numa vida extraterrena, a Religião despreza tratar do corpo. É assim que, passada a Inquisição, que se preocupava em matar as impurezas que o corpo trazia consigo queimando-o na fogueira, loucos, desviantes, criminosos e prostitutas começam, no Renascimento, a serem vistos dentro de uma outra ótica, passando a serem incorporados pelo discurso médico.

Tratando deste corpo, a Medicina tem a garantia de um lugar neste quadro, mesmo que menor. É à proporção que o homem vai se tornando centro das atenções que o corpo, tanto quanto a alma, adquire uma importância "vital". Dentro deste escopo, a Medicina passa a ter que, além de tratar do corpo, dar conta também da questão da vida e da morte.

A delimitação de seu campo torna-se, então, imprescindível para viabilizar, por uma ação específica, a constituição de um saber médico globalizante, visto que a morte se apresenta como um atestado incontestável de seu fracasso. Procedendo a uma nomeação do que está excluído da ordem natural e agrupado indiscriminadamente (loucos, criminosos e outros) a Medicina passa a classificar cada um segundo sua patologia. Se antes isto se processava por uma cooperação mútua entre juristas, moralistas, teólogos e médicos, agora, pela categoria de doença, a Medicina vai se apropriar de uma fatia significativa da socieda

de, sobre a qual vai passar a exercer um controle.

Necessitando, de acordo com os critérios científicos, apresentar uma definição precisa do que é a doença, uma questão primordial vai se colocar - trata-se, a doença, de uma entidade ou simplesmente de um atributo ? Tentando explicitar esta questão, Canguilhem (1982) propõe em sua obra O Normal e o Patológico que se pode ter duas formas de ver a doença - seja como uma alteração qualitativa, seja como variação quantitativa.

Dentro de uma visão que privilegia a alteração qualitativa, pode-se detectar tanto uma concepção ontológica da doença, vista como algo que "entra e sai do homem como por uma porta" (Canguilhem, 1982, p. 19), ou seja, que o atinge; ou uma concepção dinâmica, "não mais localizante e sim, totalizante" (Canguilhem, 1982, p. 20)[2]. Nos dois sentidos contrapõe-se doença à saúde, patológico a normal, "como uma qualidade difere da outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica". (Canguilhem , 1982, p. 21).

Como decorrência de uma concepção ontológica, configura-se, no início do século XVIII, a necessidade de empreender uma classificação das doenças que, no entanto, não tem a preocupação de localizar no organismo, a doença, visto que "o quadro nosológico implica uma figura das doenças diferente do encadeamento dos efeitos e das causas, da série cronológica dos acon

[2] Esta se refere a forma como a Medicina grega trata da questão, conforme descrito neste capítulo. Na verdade, só difere da primeira porque insere a questão dentro de um âmbito maior (na physis) que, em última análise, também se configura como uma ontologia.

tecimentos e de seu trajeto visível no corpo humano" (Foucault, 1980, p. 3).

Neste sentido, o mundo da doença tem um caráter ontológico que dá significado à própria vida. Não se trata de uma oposição, pois "a racionalidade da vida é idêntica à racionalidade da doença" (Foucault, 1980, p. 6). A verdade da doença independe do doente, que, por sua vez, pode até atrapalhar, pois "não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença"(Foucault, 1980, p. 7). Mesmo o médico pode ser visto como interferindo no curso normal da doença, impedindo que se manifeste em toda sua plenitude.

O que é enfatizado, neste contexto, é o fato de que a essência da doença prescinde do organismo, "o espaço do corpo e o espaço da doença têm liberdade de se deslocar um com relação ao outro" (Foucault, 1980, p. 9). Mesmo que os órgãos sediem a doença, não se constituem como sua condição necessária e suficiente, bem como não implicam na perda de sua essência. Assim como a localização, sua duração não tem a ver com o corpo, e toda relação entre a doença e o doente se dá pelo "elemento não espacial da qualidade" (Foucault, 1980, p. 12). É, portanto, pelo "olhar qualitativo" que o médico poderá apreender no doente, a doença.

É interessante verificar que as epidemias no século XVIII não vão modificar esta concepção da doença. A exigência de um controle específico provoca a necessidade de uma intervenção que delimita a doença. E a isto a Medicina responde com a

regulamentação da saúde, acreditando que é pela prescrição de hábitos alimentares, higiênicos e outros que se promove a evitação da doença.

Se até fins do século XVIII, segundo Foucault (1980), a referência básica para a Medicina era a saúde e no século XIX, é em relação à normalidade, "a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções" (Foucault, 1980, p. 39), pode-se depreender que a doença como tal é o que escapa a toda referência que lhe é feita.

Quando, por volta de 1793, se considera a família como o lugar apropriado da "reparação da doença" (Foucault, 1980, p. 43), seu tratamento implicando num custo mínimo para a nação, além do sentido de "convergência entre as exigências da ideologia política e as da tecnologia médica" (Foucault, 1980, p.41), está se falando, fundamentalmente, de pessoas doentes e não da doença.

Se, por um lado, a doença não pertence ao homem e, sim, à natureza, pois "em família, a doença está em estado de "natureza", isto é, em conformidade com sua natureza e livremente oferecida às forças regeneradoras da natureza" (Foucault, 1980, p. 43), por outro ainda não é, completamente, do domínio dos médicos que desejam-na em estado puro, destituída do humano que interfere com suas dores, temperamento, disposições. Aceitá-la desta forma seria destituí-la de seu caráter próprio, seria considerá-la simples atributo do Ser homem.

O movimento que emerge, difusa e confusamente, é de u

ma tentativa de apreender a entidade doença que existe, mas acontece no homem concreto e para apreendê-la é necessário, parece, se apoderar de tudo que não é ela, aprisionar o homem numa rede de significações - saúde, normalidade - para retirar dele, pelo esvaziamento, aquilo que se constitui como a essência da doença.

Por isso deixar o doente fora de um espaço bem delimitado é, de certa forma, perder a oportunidade de apreender nele, a doença; assim como se ater a uma terapêutica que só privilegia normas e costumes para a evitação da doença, é reduzir a Medicina a uma ética, privando-a da possibilidade de se apropriar, devidamente, do objeto que constituiu. Estranha situação: vista como uma entidade reificada, o objeto de estudo constituído pela Medicina acabaria por obter uma independência em relação ao seu criador. É então que o hospital, antes percebido somente como propiciador da doença, vai se tornar o lugar ideal para vê-la.

Mais do que isso, o hospital vai permitir que se preserve a doença das pessoas sadias, das possibilidades de cura pela natureza, das simpatias, dos charlatões, de tudo que não for o médico, figura competente para ver a doença. Todavia, no final do século XVIII a doença ainda escapa ao olhar do médico e isto porque

> "... o conjunto do saber médico obedecia a dois tipos de regularidade: o das percepções individuais e concretas, esquadrinhando segundo o quadro nosológico das espécies mórbidas; e o do registro contínuo, global e quantitativo de uma medicina dos climas e dos lugares"(Foucault, 1980, p. 57).

UNIVERSIDADE CATOLICA

Assim, o que a experiência clínica gerou foi uma nosologia como saber. Enquanto a prática se fundamentava no inclinar-se sobre o leito do doente, possibilitava uma constatação que, sistematizada, era descrição de algo que se ocultava no corpo do doente. O papel do médico é, então, de decifrar a doença, depurar o que convém e o que não convém, do discurso do doente. Indicador de que o médico deve procurar, perscrutar, esperando encontrar algo que pré-existe, como saber.

De um lado um saber que organiza, classifica, constrói a doença; por outro, a doença, realidade que se esconde no corpo. A tarefa consiste em encontrar na prática o que sustente este conjunto teórico formulado. Por mais paradoxal que esta afirmação possa parecer, um sentido subjaz - é preciso dar forma a este constructo, encontrando sua condição de possibilidade- sobre algo que se oculta, fala-se, dando-lhe assim existência.

A Anatomia-Patológica e a Doença

Esgotando o que pode ser visto a olho nu e sob o respaldo da instituição que dá ao médico "poder de decisão e intervenção" (Foucault, 1980, p. 101) cria-se, no início do século XIX, uma nova configuração: ao olhar que pergunta, um objeto se mostra.

Este mostrar não pode se ater simplesmente à possibilidade de uma igualdade entre o olhar e o dizer, pois identificar o visível com o enunciável, logo, com a linguagem, implica no risco de se reduzir a doença a um nome. Diante da exigência de se distinguir a doença do homem concreto, corre-se o ris

co de dar-lhe um caráter abstrato.

A necessidade de dar à doença uma configuração real implica em transcender a simples identidade do ver-dizer-saber. O olhar, então, mais do que observar, se volta, como "golpe de vista" para o corpo e, dessa forma, apalpa e aponta para um lugar preciso, para descobrir, ali, seu segredo.

É assim que a anatomia-patológica pode ser entendida em seus primórdios: "o de um fundamento enfim objetivo, real e indubitável de uma descrição das doenças" (Foucault, 1980, p. 147). No entanto, a localização da doença no corpo do cadáver não tem o sentido de "causa última, mas foco primitivo" (Foucault, 1980, p. 160).

Este procedimento vai possibilitar uma nova configuração - transformada num instrumento para explicar não só a vida, mas também a doença, vai ser possível romper com a primazia conceitual da morte. A Medicina, livre deste fantasma, passa a aprisioná-la em seu conjunto teórico, destituindo-a de seu poder. Em seu lugar, faz aparecer a doença como referência possível, seja para se continuar vivo ou mesmo para morrer. A grande tarefa não é, então, lutar por uma contra a outra, mas, sim, curar, ambas, da doença.

O continuum vida, doença, morte vai ser visto, na primeira metade do século XIX, dentro de uma outra ótica. Distanciando-se do primeiro termo porque pode ser entendida - a doença - como portadora da morte, ao mesmo tempo se separa do último, já que também pode ser vista como um desvio, como vida patológica. Desta forma, a doença, longe de ser percebida como um

simples acidente, rompe com uma seqüência.

No entanto, ainda que a anatomia-patológica permita a constatação das doenças, este campo não está totalmente recoberto, pois existem aquelas em que não se verifica lesão alguma, ou não deveriam ser consideradas como doenças orgânicas ? A microbiologia amplia as possibilidades da Medicina pelo descortinamento de um mundo de microorganismos. Cria-se, assim, subsídios para explicar todo um conjunto que a anatomia-patológica só fez apontar.

O problema fundamental que o estudo da doença acarreta é o fato de estar diretamente relacionada com a instabilidade, a multiplicidade, a inconstância do objeto em que está inserida - o homem. Diverso dos objetos de estudo das ciências físicas, do "conhecimento das coisas inertes" (Foucault, 1980, p. 109), qualquer tentativa de transposição de um modelo que se baseia na uniformidade, na constância, na estabilidade suscita dificuldades.

## A Questão da Organicidade na Doença

A necessidade de resolver as dificuldades geradas pela correlação entre doença e lesão vai exigir uma redefinição que se dá pela divisão das doenças em orgânicas e nervosas. Esta divisão remete à discussão das noções de psique e soma.

Numa perspectiva histórica,pode-se afirmar que a preocupação de ver o homem como um todo indivisível, é bem antiga. E a própria concepção dualista de psique e soma que rastreia a história desde tempos imemoriais nada mais é que um esforço de

compreender esta unidade que é o homem. Tentativa que tem um sentido denunciado pela própria palavra compreender: prender nas malhas de algum tipo de racionalidade, prender com palavras aprisionantes, dentro de um esquema explicativo das razões e desrazões humanas.

Dentro deste escopo, a investigação médica vai se dar a partir da apreensão concreta do homem em suas várias formas de estar/ser, que tantas vezes não se adequam a um estado pré-estabelecido, desviando-se aqui e ali da inscrição que a Medicina determina como provinda da Natureza.

Tendo este objetivo, pode-se ver como, em fins do século passado, a Psiquiatria vai pretender dar conta de um domínio que, à primeira vista, fugiria do âmbito daquela Medicina descrita na seção anterior.

Num primeiro momento, a lesão encefálica permite a descoberta do "corpo neurológico" que "reafirma a teoria da localização" (Foucault, 1974, p. 93). A distinção entre doenças mentais que apresentavam uma lesão anatomo-patológica precisa e aquelas "que eram as neuroses, perturbações sem lesão, onde reinava confusão, desigualdade sintomática que dificultava o diagnóstico" (Foucault, 1974, p. 96) passam a pertencer a mesma categoria em meados do século XIX. Charcot, mesmo, havia possibilitado a inscrição da histeria na doença quando "encontra sempre os estigmas neurológicos da histeria: retratação do campo visual, hemi-anestesia" (Foucault, 1974, p. 98). Charcot repete o que Pinel havia feito, designando "o louco como doente" (Foucault, 1974, p. 97).

O que se verifica, então, é a insistência de uma leitura da doença a partir de uma ótica que privilegia o orgânico. Todavia, a dicotomia psique-soma permanece, pois a histeria persistia impondo um "corpo sexual" que não tinha lugar no discurso da Medicina.

É por isso que, contrapondo-se a uma visão fundada essencialmente no plano da natureza, a Medicina, a partir do século XX, desloca seu foco de interesse da doença para o indivíduo doente. Trata-se, então, de acrescentar à "ordem do organismo", uma outra ordem, a "da biografia" (Birman, 1980), integrando os dois aspectos da vida humana, natureza e espírito. No entanto, com um arcabouço teórico que só dá conta do "plano causal", a Medicina tem dificuldade de responder a questões que dizem respeito ao "plano do sentido" (Birman, 1980), pois "a enfermidade tem um sentido além de uma causa, para quem a sofre, que se insere na trama de uma história, marcada nos seus vários registros libidinais" (Birman, 1980, p. 15). Torna-se, então, necessário tomar de empréstimo categorias próprias para isso. É neste momento histórico que se verifica a consolidação dos conceitos psicanalíticos, numa época em que "... a valorização da pessoa humana ganha uma importância fundamental na Medicina" (Birman, 1980, p. 31).

Na terceira década do século XX, os conceitos psicossomáticos seguem esta linha, respondendo a uma necessidade de transcender a especificidade orgânica. Emergindo, aparentemente, em oposição a uma prática instituída no século XIX, a Medicina retoma estes conceitos a partir da vertente da Psicanálise em meados do século seguinte. Sem dúvida, o que parece re

ger estes novos discursos, onde é enfatizada uma síntese do psique e do soma se deve a que

> "eles são exigidos como necessários pela trama das relações sociais e pelas instituições que sintetizam o entrejogo dos poderes, mas que simultaneamente organizam esta demanda pela razão e pela linguagem, transformando-o numa universalidade do espírito humano" (Birman, 1980, p. 35).

Não se tratando aqui de discutir a pertinência desta tentativa de integração, convém, todavia, lembrar que a concepção psicossomática pretende reunir dois discursos diversos: por um lado o discurso médico que se constitui visando, especificamente, o corpo biológico; por outro, o psicanalítico que fala do corpo erógeno. Quando a Medicina Psicossomática aparece reivindicando para si um novo campo, com autonomia própria e rejeitando a visão de empréstimo por considerá-la uma má interpretação dos fundamentos deste saber, tem sentido. Realmente, não se trata de empréstimo, e muito menos de complementação, psique de um lado, soma do outro. Isto porque, tanto a Psicanálise quanto a Medicina pretendem um discurso sobre o homem, todo indivisível, discursos diferentes sobre um mesmo objeto. Então, o que se verifica é que

> "... não existe medicina psicossomática, toda tentativa de fazer uma reconciliação entre psyche e soma não é senão denegação do que instarou a objetivação científica : a impossibilidade de deixar algum lugar que seja para a questão do sujeito" (Clavreul, 1983, p. 34).

Por isso me atrevo a afirmar que falar de doença orgânica é pura tautologia, pois a doença, para a Medicina, só po

de atingir o orgânico, terreno visível, ou a ser desvendado, onde pode ser capturada e extirpada e algumas (tantas) vezes, recolocada.

## Impasse Metodológico: Variação Quantitativa x Alteração Qualitativa

O que se verifica na trajetória até agora empreendida é a tentativa de dar à doença um estatuto científico, não se tratando, absolutamente, de um questionamento da doença em si. Todavia este caminho, em alguns momentos, parece propiciar um distanciamento desta postura. É o que se nota quando é proposta uma concepção da doença enquanto variação quantitativa.

Dentro desta perspectiva, a doença está referida à saúde e todo estudo dos estados patológicos provém, necessariamente, de uma definição do que sejam os estados fisiológicos. Esta identidade entre os fenômenos vitais normais e patológicos, segundo Canguilhem (1982), tem seu fundamento numa tradição positivista que pretende circunscrever todos os fatos dentro de uma ordem natural, mas compatível com a noção de progresso, permitindo que "o homem possa forçar a natureza e dobrá-la a seus desejos normativos" (Canguilhem, 1982, p. 21).

A necessidade de dominar a doença se mostra, neste sentido, como instauradora de uma visão que sustenta a homogeneidade dos fenômenos patológicos e fisiológicos em contraposição a uma visão que caracteriza a doença como algo estranho ao organismo ou, como na Medicina grega, a perturbação dos quatro humores (quente, frio, úmido, seco) responsáveis pelo equilíbrio.

Outra noção que serve de sustentáculo à explicitação da doença enquanto variação quantitativa é "a idéia da continuidade entre a vida e a morte, entre a matéria orgânica e a matéria inerte". (Canguilhem, 1982, p. 50).

No entanto, estas duas noções, homogeneidade e continuidade, se mostram insuficientes, visto que, segundo Canguilhem (1982), as doenças infecciosas, por exemplo, demonstram claramente a descontinuidade do estado normal para o patológico, pois "não é normal para um indivíduo são abrigar na sua faringe o bacilo diftérico" (Canguilhem, 1982, p. 61). Já as nervosas, por sua vez, questionam o caráter de homogeneidade dos estados, de acordo, por exemplo, com a teoria de Goldstein que preconiza "a idéia da modificação da personalidade pela doença" (Canguilhem, 1982, p. 62).

Assim, Canguilhem propõe, contra esta noção de variação quantitativa que há, com efeito, uma diferença qualitativa na doença, pois "a progressividade de um advento não exclui a originalidade de um evento" (Canguilhem, 1982, p. 64). Considerando que o fato patológico deve ser levado em conta "ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal" (Canguilhem, 1982, p. 64), a referência básica passa a ser dada pelo comportamento individual e sua relação com o meio.

Percebendo o que esta concepção (a de variação quantitativa) pode ter como conseqüência - de que não existem doentes ou que não existe saúde perfeita - Canguilhem (1982) introduz o ponto de vista do doente, homem concreto e consciente, deslo

cando o foco da questão para aquele que sofre a ação[3]. Dentro desta ótica, a noção de normatividade biológica passa a ser o parâmetro para o estabelecimento da doença. Quanto à conceitualização de normal, "em última análise, são os doentes que geralmente julgam - de pontos de vista muito variados - se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo" (Canguilhem, 1982, p. 91).

De acordo com esta perspectiva fica por esclarecer quem vai dar subsídios para se efetuar este julgamento. Na verdade, a questão é deslocada, não propriamente para o doente, como parece, mas para a discussão de parâmetros através da delimitação de termos tais como norma, média, anormalidade e outros. Dando ao organismo um caráter normativo, não se está referindo ao indivíduo, mas à espécie e, neste sentido, a doença continua portando uma existência extrínseca ao indivíduo, na medida em que é designada como anormal. Além disso, quando Canguilhem (1982) diz que "mais do que opinião dos médicos, é a apreciação dos pacientes e das idéias dominantes do meio social que determina o que se chama "doença" (Canguilhem, 1982, p. 93), pode-se perguntar se a opinião dos médicos não influência significativamente ou mesmo na sua totalidade, o que chama de "idéias dominantes do meio social".

## A Doença - O que Permanece

Instituída como entidade pela Medicina é a partir desta,

---

[3] Este ponto de vista será retomado em outro capítulo para discussão

naturalmente, que vai emanar todo o poder sobre o que se diz da doença. O exercício deste poder se faz de dois modos: seja pelo seu controle absoluto extirpando-a (bem entendido, aquela específica, pois os efeitos colaterais implicados na cura podem produzir outras); seja de uma forma relativa, criando a possibilidade de se conviver com a doença. Esta modalidade é designada pela categoria de doença orgânica crônica.

É importante ressaltar que se trata da cronicidade da doença e não do homem doente, simples depositário das intempéries do mal. De acordo com este ponto de vista, pode-se depreender as conseqüências de tal configuração. Tratando-se do tempo da doença, sua duração, longa ou breve, crônica ou aguda, está intimamente vinculada à competência do saber médico que receberá de outros saberes, a possibilidade de se revelar... A evolução tecnológica cada vez mais precisa e eficaz, que se processa acionada pela Medicina, vai produzir efeitos sobre ela própria, exigindo a instauração de uma nova ordem. Através da utilização de técnicas e aparelhos sofisticados que possibilitam o transplante de órgãos ou a substituição de várias das funções vitais - pulmão e rim artificiais - a Medicina vai transformar doenças, tidas como fatais, em crônicas.

Em conseqüência, a Medicina promove esta nova ordem ao empurrar a fronteira da vida e da morte, propiciando uma mudança significativa na compreensão da questão humana. Provocando uma ruptura na ordem até então estabelecida, e com o poder de retardar a morte, constrói outros limites, pois o óbito de um órgão não vai mais acarretar, necessariamente, o óbito do homem.

***

Doença/saúde, orgânico/psíquico, crônico/agudo, vida/morte - pares de opostos em torno dos quais gira o nosso destino, terminal. Através dos tempos, uma miríade de discursos prolifera. Nada sei da eficácia de cada um. Mas, sem dúvida, aquele que instiga mais medo é o que nos escapa, que nos emboca, que, sem pedir licença, se apodera de nós. Aí reside o poder da doença. Provinda dos deuses ou dos médicos, quanto isto importa ? A qualquer um, parece, temos que reverenciar para exorcizá-la, pois vem, sempre, como um mal, já que assim foi construída.

Num primeiro relance se tem como oposto da doença, a saúde; e como oposto da vida, a morte. Todavia, pode-se constatar que, enquanto a doença se relaciona tanto com a vida quanto com a morte, a saúde não tem a mesma prerrogativa - não se fala nunca de morte saudável, ainda que, teoricamente, se possa morrer de velhice. Mas, até para isso, é preciso adoecer de alguma coisa; na verdade, já se nasce morrendo, doente, na degeneração natural dos tecidos. Afinal, não é gratuitamente que a Medicina integra a seu campo, aqueles que, aparentemente, gozam de boa saúde, através de uma medicalização preventiva desde os primórdios da vida.

Pretendendo lutar contra a morte, a Medicina a desloca, como questão fundamental, conferindo à doença um estatuto de fato. Se, a princípio, o que move esta postura é, basicamente, um compromisso ideológico; num segundo momento, se estabelece um compromisso ontológico. Independente da evolução da Medicina que traz a cada dia novas contribuições tecnológicas, o que

parece permanecer é o fato da própria doença.

Quantos nomes se queira dar, quantas sedes se vá propor, a própria essência da doença parece não sofrer grandes modificações na revolução tecnológica empreendida pela Medicina através de seu discurso. Questionam-se tratamentos, fazem-se diagnósticos e prognósticos, fabricam-se remédios e a doença permanece, não é erradicada, pois isto acarretaria conseqüências, talvez, desastrosas - como a Medicina explicaria a morte sem doença ? Quando se erradica a varíola, por exemplo, isto se faz sob determinadas condições, após muita vacinação, seguindo regras de higiene e outros, pois a doença pode voltar e com uma força dada pela própria resistência do vírus as suas formas de combate.

Se a Medicina, em sua trajetória, pareceu abandonar uma concepção ontológica, referindo-se à doença como um mais ou um menos (variação quantitativa), a negação desta concepção visava depurar a doença de "ressonâncias místicas e religiosas, que o início do século XIX contribuiu amplamente para afastar [esta concepção ontológica], permitindo o progresso da Medicina contemporânea" (Clavreul, 1982, p. 121). Trata-se tão somente de um aprimoramento do instrumental para defini-la. A realidade da doença, em momento algum, é colocada em questão.

Quando a anatomia-patológica não identifica no órgão a causa da doença, confirma que a doença tem uma realidade que transcende o lugar onde é vista. A necessidade de reificar a doença é inerente à necessidade de sua constituição como objeto de estudo da Medicina. Caso se apregoasse que só existem homens doentes e não doença, estaria se fazendo, talvez, ciência

do homem, mas não Medicina. E não foi a Microbiologia que mostrou o quanto era insuficiente se ater às localizações ?

Em detrimento de tantas formas de olhar, apesar de tantas medicinas, resta sempre a doença. O que há de constante nesta trajetória que acabo de apresentar é a procura, em cada doente, daquilo que o transcende, demonstrando que "a doença é, portanto, um ser estranho ao doente" (Clavreul, 1983, p. 125).

# CAPÍTULO II

## A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO-DA-DOENÇA PELO SABER MÉDICO E SUAS IMPLICAÇÕES

A discussão sobre a constituição da noção de doença orgânica trouxe esclarecimentos relevantes para este estudo. Primeiro, a configuração de que esta noção permanece de certa forma, inatingível, ainda que se possa delinear na evolução do pensamento médico várias tentativas de apreendê-la. Esta constatação, por sua vez, implica em um paradoxo: construída pela Medicina, a noção de doença orgânica a transcende, verificando-se a repetição da definição de doença como uma entidade, um mal que persiste. Todavia, o paradoxo é aparente e tem um sentido mais profundo - o problema que se coloca para o saber médico é o de sua luta contra a morte.

Pretendendo dar conta desta questão, a Medicina se volta para a vida e procura incessantemente os prenúncios da mor

te. Neste contexto, pode-se dizer que a doença orgânica não só é constituída, mas também constitui o saber médico. E a doença orgânica crônica transforma-se em sua instância maior, pois é aí que vai ser possível não só encontrar a morte de uma forma sistemática, mas cotejá-la e tentar sabotá-la.

A necessidade de pensar o problema em termos de vida e morte coloca uma outra questão, além da que se refere ao tratamento da doença - é a própria questão do sujeito e dos possíveis discursos do/sobre ele. Empreender esta análise para explicitar como o discurso médico é constitutivo (no sentido de essencial, característico) e constituinte (na acepção do que constitui) é o objetivo do presente capítulo. Sobre como se processa, a partir da noção de doença, a constituição do sujeito para a Medicina.

Para isso, pretendo mostrar, num primeiro momento, como se constitui o saber médico a partir da noção de doença enveredando por um caminho distinto do que é largamente utilizado e que privilegia um ponto de vista sociológico[1].

Dentro desta perspectiva encontra-se uma discussão bastante profícua que, pela problematização de relações tais como saber/poder, dominação/submissão, médico/paciente mostram como a Instituição Médica se identifica como um lugar onde o discurso médico, enquanto prática discursiva, exerce um modo de poder determinado por um modo de produção social.

Não se tratando de negar a pertinência deste tipo de

---

[1] Vide a respeito, entre outros, Luz (1981); Donnangelo e Pereira (1976); Donnangelo (1975).

análise, a abordagem do problema segue a linha de raciocínio que norteou este estudo, qual seja, colocar em questão sistematicamente os fatos, saberes, discursos e apreendê-los em sua constituição.

Num segundo momento, a título de ilustração e para possibilitar uma análise minuciosa do discurso médico, vou proceder à descrição de uma doença — a insuficiência renal crônica. Trabalhando numa instituição médica especializada no tratamento desta doença, tive oportunidade de entrar em contato mais direto com a linguagem "científica". A descrição servirá como referência para a discussão desta linguagem complexa.

Contrapondo-se a esta linguagem é interessante observar que o acesso do leigo a várias doenças como diabetes, cardiopatias e outras se dão, freqüentemente, em outro nível e dizem respeito, via de regra, a imposições, limitações, prescrições ou prevenções do tipo: "não se deve comer açúcar", "uma vida estressante provoca problemas de coração", "é importante fazer exercícios físicos" ou "os raios ultravioletas provocam câncer". Ditames sobre o que se deve saber de Medicina.

Na atualidade, através de artigos em revistas não-especializadas, onde se "explica", numa linguagem acessível, pesquisas sobre várias doenças, atinge-se um público mais "intelectualizado ". Todavia, permanece sempre um mistério, um clima nebuloso. E sob a alegação, muitas vezes, de que a própria Medicina ainda não tem a última palavra sobre o assunto. Desta forma, toda sorte de pesquisas científicas empreendidas com relação a uma doença incurável, por exemplo, podem aparecer como pertinentes, para o leigo.

A partir destes aspectos levantados, acredito ter subsídios para justificar o título deste capítulo que relata como se constitui o sujeito-da-doença e não o sujeito doente, ou, no caso, o renal crônico, para confirmar a idéia de que a doença é uma entidade e não um atributo.

Por último, e como conseqüência, pretendo mostrar como se exerce, na atualidade, a hegemonia do discurso médico, calcado no exercício de um bio-poder.

A Constituição do Saber Médico

A constituição do saber médico está intimamente vinculada à constituição da noção de doença. Todavia, mesmo correndo o risco de uma mera repetição, esta exposição é importante pois permite ver como, pela articulação de diversos vetores, emerge um conjunto homogêneo e coeso de idéias que passa a dominar o pensamento de uma época.

Para empreender esta análise, o pensamento de Michel Foucault fornece subsídios valiosos. Isto porque sua investigação tem um caráter "histórico e crítico" (Foucault, 1980, p. XVIII) com o objetivo "de determinar as condições de possibilidades da experiência médica, tal como a época moderna a conheceu" (Foucault, 1980, p. XVIII). Privilegiando o saber como "o campo próprio de investigação" (Machado, 1984, p. VII), Foucault promove sua articulação com as várias práticas e instâncias sociais para delimitar as condições de possibilidade de sua emergência e mostrar como está a serviço de determinadas relações de poder.

Utilizando-se de dois tipos de análise: (a) arqueológica, onde pretende "estabelecer a constituição dos saberes privilegiando as interrelações discursivas e sua articulação com as instituições" (Machado, 1984, p. X), e, (b) genealógica, onde vai

> "explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes, ou melhor, que imanentes a eles, (...), os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica" (Machado, 1984, p. X),

a investigação foucaultiana permite mostrar que a constituição de saberes como a Medicina implica em uma das formas de exercício de poder. Forma que não provém direta ou necessariamente do Estado, mas está ligada a ele servindo-lhe de suporte.

Tratando da questão da "genealogia do indivíduo moderno", Dreyfus & Rabinow, na obra Michel Foucault - un parcours philosophique (1984)*, descrevem os diversos tipos de racionalidade política que vão dar conta das várias formas de relação de poder. Assim, num primeiro momento, "a reflexão política interessou-se pela justiça e bem-estar dos cidadãos" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 199)*. Na tradição cristã, a preocupação era com a felicidade dos homens. Já no Renascimento, "o objetivo supremo é o desenvolvimento e a solidez do poder do príncipe, e não a liberdade ou a virtude dos cidadãos, nem mesmo sua paz ou tranquilidade" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 199)*.

Um terceiro tipo de racionalidade política considera que "o Estado constitui uma finalidade em si" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 200)* e "procura, submetendo os corpos dos sujeitos a uma disciplina mais estrita, alargar o campo do poder pa

ra ele mesmo" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 200)*. Dentro desta perspectiva, configura-se a necessidade de um acúmulo de informações para se produzir um saber que possibilite ao Estado uma atuação eficaz. É em função desta necessidade que se dá o surgimento das ciências humanas empíricas.

Na medida em que a finalidade é a soberania do Estado e o indivíduo, objeto de seu poder, o bem-estar e a vida em geral passam a ser do interesse do Estado que se dispõe a exercer este controle. No contexto desta nova racionalidade política, que se torna "bio-política", uma série de práticas disciplinares emergem para fazer face a esta exigência. É com este propósito, por exemplo, que na França, nos séculos XVII e XVIII, a polícia "tem por função principal controlar certos indivíduos e a população em seu conjunto enquanto ligados ao bem-estar do Estado" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 203)*. É uma função que abrange quase todas as instâncias do indivíduo, desde o modo de vida, à produção; da saúde, à doença.

Nesta nova perspectiva, a relação entre o bem-estar do indivíduo e a intervenção do Estado é formulada "em termos de problemas biológicos como a reprodução, a doença, o trabalho ou o sofrimento" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 204)*. A união dos "dois pólos do bio-poder - controle dos corpos e controle da espécie" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 204)* vai se dar no século XIX com a questão de sexualidade, transformando o sexo em "um meio de controle administrativo" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 205)*.

A partir desta apresentação sucinta, depreende-se como

o saber médico vai poder conferir a este novo tipo de racionalidade a consolidação do exercício de um "bio-poder". No decorrer dos séculos XVII e XVIII e até mesmo no XIX, a constituição do saber médico tinha o sentido mais imediato de suporte. Numa época - da industrialização - em que o corpo é chamado a produzir, a necessidade de controlar, disciplinar, gerir os indivíduos vai utilizar o saber médico como um instrumento das práticas disciplinares. É assim que

> "no século XVII, o médico, vindo de fora, juntava a sua inspeção vários outros controles - religiosos, administrativos; não participava absolutamente da gestão cotidiana do hospital" (Foucault, 1984, p. 165)*

É somente em fins do século XVIII com "a organização do hospital como aparelho de "examinar" (Foucault, 1984, p. 165)* que a medicina ganha uma outra dimensão.

Enquanto no feudalismo o poder do soberano residia no direito de vida e de morte dos seus súditos que "é, de fato, o direito de <u>causar</u> a morte ou de <u>deixar</u> viver" (Foucault, 1985, p. 128), com a Revolução Industrial e a consolidação do sistema de produção capitalista se instaura uma nova forma de pensar - tratando-se de

> "um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las" (Foucault, 1985, p. 128)

é preciso elaborar práticas que respondam "... as exigências de um poder que gere a vida" (Foucault, 1985, p. 128). Ainda que não se configure como uma imposição do sistema capitalista, os procedimentos disciplinares que abrangem "o controle regulador

dos processos vitais" e "uma tecnologia do corpo enquanto objeto do poder" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 197)* foram, sem dúvida, propiciadores do "desenvolvimento e triunfo do capitalismo enquanto empreendimento econômico" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 198)*.

Identificando a Medicina com um poder disciplinar que vai permitir um controle específico do corpo, Foucault mostra como, na época moderna, "o conhecimento da doença considerada como essência abstrata cede o lugar a um saber moderno do indivíduo como corpo doente" (Machado, 1984, p. IV). Todavia, considero importante ressaltar que esta diferença implica em uma mudança estratégica, visto que a própria existência do saber médico está condicionada à premissa da doença como uma entidade, independente do indivíduo. A necessidade de voltar seu foco de atenção para o indivíduo corresponde às mudanças que vão se configurar na sociedade. Neste sentido, o que muda é a forma de conhecer/falar, "é a relação entre aquilo de que se fala e aquele que fala; o que muda é a própria noção de conhecimento" (Machado, 1981, p. 198).

Dentro deste escopo, pode-se entender como, a partir de uma nova ótica sobre a realidade, configura-se a necessidade de uma outra definição de doença que, por sua vez, vai estruturar de uma forma mais ordenada o saber médico, circunscrevendo um campo de atuação mais específico. A finalidade desta construção sendo a de possibilitar um discurso homogêneo, totalizante e coerente com a nova ótica, que percebe o corpo como instrumento necessário, força produtiva por excelência.

Configura-se, assim, a necessidade do saber médico se estruturar como uma teoria plausível e abrangente das razões e desrazões deste corpo. Para isto, é preciso sistematizar uma forma de apreensão — a Medicina se transformando em ciência empírica — o que leva a investigação a se dar a partir da apreensão concreta do homem, por exemplo, no hospital. É, então, pelo desvio, pelo que não está conforme, que vai se instituir um tipo de saber sobre o homem, o saber da Medicina.

Tendo como questão a finitude do homem, como objeto de estudo, a entidade doença e, ainda, como depositário da doença, o corpo, fica delineado um campo propício para a construção deste saber. A própria percepção do homem como sendo dotado de um psique e um soma que, "unidos", possibilitam denominá-lo animal racional, também se mostra como um campo fértil para o estabelecimento deste saber. Não resta dúvida que a abrangência desta visão traduz uma intenção constante na evolução do pensamento médico. Ainda que considerando o nascimento da Medicina moderna, por volta de fins do século XVIII, não se trata de uma revolução das concepções que alicerçavam este saber, mas de "uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens" (Foucault, 1980, p. X).

É pela sistematização, agrupamento, freqüência, identificação da mesma patologia em cada um, enfim, pelo diagnóstico e pelo prognóstico da doença que se constitui um saber médico.

> "O que importa, aqui, não é portanto o "olhar médico", mas o fato de que o médico conheça uma ordem articulada des

> ses signos, ou pelo menos que suponha que têm uma ordem possível" (Clavreul, 1983, p. 169).

A terapêutica, o tratamento é simples prática deste saber e, como tal, sua comprovação. Não é à toa que antes se podia deixar a doença transcorrer livremente no seio da família, sem a preocupação de tratá-la; ou quando o exame clínico vai exigir um contato maior, a invenção do estetoscópio parece promover uma distância desejável. Mesmo na atualidade, pode-se ver o médico auscultando, prescrevendo, mas deixando para os técnicos de enfermagem a tarefa de cuidar.

Se,de início,a necessidade de uma teoria explicativa se impõe como suporte para outras práticas disciplinares será, na coerência de seu discurso, que a Medicina poderá atingir um outro nível nesta configuração. E de uma importância fundamental, na medida em que lhe dá a prerrogativa ou a primazia de controlar quase que completamente o homem, este "verdadeiro objeto do poder do Estado" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 202)*.

. Formando-se pela demanda de uma nova racionalidade política, o saber médico instaura, ao mesmo tempo, a possibilidade de concretizá-la.

## A Constituição do Saber Médico: Um Exemplo

É na descrição de uma doença que se pode alcançar a extensão do domínio que o saber médico vai exercer — o que é circunscrito como fisiológico, o que é deliberado como indício de uma doença, o que não está conforme com uma determinada norma chamada "biológica", o que se impõe como terapêutica neces

sária para o restabelecimento de um status quo, a enunciação de uma linguagem específica e especializada, o conjunto de prescrições. Todo um repertório ao qual não se tem acesso, mas ao qual se sucumbe.

Mais do que um exemplo, a apresentação da descrição de uma doença, no caso, a insuficiência renal crônica, tem como objetivo maior possibilitar uma escuta do que se intitula saber da doença. Uma análise posterior permitirá, não a crítica, pois estando fora deste saber, isto nos é vedado, mas a tentativa de compreender de quem ou do que se fala.

Do ponto de vista médico, único a partir do qual pode se falar de insuficiência renal crônica (IRC) é caracterizada por uma redução progressiva da função renal oriunda de diversas causas, sendo as mais comuns as glomerulonefrites, tubulopatias, pielonefrites crônicas, anomalias congênitas e doenças vasculares.

Apesar desta variabilidade causal, a insuficiência renal crônica apresenta um quadro final semelhante — o desenvolvimento da uremia (Ross, 1981). O rim é o órgão responsável pela manutenção da constância do meio interno: excreção de escórias resultantes dos processos catabólicos, regulação do volume e da composição osmolal dos líquidos do organismo, manutenção do equilíbrio ácido-base, além da produção hormonal de secreção interna como, por exemplo, a renina. Em condições normais, estas funções são adequadamente executadas pelos rins que apresentam uma ampla capacidade de adaptação à variabilidade de líquidos e alimentos ingeridos e à variação das atividades em outros

órgãos.

Atingindo um grande número de pessoas, no Brasil, cerca de cinco mil, (Aguiar, 1981) suas vidas dependem de um tratamento ou de um transplante renal. Embora mais econômico, as dificuldades inerentes à realização de um transplante que exige um doador com condições imunológicas adequadas, fazem com que o tratamento de diálise seja largamente utilizado, tendo como objetivo controlar ou prevenir a uremia e substituir os rins no que se refere à manutenção da homeostasia do sangue. Diferentes métodos dialíticos podem ser utilizados:

(a) Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) : consiste em um tratamento onde se verifica a eliminação constante dos produtos tóxicos do organismo, através de um catéter introduzido na cavidade peritoneal que, por sua vez, é ligado a um equipo e a uma bolsa. Esta bolsa contém um líquido que será infundido na cavidade peritoneal, aí permanecendo de quatro a oito horas, quando deverá ser drenado e uma nova bolsa conectada;

(b) Diálise peritoneal intermitente (DPI): é uma forma de tratamento, tendo como acesso para diálise a membrana peritoneal, podendo ser utilizado um catéter permanente ou prótese. O período dialítico é de doze a vinte quatro horas, em intervalos de quarenta e oito a, no máximo, setenta e duas horas;

(c) Hemodiálise (HD): é o método mais utilizado que consiste na circulação do sangue do paciente através de uma máquina — o rim artificial. Os tóxicos em alta concentração no

sangue passam através da membrana do dialisador para a solução de diálise purificando, assim, o sangue do paciente. Normalmente, o paciente necessita ser submetido a três sessões semanais de hemodiálise com quatro horas de duração por vez. Deverão ser tomados cuidados em relação ao procedimento e a composição do líquido a fim de evitar cefaléias, náuseas, vômitos, câimbras, sonolências, confusão, delírio, alucinações, convulsões, infecções e contaminações no acesso vascular. Em diálises rápidas pode surgir,no final ou logo depois da sessão,a "síndrome de desequilíbrio" que se caracteriza por sintomas brandos como cefaléia, náusea, câimbras musculares ou mesmo manifestações mais graves como inquietação, confusão, convulsão generalizada. No tratamento a longo prazo, podem ocorrer alterações ósseas por mobilização de cálcio acarretando fraturas espontâneas e, com crianças, constata-se uma taxa de crescimento bem abaixo da esperada.

Com a existência do tratamento dialítico, o diagnóstico de uma doença renal não conduz a uma terminalidade "tout court", mas a uma cronicidade, possibilitando a sobrevivência do paciente por dez anos, em média, seja criança ou adulto.

Esta descrição complexa permite ver como diagnóstico e tratamento acabam estabelecendo uma ligação <u>sui generis</u>: o primeiro se refere ao não funcionamento do rim; o segundo, coloca um substituto do rim que, por si próprio, pode causar grandes prejuízos (fraturas ósseas, baixa taxa de crescimento, e outras complicações). Assim,

> "... o suporte da doença que é constituído pelo corpo do doente se apaga para ser apenas o lugar - sem dúvi

> da privilegiado — de seu aparecimento e desenvolvimento. Ele se torna o terreno" (Clavreul, 1983, p. 118).

Não surpreende, então, quando ao ser entrevistado, um paciente que se submete a este tratamento afirma: "Imagina você, além de ter que fazer esse tratamento, tenho um rim que não funciona" (sic).

Sujeito-da-Doença e Não Doença do Sujeito

A discussão sobre a constituição do saber médico e a descrição de uma doença específica nas duas seções precedentes remetem a uma questão fundamental. Existe uma intenção subjacente à constituição deste saber - a do exercício de um poder sobre o corpo, onde acontece a doença. Qual o sentido do corpo, de acordo com esta intenção e localização para o saber médico ? Como é entendido para permitir a intervenção e o controle ?

De certa forma, acredito que esta questão já foi, implicitamente, respondida; mais ainda, considero que, na verdade, a questão nem sequer se coloca desta maneira para o saber médico. Promovendo uma inversão, o saber médico se propõe a atender a tudo que se refere à doença, e, nesta medida, o corpo do indivíduo só lhe interessa para encontrá-la e, aí, delimitar um campo específico do exercício do seu controle.

Dentro deste ponto de vista, é para a doença que o saber médico precisa propor um atributo e não para o indivíduo. E a tarefa do discurso médico é a de responder a esta exigência do saber. Para fazê-lo, deve se articular em leis que imponham

(a quem quer que seja) a lógica deste saber. Pois a pertinência e coerência de uma teoria assim constituída reside na exclusão de seu campo de tudo que não lhe diga respeito.

> "... em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de processos que tem por função conjurar (dele) os poderes e perigos, de dominar o acontecimento aleatório, de subtrair (dele) a materialidade difícil, terrível" (Foucault, 1971, p. 11).

Ora, todo discurso, toda fala se faz a partir de uma impossibilidade, a de que o real não pode ser representado

> "quer o definemos, com Lacan como o impossível o que não pode ser atingido e escapa ao discurso, quer se verifique, em termos topológicos, que não se pode fazer coincidir uma ordem pluridimensional (o real) e uma ordem unidimensional (a linguagem)" (Barthes, s/d, p. 22).

Todavia, esta impossibilidade pode e deve remeter sempre a uma possibilidade de criação, à uma abertura, à procura
à tentativa e à crença de que se vai atingi-lo. Pois tudo que resta desta impossibilidade nada mais é do que a produção de um discurso[2].

Seguindo esta linha de raciocínio, pode-se dizer que todo discurso é mítico, entendendo-se que

> "os mitos não são meros "produtos" inertes de um fazer; eles são também meios de ação, instigadores de ação. E ainda, se tomados enquanto um ato do ser cindido a lançar-se sobre o abismo de sua condição os mitos são a propria ação" (Portinari, 1987).[3]

---

[2] não se trata, neste estudo, de tematizar esta questão, ou seja, a discussão da cognoscibilidade e/ou impossibilidade de acesso ao real.

[3] a respeito de mito vide, entre outros, Figueira (1984); Cassirer (1972); Barthes (1985).

Dentro desta perspectiva, o discurso médico, que pretende falar da realidade humana, é pertinente, assim como qualquer outro. O fato de ser científico ou não, é uma questão subseqüente. A sua necessidade de cientificidade se coloca quando a natureza do mundo e a do homem já não são vistos como participantes de uma mesma physis, ou seja, quando a relação natural entre as coisas e o que se fala delas não formam mais um todo homogêneo e indistinto, onde se verificava uma identidade entre a realidade e o pensamento.

Assim, a elaboração de um discurso pertinente exige como condição prévia fidelidade ao objeto do saber (no caso, a doença); como tarefa básica, possibilitar a emergência deste objeto em toda sua pujança; como procedimento, destituir o lugar em que ocorre a doença de um significado que possa transcendê-la; e, finalmente, construir um "corpo" consistente para a prática deste saber (corpo, tanto na acepção de conjunto de idéias, quanto na de pessoa, indivíduo). É porque não pode deixar escapar o objeto constituinte do saber que o "discurso médico visa essencialmente despossuir o doente de sua doença, e, se possível, livrá-lo dela" (Clavreul, 1983, p.134). Não se fala na doença de tal ou qual sujeito, fala-se tal diabético, hemofílico, cardíaco, renal crônico. Fora desta inscrição, para o discurso médico, tal ou qual sujeito não participa de sua ordem, ou, pelo menos, não é assunto de seu interesse.

Sob o imperativo da "... fatalidade de seu poder" (Barthes s/d, p. 43), o discurso médico necessita, além de constituir/construir um sujeito-da-doença, destituir/destruir qualquer outra possibilidade. Possibilidade que aparece transparen

te quando, pelo instinto, é possível "ao indivíduo assegurar sua própria conservação, à espécie, sua perpetuação"(Clavreul, 1983 p. 137).

É por isso que a escuta daquele que fala de seu sofrimento é tão perigosa para a ordem médica. Mas isto do ponto de vista daquele que fala. Pois, no discurso médico, esta escuta é, propriamente, impossível. A doença é do médico, aquela que se supõe ser a do "doente", é pura incoerência para o saber médico: "o sofrimento, no discurso médico, se nomeia dor, ou opressão, ou febre" (Clavreul, 1983, p. 157).

Mas a doença se manifesta, aparece no indivíduo e o saber médico precisa emitir um discurso, sob a ameaça de que o "doente" se mostre como algo mais que um lugar. Todavia, uma garantia: "o lugar onde o objeto subsiste não é o objeto"(Clavreul,1983, p. 121). É na medida em que responde com sintomas localizáveis (a olho nu, através de exames laboratoriais e outros) dentro da lógica da ordem médica que se institui o sujeito-da-doença. Porque o que existem são sintomas - inchação, cansaço, e outros - como representantes da doença.

É pela sistematização ordenada e coerente, pela construção de leis e prescrições, pelo estabelecimento de freqüências, agrupamento de sintomas, ou seja, ditando um modelo, que o discurso médico engendra para a doença um sujeito. Portador de uma norma constitui o modelo do homem sadio. Estranha estratégica para a construção de um sujeito-da-doença,porém, absolutamente eficaz e poderosa. "Pelo tratamento, pela prevenção, até mesmo por estudos genéticos, a Medicina tende a constituir o homem

tão "normal" quanto possível" (Clavreul, 1983, p. 228). Mas o normal a que este discurso se refere, nada tem a ver com a normatividade do organismo, que comporta noções tão diversas daquelas ditadas pela ordem médica. Espelhando-se nesta normatividade, provoca uma inversão, impondo um juízo de valor que institui o homem "normal". Porque calcado na entidade doença, este é passível, a todo o momento, de se transformar em sujeito-da-doença. Sem exagerar, pode-se dizer que a condição de sua existência está ligada à determinação de ser um sujeito-da-doença.

Engendrando este sujeito-da-doença, o discurso médico encontra sua legitimação e, mais ainda, cria um instrumento que assegura ao saber médico a possibilidade de se constituir hegemonicamente. O que se pode reconhecer nesta disposição do discurso é uma intenção normativa e universalizante. Supondo normas as quais o indivíduo deve, obrigatòriamente, se conformar a Medicina se constitui hegemonicamente num saber que pretende dar conta do homem como um todo.

Com isso, as ciências da vida criam um paradigma, possibilitando sua apropriação pelas ciências humanas. Assim, mais do que inferidas das ciências da vida por inspiração biológica, as ciências humanas o são por inspiração médica. Neste sentido, o objeto das ciências do homem é demarcado, também, pelo princípio do normal e do patológico (Foucault, 1980).

## A Hegemonia do Saber Médico na Atualidade

A constituição do sujeito-da-doença se configura, portanto, como condição de possibilidade para a instauração de uma

hegemonia do saber médico. Dissolvendo as contradições que poderiam acarretar seu questionamento, o discurso médico forma um todo homogêneo e coerente de pensamento. Com o objetivo de tratar o sujeito-da-doença, a Medicina vai passar a classificar, diagnosticar, prevenir, controlar, extirpar, enfim, submeter este sujeito à doença, assujeitando-o ao seu poder.

Como uma das formas de exercício do que M. Foucault denomina bio-poder (Foucault, 1985), o saber médico vai, a partir do século XVII, conquistando cada vez mais espaço. É a partir do século XX que se pode situar mais concretamente a que lugar é alçado. Mostrei no capítulo precedente as dificuldades em nossa era para definir e delimitar o que é a doença; mas mostrei, também, como a Medicina provoca uma ruptura na questão da fronteira entre vida e morte e como possibilita que qualquer outra prática discursiva se faça por emulação a sua própria.

Um olhar sobre a trajetória da Medicina, de seus primórdios aos dias de hoje, configurando-se como racionalidade abrangente do indivíduo, permite entrever, então, os impasses com que se depara para ascender como hegemônica. Tendo constituído o sujeito-da-doença e, a partir daí, produzido uma teoria explicativa do homem, o saber médico se contrapõe ao saber religioso, almejando seu lugar. Bastante significativo um documento intitulado "Instrução a respeito da vida humana em sua origem e na dignidade da procriação", em que o Vaticano adverte os cientistas para que "não usurpem o poder de Deus sobre a vida e a morte" (Jornal do Brasil, 1987). Com o mesmo estatuto da religião, a Medicina se constitui num "dossel de símbolos" (Berger) apoiada na questão da vida e da morte, conquistando esta condi

ção na própria instituição dos parâmetros normal/patológico.

A propósito desta configuração, pode-se observar, conforme aponta Figueira (1978) que nas sociedades simples

> "a mitologia - (...) faz com que a realdiade inteira aparece, para todos os membros de uma sociedade em que vigora, como constituída por um único tecido. As sociedades complexas, nas quais a mitologia não desempenha semelhante papel, desenvolveram o pensamento teológico que serve de mediador entre os outrora contínuos mundo humano e mundo sagrado, constituindo um corpo de conhecimento cultivado por especialistas e, portanto, afastado do patrimônio geral de conhecimento à disposição imediata da sociedade. O mesmo tipo de processo (afastamento do conhecimento comum e apropriação por uma elite de especialistas) marca a constituição da ciência e da filosofia modernas (...) Em sociedade complexa, depois do divórcio entre Igreja e Estado, (...) e da consequente pluralização, o poder integrador das ciências religiosas foi muito esvaziado" (Figueira, 1978, p. 57)[4].

Se é através destes parâmetros que o saber médico vai se constituir hegemonicamente, por outro lado, é preciso que se estabeleça a consolidação deste poder pela prática. O fato do discurso não é condição suficiente, ainda que necessária, para sua confirmação.

> "A disciplina é um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras" (Foucault, 1971, p. 38)*.

---

[4] esta configuração permite aos indivíduos se vincularem a outros sistemas.

O modo como o saber médico vai exercer seu poder, é sútil,pois não se dá diretamente, através de sanções, mas pela ameaça à vida, caso o indivíduo não se conforme a elas. À dúvida constante que aflige o indivíduo sobre a necessidade de se submeter a um tratamento, o saber médico contrapõe um prognóstico temível: "deixe de fazer e verá o que acontece". É nesta ameaça que aparece a sua competência, assim como é na obstinação em desobedecer, que se dá sua confirmação.

Estranha situação: não é com uma promessa de cura que se estabelece a hegemonia, mas com a perspectiva de que, fora daí, não há saída. Desta forma, seu domínio se estende consideravelmente. Não se trata mais de responder a uma demanda que, na verdade, nunca veio da parte do indivíduo que passa mal, mas uma demanda da ordem da ideologia, da racionalidade política instituída. Trata-se, agora, de impor um modo de existência que alcance o indivíduo em todos os níveis, desde suas motivações ao comportamento sexual, do seu trabalho ao seu lazer e moradia.

Mas se esta é uma característica da atualidade, pode-se ver como, embrionariamente, isto já se delineava. Segundo Foucault (1974a), no século XVIII já aparece a figura da "autoridade médica [como] uma autoridade social", verifica-se um alargamento do "domínio de intervenção médica: (...) o ar, a água, as construções, os prédios, os esgotos, etc., torna-se [...] objeto médico", o hospital se transforma, em "aparelho de medicalização coletiva", e se promove a sistematização "de mecanismos de administração médica, registro de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, etc.::" (Foucault, 1974a., p.14).

Neste sentido, tornando-se uma "prática social", a Medicina passa a ter condição de ascender a um "status" de hegemonia.

O alargamento do campo de atuação médica provoca, como efeito, uma falta de especificidade, já que tudo se torna médico, mas, em contrapartida, permite um controle e regulação mais completos da sociedade. E o que é mais relevante, se, no que se denomina Medicina moderna a função principal dizia respeito à "manutenção e reprodução da força de trabalho"(Foucault,1974a, p. 18), hoje a Medicina se caracteriza como "capaz de produzir riqueza" (Foucault, 1974a., p. 18) na medida em que toda a vida, porque medicalizável, tornou-se fonte de consumo.

Retardar a morte, eis a promessa. E toda elaboração para anular esta máxima, toda tentativa de se contrapor só tem um efeito: criar a ilusão de que aí reside nossa liberdade, mas que liberdade ? De vida ? Certamente que não.

Alguns poderiam refutar: e a promessa de cura que, em algum momento, foi objeto desse saber ? Aí está uma brecha; apesar de totalizante, este saber não está constituído de uma forma compacta, apresenta espaço para um outro dizer.

Se, aparentemente, estes interstícios vão remeter a algo sobre o qual o campo constituído não teria o que dizer, propiciando, assim, uma refutação crítica de seus pressupostos, ao mesmo tempo, se configuram como estrategicamente vazios, passíveis de serem preenchidos na medida em que se faça pertinente a

reestruturação do campo[5].

A disposição destas brechas, destes espaços vazios configuram-se como demanda de completude, conseqüentemente, como possibilidade de introdução de novos conceitos visando tomá-los para si, enquanto modos de apreensão da realidade. Trata-se de uma postura que, se por um lado pretende, pela apropriação do que lhe transcende, o preenchimento destas brechas, visa, como efeito, o esvaziamento do outro campo pela expropriação de seus conceitos. Compreendendo que esta estratégia tem como efeito a neutralização do que estava fora, cria-se, assim, a possibilidade de uma difusão deste saber que, por sua vez, vai propiciar a sua transformação em Weltanschauung (Figueira, 1984).

Se, nos tempos antigos pode-se falar de incompetência com relativa naturalidade: "Hipócrates, depois de examiná-la estimou que seu caso ultrapassava os recursos de sua arte e aconselhou que consultasse o oráculo de Delfos" (Clavreul, 1983, p. 10, meu grifo), parece que algo bem semelhante está sendo veiculado quando nos deparamos, hoje, com o artigo "Medicina conforta na morte ao perder a luta pela vida" (Villas Bôas, 1987; meu grifo). Agora mesmo perdendo a luta, a Medicina toma o lugar do oráculo de Delfos e pode passar a confortar, mas, com que instrumento ? Radicalizando esta linha de raciocínio, é possível dizer que, na verdade, estes dizeres não pretendem se referir à incompetência da Medicina, mas daqueles que não respondem, adequadamente, à intervenção médica, "não respondendo ao tratamento" ou "teimando em morrer".

---

5 pode-se considerar que este lugar, estrategicamente vazio, se refere a uma impossibilidade de alcançar o real.

# CAPÍTULO III

## HEGEMONIA MÉDICA E APROPRIAÇÃO DE SABERES

O que se mostra como brecha no saber médico, isto é, o fato de não promover a cura, de não livrar o sujeito inteiramente da doença,vai produzir um obstáculo a sua hegemonia. Todavia, quando se entende hegemonia

> "em primeiro lugar, como processo, como prática sempre recomeçada e, em segundo lugar, como prática contraditória, na medida em que institui como universal uma Ordem que é fundamentalmente particular" (Luz, 1981, p. 29),

pode-se depreender que toda resistência, que se opõe a um saber hegemônico, tem um efeito positivo que resulta em permitir sua consolidação pela assimilação ou eliminação do que resiste.

Com isto,não há como dizer que outros saberes/discursos

sejam inócuos; no entanto, o discurso médico se mostra tão "envolvente" - e globalizante - que a tentativa de o contrapor passa a ser, neste sentido, uma produção imanente ao próprio saber médico.

Procurando analisar estas brechas, o presente capítulo pretende caracterizar as dificuldades que o saber médico enfrenta para manter uma posição hegemônica e os meios empreendidos para resolvê-las.

Isto vai apontar para uma preocupação constante do saber médico no que se refere ao seu objetivo fundamental, qual seja - mais do que a intenção de curar, o que é criado pela Medicina é uma tal situação que tenta impedir qualquer outro discurso para um "sentir diferente". Quando Clavreul, por exemplo, diz que ao sofrimento o discurso médico nomeia opressão, dor ou febre, pode-se estender isso para: não é somente o discurso médico que enuncia deste modo, mas o próprio sujeito que constituído hegemonicamente por este discurso, não tem como dizê-lo de outra forma.

A emergência de novos saberes, no início do século XX, tais como a Psicanálise, recolocando questões sobre a dicotomia psique/soma, a oposição normal/patológica e a própria relação médico/paciente vão ser utilizadas pela Medicina. Esta apropriação vai permitir uma ampliação de tal ordem de seu próprio domínio que já não se pode mais demarcar o que lhe é exterior ou não.

Esta análise tentará fornecer subsídios para verificar a persistência de uma função normativizante instituída pela pró

pria Medicina:

> "... pode-se dizer que, no século XX os médicos estão inventando uma sociedade, não mais da lei, mas da norma. Sociedade não mais governada por códigos mas pela perpétua distinção entre o normal e o anormal, é a perpétua tarefa de reproduzir o sistema de normalidade" (Foucault, 1974a, p.13).

Corroborando esta idéia, procuro, em primeiro lugar, mostrar, através de um esboço, as dificuldades com que a Psicanálise se defronta para se afirmar como saber. Em seguida, discuto como ao propor uma visão diferente da instaurada pela Medicina, ainda assim, se acha vinculada, quando de sua constituição, às injunções criadas por esta.

Finalmente, pretendo assinalar, a partir da análise da articulação prática de conceitos psicanalíticos e categorias médicas, de que forma a Medicina se apropria dos conceitos, ampliando seu campo e, de certo modo, consolidando sua hegemonia.

## A Necessidade de Outros Saberes

Quando a Medicina atinge o estatuto de hegemonia, respaldada por um nível de conhecimentos científicos e tecnológicos, começam a surgir dificuldades para a manutenção de seu poder.

Michel Foucault situa a crise da Medicina entre "os anos 1940-45, mais exatamente, o ano de 1942, data da elaboração do famoso Plano Beveridge que, na Inglaterra e em muitos países, serviu de modelo à organização da saúde depois da Se

gunda Guerra Mundial" (Foucault, 1974a p.1). Segundo este autor, numa época em que milhões de homens morrem, se configura uma variante do "direito de viver" ditada pela nova racionalidade política, a que designa como "o direito à saúde" (Foucault, 1974 a)

Até então, o objeto básico de preocupação do Estado era "assegurar a força física da nação, assegurar sua capacidade de trabalho, de produção, como também sua capacidade de defesa e ataque militar" (Foucault, 1974a, p.2), enfim, gerar a vida, gerindo o indivíduo. Agora se estabelece "uma inversão: não mais o indivíduo em boa saúde para o Estado, mas o Estado para o indivíduo em boa saúde" (Foucault, 1974a, p.2). A diferença reside em que até meados do século XX o interesse primordial era criar condições para a saúde, o que se fazia através de preceitos de higiene e tudo o mais que possibilitasse uma maior e melhor produção. A partir desta época, passa a predominar "o direito de estar doente quando se tem desejo e necessidade" (Foucault, 1974 a, p.3) implicando o direito do indivíduo deixar de trabalhar quando não está bem, se aposentar quando a doença interfere em sua capacidade de produção e outros.

Para responder a esta nova configuração, "a saúde entra no campo da macroeconomia" (Foucault, 1974a, p.3) tornando-se uma das principais funções do Estado, sua administração orçamentária tendo como objetivo tanto possibilitar o tratamento da população quanto prover uma igualdade de condições entre os diversos membros da sociedade. Dentro desta perspectiva, a saúde, o corpo e a doença, sendo socializados, passam a responsabilidade do Estado, mas, em contrapartida, servem como "um instru

mento de socialização dos indivíduos" (Foucault, 1974 a, p.3),ou seja, é através do corpo, doença e saúde que se vai promover a inscrição social dos indivíduos no sistema estatal. Este é o sentido do termo "medicalização da sociedade", caracterizando a abrangência da medicina que "em tudo intervém e começa a não ter mais fronteiras" (Machado, 1978, p. 156). A saúde, como questão econômica remete naturalmente à luta política que se passa a travar neste novo contexto.

Propondo a necessidade de se fazer a "história do corpo", Michel Foucault, contrapõe uma época, século IV, em que "o Estado atribuiu-se a tarefa do encargo das almas" (Foucault, 1974 a, p.4) à atualidade, onde se verifica uma "somatocracia": "vive-se sob um regime em que um dos alvos principais da intervenção estatal é o cuidado com o corpo, a saúde do corpo, a relação doença-saúde, etc". (Foucault, 1974 a,p. 5).

Apesar de sutil, esta inversão no foco de atenção tem uma série de implicações: mais do que simplesmente criar condições de existência (biológica), o saber médico tem como tarefa tratar de tudo que diga respeito ao indivíduo possibilitando um controle mais completo, ao abranger todos os níveis de sua existência. Ora, se a evolução tecnológica permitiu muitos avanços, promovendo a cura da doença, em alguns casos, ou o retardamento da morte, em outros, trouxe, também, alguns problemas que podem se situar em dois níveis intimamente ligados: o primeiro, com relação à necessidade de preservar a entidade doença; e o segundo, com referência a sua proposta de uma teoria explicativa do homem ao constituir, conforme apontado no capítulo anterior, o sujeito-da-doença. Isto mostra que o saber

médico tem um duplo compromisso - com sua coerência interna e com o que institui como verdade.

No que diz respeito à coerência interna - ao compromisso ontológico com a entidade doença - a Microbiologia ao mesmo tempo que descortina uma série de possibilidades de compreensão - no que diz respeito ao que era invisível para a anatomia-patológica - coloca também uma questão bastante séria:

> "o espaço social estava marcadamente medicalizado, delimitado por práticas e representações sociais definidas em algum nível pelo discurso médico, mas o lugar estratégico oferecido até então para a Medicina dentre o conjunto das instituições tende efetivamente a se estreitar. A teoria microbiana, com suas novas possibilidades tecnológicas, forneceu o suporte positivo para esta retração". (Birman, 1980, p.40).

Isto porque passa para um segundo plano a concepção dos fatores patogênicos como estando vinculados à ação do "meio social". Com a Microbiologia

> "o meio físico agressor, constituído de microorganismos, (...) se transforma na dimensão etiológica primária, na perspectiva das relações entre o meio interno e meio externo" (Birman, 1980, p. 40).

A predominância de uma "prática terapêutica" em lugar de uma "promoção da saúde" (Birman, 1980) restringe o saber médico a um campo de atuação mais específico - ao tratamento da doença. Em função disso, a questão da saúde, propiciadora de um exercício mais pleno de poder, é descentrada enquanto preocupação primordial para o saber médico.

A nível de teoria explicativa do homem, o ato de retardar a morte, exige, concomitantemente, uma explicação do significado desta existência "em excesso", visto que é concedido

ao indivíduo mais vida do que a que "teria direito", caso não se submetesse ao saber médico. Por outro lado, o sujeito constituído como sujeito-da-doença vai se voltar para a Medicina, sempre que encontrar dificuldades para resolver suas questões - que vão desde como tomar um medicamento a como se comportar.

Quanto ao segundo aspecto do compromisso, o que institui como verdade, é possível observar, conforme apontado no capítulo anterior, de que modo, a partir de critérios de normalidade o saber médico constitui o sujeito-de-doença, mas também o "homem normal" enquanto passível de ser sujeito-da-doença. E ainda, como coloca as bases para as ciências humanas que, de certa forma, se desenvolvem a partir de conceitos tomados às ciências da vida (Birman, 1980)[1]. Assim, mesmo tendo se estruturado recolocando a questão normal/patológico dentro de uma outra ótica, subsistem para estes saberes os fundamentos empíricos ditados pelo saber médico. Entretanto, outros aspectos da oposição normal/patológico são colocados em evidência pelos saberes que emergem em fins do século XIX. Aspectos que tematizam, por exemplo, a questão social ocupando um lugar de destaque na interpretação da problemática do patológico, ou a questão psicológica trazendo contribuições para a compreensão da oposição normal/patológico. Calcadas na asserção de que

> "o patológico se define pela relação com o(s) outro(s), duplicando-se numa dificuldade localizada no espaço interno do sujeito, seja no plano do aprendizado da socia-

---

[1] Para o que importa nesta seção não tem sentido discorrer sobre o modo como a problemática é recolocada por estes saberes; a respeito, vide análise feita por Birman, J. (1980).

> bilidade, seja no de sua desestruturação por um problema atual" (Birman, 1980, p. 43).

Estes saberes remetem à necessidade de repensar a oposição normal/patológico configurando-se, assim, um impasse para o saber médico.

Retomando estes dois aspectos - compromisso ontológico com a doença e proposta de uma teoria explicativa do homem, pode-se caracterizá-los como impasses de ordem interna ao saber médico. Estes,por sua vez, estão remetidos a um outro, de ordem externa: verifica-se, na nova racionalidade política um deslocamento no foco de atenção, trazendo como questão primordial o bem-estar do indivíduo - o Estado para o indivíduo e não o indivíduo para o Estado. Este contexto passa a exigir da Medicina uma estratégia de atuação específica, que dê conta desta nova configuração.

Assim, é para responder a estes dois impasses que o saber médico se articula, procurando em outros o suporte para seu próprio discurso. Todavia, é importante ressaltar que este movimento não significa,de forma alguma, um possível desvirtuamento do saber médico. Mesmo atendendo a uma injunção interna que em princípio poderia significar um abalo em sua estrutura teórica, observa-se pelo modo como a Medicina "incorpora" outros discursos que, com isto, nada mais faz que se referendar.

## Medicina e Psicanálise: Articulação no Plano Teórico

Dentre os saberes que emergiram no século XX, a Psicanálise, a Sociologia e a Antropologia apresentam propostas teó

ricas com uma nova abordagem da questão humana. Neste sentido, vão se configurar, também, como possibilidade de fornecer à Medicina subsídios para resolver seus impasses.

Não se trata, neste estudo, de elaborar uma análise crítica destes saberes. Entretanto, considero relevante tratar, aqui, da articulação da Psicanálise com a Medicina, na medida em que as questões - relação médico/paciente, psique/soma - vão encontrar aí um ponto de referência para discussão.

Antes, porém, convém tecer algumas considerações sobre a emergência da Psicanálise, reivindicando um estatuto de cientificidade e,ainda, a primazia de um discurso abrangente sobre o homem. Estes dois aspectos,de certa forma, vão se constituir como elementos facilitadores da sua difusão. A seguir, algumas palavras sobre a técnica psicanalítica vão poder explicitar não só o que é privilegiado pela teoria, como também em que nível pode se verificar a sua transformação em Weltanschauung.

Esta análise vai fornecer subsídios para refletir sobre a questão da influência da Psicanálise na Medicina. O que se coloca, do ponto de vista da Medicina, em conseqüência dos impasses com que se defronta, conforme mencionado anteriormente, é a necessidade de um saber sobre o ser humano e não mais somente sobre a doença. Do ponto de vista da Psicanálise, de um lado a necessidade de uma objetividade científica e de outro, a novidade que introduz a respeito da oposição normal/patológico, recolocando a questão sobre outras bases, ao propor a noção de inconsciente. Num primeiro momento, estas configurações parecem delimitar uma demanda específica para a constituição de cam

pos específicos, quer em relação à Psicanálise, quer em relação à Medicina. Porém, não excluindo esta determinação, o que vai se verificar, dependendo do ponto de vista privilegiado, são disposições as mais variadas destes dois campos - imbricação, intersecção, tangenciamento e outras.

A Questão da Cientificidade na Psicanálise

Uma das preocupações primordiais de Freud foi, sem dúvida, dar um caráter de cientificidade a sua descoberta. Em vários artigos sobre metapsicologia a postura científica, na forma de tratar o material observado, é reforçada e comparada com a das outras ciências:

> "Em nossos dias a mesma coisa vem acontecendo na ciência da física, cujas noções básicas no tocante a matéria, centros de força, atração, etc., são quase tão discutíveis quanto as noções correspondentes em psicanálise" . (Freud, 1913, p. 94).

Aliada a isto, a preocupação em descrever o procedimento científico encontra-se sempre presente em sua obra e considera que "o verdadeiro início da atividade científica consiste antes na descrição dos fenômenos, passando então a seu agrupamento, sua classificação e sua correlação". (Freud, 1915, p. 137).

A contextualização histórica que remete "a filiação de Freud à epistemologia de seu tempo" (Assoun, 1983), mesmo levando em consideração sua emancipação em relação a este tempo, não é suficiente para explicar a preocupação freudiana com a cientificidade. A legitimação da Psicanálise precisava passar, neces

sariamente, por uma racionalidade científica, proclamando-se como uma ciência-da-natureza (Naturwissenschaft). Esta necessidade se refere, sem dúvida, a uma injunção da própria Medicina, cujo caráter de cientificidade já estava devidamente legitimado. Em contrapartida, esta reivindicação se faz pertinente em virtude do próprio objeto de Psicanálise - o inconsciente. Qualquer tentativa de sua validação estava fadada ao fracasso, caso Freud não pudesse demonstrar que sua concepção do aparelho psíquico era de âmbito científico. Assim, não havia como escapar ao imperativo de explicar coerentemente este inconsciente ao mesmo tempo que, na prática psicanalítica, o objetivo era permitir seu afloramento (Bucher, 1984). Isto porque Freud postula a existência do inconsciente em contraposição a uma tradição filosófica vigente (positivista) correndo o risco de cair no descrédito, no terreno da magia, da sugestão ou das especulações fantasiosas, caso não fundamentasse sua teoria com o máximo de objetividade.

Sua oposição, todavia, é mais ampla e se faz até mesmo aos

> "filósofos e psicólogos que desenvolvem brilhantes pontos de vista teóricos acerca do inconsciente na base de conhecimento adquirido por ouvir dizer ou a partir de suas próprias definições convencionais..." (Freud, 1909, p. 230)

exortando-os a procurar os fundamentos teóricos na observação: "... que se podem adquirir a partir de um estudo direto dos fenômenos do pensar obsessivo", (Freud, 1909, p. 230), por exemplo.

Conferindo à Psicanálise o estatuto de "um procedimento para a investigação de processos mentais que são inacessíveis de qualquer outro modo" (Freud, 1923, p. 287, meu grifo) e que "... diz respeito ao conjunto do destino do homem mais do que qualquer setor de sua atividade" (Pontalis, 1972, p. 95), podemos entrever as implicações decorrentes, não só a nível da necessidade de objetividade científica mas quanto à abrangência desta disciplina, no que diz respeito ao destino do homem.

A Questão da Técnica e da Difusão Psicanalíticas

Com esta especificidade, abre-se um leque de possibilidades. Não pretendendo ficar preso a modelos rígidos, pelo menos àqueles oficiais e tradicionalmente inscritos, pois pressupõe e fundamenta os processos mentais inconscientes dentro de uma outra lógica, Freud dispõe os elementos para uma difusão da Psicanálise. Esta lógica, no entanto, não foge ao modelo determinista do espírito científico. Ainda que se possa detectar, em sua obra, uma preocupação de definir a Psicanálise de forma clara e concisa, a análise dos diversos modos de definição mostra que não levam em consideração "o que a psicanálise realmente se torna na cultura psicanalítica". (Figueira, 1984, p. 157)[2]*

Neste sentido, compreende-se a abrangência da Psicanálise que não se restringiu a "meramente um método terapêutico ou pura teoria mas tornou possível uma percepção mais aguda e uma

---

[2] para uma compreensão mais abrangente da questão da difusão de psicanálise, vide Figueira, S.A., 1984/1986.

compreensão mais profunda do que é natural e humano em toda parte". (Rank, 1924, p. 721)*. Ainda que propalada por seus seguidores, esta abrangência encontra no próprio Freud seu disseminador. Assim, é no estudo da complexidade dos modos de difusão psicanalítica que percebemos que "... há na própria teoria e técnica psicanalíticas o potencial para transformar a psicanálise difundida em uma Weltanschauung" (Figueira, 1984, p. 162)*. Penetrando em todos os espaços, a Psicanálise passa a explicar, justificar e mesmo construir uma nova realidade para o homem. Com este estatuto, sem dúvida, vai se contrapor à Medicina que também pretende, com seu discurso, uma teoria explicativa do homem.

Mesmo tendo presente esta contextualização cabe, aqui, a ressalva de que, afinal

> "como toda terapêutica científica moderna, a psicanálise nasceu comprometida com objetivos sociais mais amplos que a cura de doentes. A história da família, da educação e da moralização do comportamento público das massas e das elites mostra como a medicina, a psiquiatria e a psicanálise funcionaram como dispositivos disciplinares imprescindíveis à ordenação da sociedade industrial, capitalista ou burguesa, como se prefira. Nunca houve, portanto, este momento originário, onde a razão pura da ciência jurou fidelidade a seu objeto, desprezando o concubinato com o poder. Esta ficção já viveu sua Idade de Ouro. Hoje, tem seus dias contados" (Costa, 1984, p. 126).

***

A técnica terapêutica proposta por Freud vem reforçar esta posição. O"setting", que estabelece uma série de regras a serem respeitadas (horário, número de sessões, forma de pagamento e outras), se constitui para possibilitar a sistematização da relação transferencial dentro do processo terapêutico. Isto porque a noção de transferência, de acordo com Freud, não está referida unicamente a teoria e prática psicanalíticas; trata-se de um fenômeno universal que diz respeito à própria estruturação do sujeito, sendo instituído, então, pela neurose. Esta forma de caracterização permite que a figura do psicanalista, detentor de uma técnica, tenha condições de privilegiar uma determinada escuta. É como se a figura do psicanalista pudesse estabelecer o próprio"setting"onde ocorre a relação transferencial[3].

Cabe ressaltar que não tem sentido a crítica ingênua que coloca em questão a eficácia da técnica psicanalítica, alegando que a transferência poderia se dar em qualquer situação. O objetivo não é, de modo algum, a transferência, porque o que a Psicanálise visa é o que está além da transferência que é, também, uma resistência.

Com uma escuta calcada na relação transferencial, o psicanalista não se fixa no que lhe é apresentado como material, e privilegia os não-ditos, os atos falhos, as associações livres. A especificidade da escuta permite que o campo psicana

---

[3] A questão da transferência gera uma grande polêmica entre os psicanalistas, levando alguns a considerar que, fora do consultório, não há psicanálise, inviabilizando, desta forma, o trabalho nas instituições, por exemplo. Não pretendo aqui defender qualquer posição a respeito, mas tão somente apontar como esta questão, de certa maneira, corrobora um determinado modo de difusão psicanalítica; sem contar com o fato de que o que vemos, hoje em dia, são os psicanalistas dentro das instituições.

lítico se configure de uma forma sui-generis, o psicanalista sendo aquele que sabe do analisando algo mais que ele próprio e aquele que vai possibilitar, pela interpretação, que o analisando passe a saber. Ocupando este pólo da relação (saber/não-saber) abre-se um espaço para a identificação, no campo psicanalítico, de uma relação de poder, permitindo, desta forma, a instituição de um lugar de competência para a Psicanálise. Esta situação vai corroborar a possibilidade de sua transformação em uma Weltanschauung, já que a Psicanálise vai falar ao homem algo diferente do que "sabia" (construção de uma nova realidade para o homem)[4].

A Questão da Influência da Psicanálise na Medicina

Mesmo considerando que a proposta da Psicanálise não é a de "preencher com seu saber as ignorâncias da medicina, como se elas fossem fortuitas" (Clavreul, 1983, p. 34), e que estas "ignorâncias" remetem às brechas, aos interstícios constitutivos do saber médico, elas também têm este papel com referência ao saber psicanalítico, conforme constata o próprio Clavreul: "São, portanto, obstáculos epistemológicos que marcam os limites do saber e do poder médico, como marcam alhures os limites do discurso psicanalítico" (p. 34). Apesar de pretender que a

---

[4] cabe a ressalva de que não se trata de problematizar a questão do saber do psicanalista, mas tão somente mostrar a possibilidade de viabilizar um lugar de competência para a Psicanálise. Para uma discussão pormenorizada sobre esta questão vide Birman, J. (1984); Clavreul, J. (1983); Herzog, R. e Oliveira, G. (1986); Costa (1984)

retomada da questão do sujeito seja possível através do discurso psicanalítico, Clavreul reconhece "alhures os limites" deste discurso.

É importante deixar bem marcado que não se trata de um movimento unilateral, a Medicina tentando apropriar-se do discurso psicanalítico para preencher uma falta (que é estruturante) pela integração deste discurso ao seu. Também não se trata, absolutamente, de integração, noção que remete à idéia de tornar inteiro, completar, beneficiando-se de conceitos de fora de seu campo. Se fosse este o caso, teríamos que concluir que a influência da Psicanálise na Medicina se dá pela sua demanda com um objetivo específico, o de completude. Trata-se, sim, de uma inserção, que remete à idéia de introduzir, incluir e à qual a Psicanálise parece poder responder positivamente.

Esta inserção, tão propícia, tem um sentido também para a Psicanálise. Vimos, pela análise das suas determinações internas e nas próprias "démarches" freudianas, como se instaura a necessidade de uma consistência científica. Afinal, nunca é demais lembrar que Freud era médico. Num artigo datado de 1933, Ferenczi atribui "fatores acidentais" para explicar a influência de Freud na Medicina, tais como, caso Anna O., relação com Breuer, crítica freudiana às terapêuticas vigentes, interesse de Freud pela verdade. Esta visão, que traduz a de seus muitos adeptos, parece-me um pouco ingênua. A idéia de um Freud ter descartado o método da hipnose e da sugestão por estar preocupado com a credibilidade científica da vida psíquica inconsciente e, ainda, a necessidade de elaborar uma teoria de caráter eminentemente científico - a metapsicologia - parece responder

melhor às exigências para se constituir como um saber do mesmo porte da Medicina, saber reconhecidamente aceito naquela época.

Admitindo em Freud uma preocupação em não generalizar "unindo prematuramente o mental e o físico num monismo materialista" (Ferenczi, 1933, p. 147), Ferenczi considera que não se tratava de uma recusa essencial com respeito "a concepção monista do conhecimento", mas, sim, que o dualismo proposto por Freud estaria remetido a uma impossibilidade momentânea de unificação, o que viria a se consolidar a partir de uma influência de Freud na Medicina. Visto sob um outro ângulo, pode-se contrapor que este artigo, tomado aqui a título de exemplo de uma certa tendência de pensamento que circula entre adeptos e pode estar a serviço de críticos da Psicanálise, tem uma outra intenção, a de fundamentar medicamente a Psicanálise, mesmo quando afirma que esta última possibilitou que se transformasse a prática médica de uma "arte terapêutica", em "ciência".

Quando a Psicanálise propõe a reformulação desse sistema (do saber médico) construindo um continuum normal/anormal, o que ocorre é a tentativa de explicitar, dentro de uma outra ótica, vários fenômenos designados como doença pela psiquiatria da época tentativa que, no entanto,

> "funciona efetivamente como uma nova medicalização, não somente da histeria e da neurose que Freud procurou subtrair aos psiquiatras, mas uma medicalização bem maior pois a própria conduta cotidiana é passível, atualmente, da atividade psicanalítica" (Foucault, 1974a, p. 16).

Dizer que esta não era a intenção de Freud é, como já afirmei, uma justificativa um tanto ingênua.

Ora, é certo que a Psicanálise se constitui como saber privilegiando a falta como a questão fundamental do sujeito; como tal, aparentemente, não almeja uma hegemonia através da normatização que dê conta da relatividade do saber. Mas é certo também que em "Projeto para uma psicologia científica", Freud (1895) pretende que:

> "A finalidade deste projeto é estruturar uma psicologia que seja uma ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, dando assim a esses processos um caráter concreto e inequívoco". (p. 395).

Ainda que, segundo alguns autores, Freud tenha rejeitado o Projeto, esta pretensão traduz uma intenção clara de conferir à Psicanálise, abrangência.

A Psicanálise emerge a partir da constatação concreta do que falta à Medicina e tenta preencher este "lugar vazio". Por isso entendo que este lugar preenchido, que alguns designam como espaço possível de influência da Psicanálise na Medicina, tem um sentido mais amplo e que se contrapõe a este: é o lugar possível e (se torna) imprescindível para a própria alimentação/sustentação da Psicanálise, mas também e, fundamentalmente, serve para validar a hegemonia médica.

## Medicina e Psicanálise: Articulação no Plano da Prática

A apropriação de conceitos de outros saberes vai propiciar uma saída para os impasses da Medicina, tanto no que diz respeito à necessidade de preservar sua coerência interna e o

que institui como verdade, quanto no que se refere às exigências da nova racionalidade política.

Convém, neste momento, mostrar como na prática médica se detecta os impasses, ou seja, quais as questões com que a Medicina se defronta e quais as soluções que propõe no cotidiano. Sob este ângulo, será possível elucidar o que entendo por "saber(es) a serviço da medicina". Não se trata, de nenhuma forma, de uma desconsideração em relação a estes saberes, mas tão somente mostrar o sentido de sua constituição enquanto articulados e utilizados pelo saber médico.

O compromisso da Medicina com a entidade doença, levado às últimas conseqüências exigiu, como já visto no capítulo anterior, a constituição de um sujeito-da-doença constituído segundo um tipo de racionalidade filosófica eminentemente positivista e que nos é bastante familiar - atendo-se à dicotomia psique/soma, a Medicina privilegia o corpo como seu foco de interesse, sendo visto, fundamental e necessariamente como a res extensa de Descartes, como algo sobre o qual acontecem coisas, no qual se aloja a doença.

Mas este "alojar-se" sofreu alguns reveses - a anatomia - patológica não abrange todas as doenças, conforme mencionado no primeiro capítulo. Com a introdução do "indivíduo doente" e tentando dar conta da inconstância do objeto em que a doença está inserida - o homem - uma pergunta se coloca: o que/quem é ele, para além de um corpo biológico ? Os subsídios fornecidos pela noção de normatividade biológica não responderam satisfatoriamente a esta questão, na medida em que se referem muito mais

à espécie do que ao próprio indivíduo. Torna-se, então, necessário reconsiderar o problema, voltando a procurar no corpo a explicação. Grifo o termo, pois não se trata de descartar as premissas com que o saber médico se constitui, ou seja, aquelas que privilegiam o corpo biológico.

Não se trata de rever esta posição e aceitar a introdução de outra noção como, por exemplo, a de psique. Quando isto ocorre, é de uma forma sui generis: a psique sendo entendida através da noção de soma, ou seja, sem que haja a superação da dicotomia.

Paralelamente, a noção de corpo anatomo-patológico que o discurso médico oferece, não satisfaz plenamente à exigência, por parte da nova racionalidade política, de um controle mais abrangente do indivíduo, conforme já apontado neste capítulo.

Para responder a esta exigência, a Medicina retoma o discurso psiquiátrico, valorizando-o, mas isso só ocorre na medida em que a "Psiquiatria passa a fornecer modelos racionais e dispositivos técnicos para a Medicina". (Birman, 1980, p. 72)[5]. Assim, mesmo não apresentando uma lesão, de acordo com os parâmetros instituídos pela Anatomia-patológica, o corpo permanece visível, presente, no discurso da loucura.

Com um discurso mais "humanizado", onde se escuta o so

---

[5] Para uma melhor compreensão do processo que possibilitou o predomínio do discurso psiquiátrico, vide Birman, J. (1978/1978a); Castel, R. (1987); Foucault, M. (1974).

frimento, o sentir de cada doente, a Psiquiatria "procura fornecer um ponto de articulação da pessoa e da enfermidade, com o objetivo de possibilitar outras formas para a prática médica, numa perspectiva ética e terapêutica" (Birman, 1980, p. 73). Identificando o poder psiquiátrico como poder disciplinar a aceitação pela Medicina da Psiquiatria se verifica quando esta instaura um discurso coerente sobre os indivíduos enquanto "corpos sujeitados" (Foucault, 1974 ). Por extensão, é quando o histérico impõe um corpo sexual e não anatômico, disciplinar ou neurológico, para a Psiquiatria, que vai emergir a Psicanálise (Foucault, 1974).

Configura-se, assim, a possibilidade para a Medicina de articular um sentido da doença, além de uma causa, pois se a doença tem o corpo concreto como terreno para se alojar, sua inconstância demanda uma explicitação que permita apreendê-lo. É neste sentido que o saber médico toma para si o corpo, em suas várias expressões - corpo social, fantasmático, psíquico. Todos corpos constituídos por saberes que emergem dentro do novo contexto social. Mas sempre corpos que se manifestam na doença.

Articulando a ligação entre psíquico e somático, (seja por um hífen, psico-somático, ou simplesmente ligando os termos, psicossomática, na racionalidade da doença orgânica, o discurso médico parece ampliar consideravelmente seu campo, abrangendo o ser humano em todas as suas formas de expressão.

A emergência desta forma de apreensão do ser humano, na dimensão bio-psico-social tem, como uma de suas conseqüências, possibilitar o exercício de um controle mais refinado. Privi

legiando um sentido para a doença, através, entre outros, da compreensão das dificuldades emocionais do homem, da percepção de seus sentimentos, o que desponta como prática é um outro modo de falar/lidar com a doença através de sua mediação, constituindo-se, assim, a relação médico/paciente, última palavra em matéria de eficácia terapêutica.

Desta forma, estes dois aspectos - relação psique/soma e médico/paciente - se verificam como propiciadores de uma nova compreensão do homem doente. Com o objetivo de uma intervenção no campo da Medicina para dar conta destes aspectos, várias técnicas psicológicas surgem em meados do século XX. Para fundamentar suas práticas, buscam na Psicanálise os subsídios que sua configuração teórica permite fornecer, conforme apontado neste capítulo.

## Relação Psique/Soma e a Psicossomática

A Psicossomática se constitui como proposta de uma nova leitura sobre o fenômeno da doença, como já mencionado no primeiro capítulo. Utilizando-se de conceitos psicanalíticos, esta visão vai empreender um discurso "psi" do sujeito-da-doença conforme se pode depreender da seguinte citação:

> "Medicina Psicossomática, [...] é um estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais" (Eksterman, 1985, p. 55).

Se em seus primórdios a concepção psicossomática privi

legiava os fatores psíquicos como desencadeadores de certos distúrbios somáticos - úlcera, asma e outros (Alexander, 1970)*, esta visão foi se estendendo e sofreu modificações, passando a considerar que

> "qualquer que seja a origem de uma doença, por incidir num ser que é sempre mental, passa a ser instantaneamente psicossomática, pelas várias repercussões psicológicas imediatamente despertadas" (Mello Filho, 1983, p. 18).

Ora, esta visão abrangente designa, claramente, uma intenção, a de que o saber médico deve levar em conta "o indivíduo como um todo", e por trás disso, a de que a doença é o efeito de um abalo, pois "a enfermidade passa a ser a expressão de um tropeço existencial, de uma disfunção no processo de viver, de um conflito,..." (Mello Filho, 1983, p. 18).

## Relação Médico/Paciente e Grupo Balint

A forma mais sistematizada de pensar a questão da relação médico/paciente foi empreendida,pela primeira vez, por Michael Balint, , na Tavistock Clinic (Inglaterra), por volta de 1950. Detendo-se no que ocorre nesta relação, que vai desde a demanda do paciente à iatrogenia médica, este psicanalista propõe um "modelo de prática clínica" (Birman, 1980) que acaba por conferir ao médico um papel de psicoterapeuta:

> "o princípio é a interação entre o paciente e seu terapeuta, estudado no seio de um grupo em que cada membro tem a responsabilidade total e permanente de seus doentes" (Balint, 1970, p. 14)*.

Trata-se, me parece, de uma relação centrada principalmente no médico, como se pode depreender pelo termo que designa o outro pólo da relação. A própria noção de paciente já estabelece uma relação contaminada por esta visão: não é com o ser humano que ele estabelece alguma comunicação, mas com o paciente, enquanto sua criação. Dentro desta perspectiva, a relação médico-paciente tem um caráter duplo - o de transformar toda e qualquer demanda em doença, e ainda, o de possibilitar, pelo exame atento e minucioso de tudo o que se passa com o paciente, o estabelecimento de uma ascendência sobre o indivíduo em todas as suas instâncias. Uma relação onde um dos pólos tem o saber e o outro tão somente o direito da demanda ou o dever da demanda, é, antes de mais nada, uma relação de poder.

Referências na Prática

Estas e outras técnicas psicológicas, não necessariamente com o mesmo embasamento teórico, podem ser encontradas expressas em vários artigos sobre os aspectos psicológicos do doente orgânico. Retomando o exemplo dos pacientes com insuficiência renal crônica, grande parte da literatura que versa sobre o assunto está pautada na visão acima descrita ou em visões correlatas. Seguem alguns exemplos:

A maioria dos autores que lidam com doentes com insuficiência renal crônica e também com outras problemáticas orgânicas crônicas consideram a negação como um mecanismo de defesa altamente utilizado pelos pacientes (Brendam, et. al., 1983) . Segundo este ponto de vista, o paciente não assume as dificulda

des e as limitações decorrentes de sua doença a nível consciente. Alguns autores sugerem, através de resultados de testes e entrevistas clínicas, que o objetivo da utilização da negação é reduzir o impacto do estresse provocado pelo tratamento. Todavia, de acordo com esta visão, a radicalização desta postura acaba acarretando uma piora significativa do paciente que passa a desconsiderar as prescrições médicas seja em relação à assiduidade no tratamento, aos medicamentos ou à dieta.

Com relação à tentativa de suicídio, profissionais constatam uma alta incidência (cem vezes maior que na população normal) nos pacientes renais crônicos (Abraham, A.S. et. al., 1971)

Pesquisas psicológicas concernindo às dificuldades sexuais que abrangem "perda de libido", impotência, baixa performance e outros são relatadas na literatura, mostrando a freqüência destes comportamentos em indivíduos submetidos ao tratamento de diálise. Embora não haja referência a uma etiologia específica, estabelecendo que fatores estão diretamente ligados a esta problemática, estudiosos no assunto apontam que aspectos orgânicos e psicossociais contribuem significativamente para o aparecimento destas dificuldades.

A necessidade de cumprir determinadas dietas alimentares - nos doentes crônicos em geral - e a restrição hídrica no caso da insuficiência renal crônica é um tema largamente pesquisado. A literatura, em geral, reporta a situações infantis de satisfação.

A relação de dependência é outro aspecto levado em consideração. Compreendida como uma realidade incontestável já

que a sobrevivência do paciente depende do tratamento, os autores remetem, por extensão, a uma relação de dependência com a equipe, os medicamentos e os familiares. A relação com a equipe é largamente referida por vários autores (Clapham, M., 1981; Souza, E., 1986; Lima, E., 1986; Moreira, E., 1986),

Moreira (1986)observa que pacientes em programa de CAPD têm vários estágios de adaptação e minoração dos índices de desestruturação. Diversos "quadros de personalidade" e sintomas psiquiátricos foram observados através de testes como Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI), Escala de Inteligência Wechsler Bellevue para adultos (WAIS) e outros (Alvarenga, 1986).

Estas exposições, escolhidas entre inúmeras outras, têm como finalidade, neste momento, explicitar que objetivo comum se manifesta nos artigos, pesquisas ou práticas a que tive acesso. Citando um dos próprios autores que trabalham nesta área, pode-se constatar que a ênfase recai na preocupação de investigar "como pacientes e suas famílias podem ser ajudados para enfrentar seu tratamento" (Wing, 1983, p. 2)*. Todavia uma demanda também é explicitada:

> "a equipe médica e de enfermagem requer o conhecimento, discernimento (insight) e treinamento dos assistentes sociais para ajudar o paciente, no estágio final de doença renal, a aproveitar o máximo de sobrevida extra que adquire através de diálise e de transplante" (Wing,1983, p. 2)*(meu grifo)[6].

---

[6] Assistentes sociais abrangem psicólogos, assistentes sociais propriamente ditos, fisioterapeutas, nutricionistas.

Aí reside a grande tarefa das técnicas psicológicas:"ensinando" o médico a lidar com

> "... patologias mais sutis, de expressão mental e, acima de tudo, conviver com os pacientes, compreendendo-os.Muita iatrogenia é assim poupada, respeitando-se o estado do paciente neurótico e com personalidade perturbada, além de comprometer o médico com seu doente,ampliando sua ação assistencial. É o pediatra que inclue a mãe; o obstetra que inclue o marido da gestante; o clínico que se abre para o contorno social do doente; o cirurgião que pensa na família [do doente]; o hospital, nos acompanhantes. Exemplos ao acaso, apenas para esboçar um novo horizonte assistencial. O médico de família ressurge com uma perspectiva de ação sobre a personalidade e a estrutura social, interessado na compreensão das raízes inconscientes da conduta. A relação médico-paciente apresenta-se como fonte extraordinária de recursos terapêuticos e cria-se uma nova disciplina: a Psicologia Médica" (Eksterman, 1985, p. 61).

Conseqüências da Apropriação de Saberes para a Hegemonia Médica

A contribuição que algumas disciplinas trouxeram para o saber médico - algumas emergindo em contraposição à própria Medicina - possibilitou uma ampliação de seu campo. A apropriação de vários conceitos destes saberes pelo discurso médico efetuada, principalmente, pela via da "medicina mental", propiciou inúmeras abordagens num campo antes dominado, praticamente, por categorias médicas (estrito senso). Porém, a "psicoligização" da Medicina, longe de produzir como efeito um descentramento do poder médico, só fez consolidar sua hegemonia.

A inserção de categorias psicológicas e, mais especificamente, de conceitos psicanalíticos no discurso médico, vai dar margem a uma visão crítica que considera a Psicanálise não como "uma teoria qualquer, mas como a prática da totalidade de seus efeitos ou a produção de sua própria prática" (Castel,1978 p. 4). Caracterizando-se como "um incomparável sistema produtor de ideologias" (Castel, 1978, p. 5) a utilização de seus conceitos, por várias linhas teóricas, mais do que permitir a explicitação de uma nova percepção do homem, vai fornecer subsídios à necessidade de explicitar "incompetências" do saber médico. Estas "incompetências" emergiram num determinado momento histórico e remeteram à urgência de reorganizar o que escapava ao seu domínio.

Com efeito, o que se vai verificar é uma reestruturação do campo médico que responde à necessidade de um controle mais específico dos desvios que venham a se apresentar na medida em que tem do ser humano uma compreensão mais abrangente - em sua dimensão bio-psico-social. Vale a pena ressaltar que, em outras épocas, tal dimensionamento não se efetuava desta forma e todo desvio tinha a mesma conotação. É neste sentido que o hospital era

> "o lugar de internamento onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc(...) uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece" (Foucault, 1984 b,p. 102).

Esta fragmentação do indivíduo ocorre a partir do desenvolvimento de técnicas e/ou saberes cada vez mais específicos e particulares que pretendem apreendê-lo em sua totalidade, por

mais contraditório que isso possa parecer. Tendo como pressuposto básico a inserção do indivíduo como elemento ativo da sociedade, a forma desta inserção se efetua, necessariamente, através do corpo, não meramente biológico, mas do corpo como, antes de tudo, possibilidade do indivíduo se situar no mundo, fornecendo, assim, a sua própria delimitação e a do outro.

Psicologização e/ou sociologização da Medicina ? Não me parece. Se o saber médico assimila um discurso sobre o ser humano, trata-se, essencialmente, de uma estratégia. O que permanece, como primazia é, sem dúvida, o sujeito-da-doença, constituído pelo saber médico e que tem, acidentalmente, o chamado "piti". E a serviço da medicina, os paramédicos.

# CAPÍTULO IV

## A PERCEPÇÃO DE SI COMO SUJEITO-DA-DOENÇA

O raciocínio que vem norteando esta investigação é o de que o sujeito é constituído por práticas discursivas. Como tal, o discurso médico institui o sujeito-da-doença e pretende constituir uma teoria explicativa do homem, desde sua origem ao próprio estar no mundo.

Entretanto, considero relevante frisar o que em nenhum momento deste estudo foi negado, ou seja, o ponto de vista que fundamenta este estudo não pressupõe que coisas, fatos, homens são puras abstrações ou mera criação do pensamento. O próprio fato do discurso pressupõe uma transitividade.

Neste sentido, a construção do saber médico de um sujeito-da-doença, construção esta que, em última análise, instaura uma relação de poder, não deve ser entendida como um movimento unilateral, ou seja, um dos pólos como criador/dominante e outro criação/dominado.

A análise que se faz pertinente, neste momento, se refere a como, a partir do discurso médico, o sujeito se percebe como passível de ser sujeito-da-doença e/ou sujeito-da-doença. Para pensar esta questão,pretendo buscar subsídios na análise de Foucault sobre os diversos tipos de poder que tornam os seres humanos sujeitos.

Com este objetivo serão delineadas, num primeiro momento, o que entendo como as raízes sociais da percepção de si como sujeito. Em seguida, tomando o ponto de vista do sujeito, interessa analisar como a partir de um sentir-se mal se passa da percepção de sujeito passível de ser sujeito-da-doença para a de sujeito-da-doença através de uma seqüência: "estou doente", "sou doente", "sou paciente".

## Tipos de Poder que tornam os Seres Humanos Sujeitos

No capítulo 2, foi possível ver como, de acordo com Foucault, emerge a categoria de sujeito dentro de uma nova racionalidade política. A partir desta configuração, Foucault, cuja obra está voltada para "os diferentes modos de subjetivação do ser humano em nossa cultura" (Foucault, 1984, p. 297)[1*].,

[1] A exposição que segue se refere ao artigo de M. Foucault, "Porque estudar o poder: a questão do sujeito" in Dreyfus & Rabinow, 1984.

investiga, através de várias formas de resistência, como se exercem "os diferentes tipos de poder" (Foucault,1984,p.300)* na atualidade, que açambarca toda

> "a vida cotidiana imediata, que classifica os indivíduos em categorias, os designa por sua individualidade própria, os liga a sua identidade, lhes impõe uma lei de verdade que precisam reconhecer e que os outros devem reconhecer neles. É uma forma de poder que transforma os indivíduos em sujeitos" (Foucault, 1984, p. 302).*

Determinando duas acepções para o termo sujeito - "sujeito submetido ao outro pelo controle e dependência, e sujeito ligado a sua própria identidade pela consciência ou conhecimento de si" (1984, p. 303)*, Foucault considera que este termo implica "uma forma de poder que subjuga e sujeita" (Foucault, 1984,p.303)*.

Para se constituir a possibilidade desta forma de poder, propõe que existem três tipos "de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos" (Foucault, 1984, p. 297)* e que sua obra privilegiou a investigação destes três tipos.

O primeiro deles diz respeito aos diversos modos de investigação que pretendem a cientificidade, por exemplo, a "objetivação do sujeito falante" (Foucault, 1984, p. 297)* promovida pela filologia e outros; ou do "sujeito produtivo", pela "economia e análise das riquezas"; ou ainda, "a objetivação do próprio fato de estar vivo em história natural ou em biologia" (Foucault, 1984, p. 297)*.

Um segundo tipo é designado como "pratiques divisantes" em que "o sujeito é dividido no interior de si mesmo, ou em relação aos outros" (Foucault, 1984, p. 297)*.

O terceiro, que Foucault se propõe a investigar em sua obra, se refere "a maneira como um ser humano se transforma em sujeito" (Foucault, 1984, p. 298)*, por exemplo, "o sujeito de uma sexualidade" (Foucault, 1984, p. 298)*.

Tomando como ponto de partida para sua investigação, "as formas de resistência aos diferentes tipos de poder" (Foucault, 1984, p. 300)* identifica três tipos de luta possíveis: contra as formas de dominação, as de exploração e a forma que "liga o indivíduo a ele mesmo e assegura assim sua submissão às outras" (Foucault, 1984, p. 303)*. Sem negar que estas formas de luta podem ser travadas conjuntamente, considera que, na atualidade, a que predomina é aquela "contra a submissão da subjetividade" (Foucault, 1984, p. 303)*[2].

A partir da análise de uma técnica de poder - o poder pastoral - Foucault indica como o Estado ocidental moderno passa a exercer um poder com características semelhantes àquele onde o poder ordena e se sacrifica por seu rebanho/povo; se preocupa com o conjunto da comunidade, mas também com cada um separadamente; se exerce porque sabe tudo sobre todos. Enfim, segundo as palavras do próprio Foucault:

> "esta forma de poder está voltada para a saúde (em oposição ao poder político). É oblativa (em oposição ao princípio de soberania) e individualizante (em oposição ao poder jurídico). Ela é coextensiva à vida e em seu prolongamento; ela está ligada a uma produção da verdade - a verdade do próprio indivíduo" (Foucault, 1984, p.305)*

---

[2] esta questão será desenvolvida mais adiante.

O "Estado moderno" retoma estes aspectos do poder pastoral, estendendo-os,pois passa a ver o indivíduo sob uma nova ótica e submetido "a um conjunto de mecanismos específicos"(Foucault, 1984, p. 306)*. Assim, o objetivo final é a saúde do indivíduo neste mundo, e não mais após a morte, abrangendo várias instâncias - bem-estar físico, proteção, segurança. Além disso, se produz uma ampliação do poder chegando a ser exercido por

> "estruturas complexas como a medicina, que englobava ao mesmo tempo as iniciativas privadas (venda de serviços na base da economia do mercado) e certas instituições públicas como os hospitais" (Foucault, 1984, p. 306)*.

Esta estratégia reforça o exercício do poder pastoral, que na religião se atém à Igreja (instituição eclesiástica). Esta conformação permite que se desenvolva "um saber sobre o homem"(Foucault, 1984, p. 306)* enquanto conjunto (a população) e enquanto indivíduo.

Esta breve exposição sobre como se exerce, na atualidade, um determinado tipo de poder, fornece subsídios para pensar a questão da percepção que o sujeito vai ter de si próprio como passível de ser sujeito-da-doença e/ou como sujeito-da-doença. De acordo com a análise de Foucault, esta percepção deve ser apreendida dentro de uma visão que remete à própria constituição do sujeito, enquanto submetido e subjugado pelos modos de objetivação.

Dentro do escopo deste estudo é possível ver como o corpo sujeitado pela doença expressa, de uma forma concreta, uma relação de poder das mais refinadas. O corpo vai se configu

rar como o ponto para o qual vão convergir, de um lado o exercício de um poder que lhe é externo, e de outro, a percepção de si como sujeito que lhe é interna. A relação se manifesta por um compromisso por parte do Estado, de cuidar deste sujeito e pela própria participação, no Estado, do sujeito que com seu corpo produz e trabalha. Para uma compreensão do ponto de vista do sujeito, que será privilegiado neste capítulo, é necessária efetuar a análise desta relação que procede em dois níveis - de um lado o que aparece como condição externa para a percepção de si como sujeito e de outro, a articulação interna do próprio sujeito se percebendo.

## Raízes Sociais da Percepção de Si como Sujeito

Com respeito à produção, à necessidade de trabalhar, enquanto possibilidade de consumo, trata-se de uma situação vivida pelo sujeito como deliberação própria, interna. Neste contexto, o corpo passa a ter uma positividade *sui generis*. Em lugar de servir ao sujeito, passará a ser cuidado por ele, culminando no que Baudrillard (1976) chama de "demagogia do corpo". Para entender esta idéia, vale a pena transcrever uma nota de um de seus artigos que resume, de forma sucinta, as várias acepções do corpo na história:

> "Depois da história da negatividade do corpo vem a história de sua positividade. Toda a ambigüidade da "revolução" atual provém de que séculos de recalcamento fundaram o corpo como valor. Recalcado, o corpo se incumbiu de uma virtualidade transgressiva de transmutação de todos os valores. Mas, paralelamente, é preciso ver

> que se operou à sombra do recalcamento uma longa e inextricável confusão entre o corpo e uma série de valores "materialistas"(saúde, bem-estar, sexualidade, liberdade) - o conceito de corpo cresceu à sombra de um certo materialismo transcendental, o qual amadureceu lentamente à sombra do idealismo como sua solução de reserva (solution de rechange) - o que faz com que sua própria ressurreição tenha lugar segundo finalidades determinadas e funcione como elemento dinâmico no equilíbrio deste novo sistema de valores. A nudez se torna emblema da subjetividade radical. O corpo se torna o estandarte das pulsões. Mas esta liberação participa da ambigüidade de toda liberação. A subjetividade é liberada aí como valor. Assim como o trabalho nunca se "liberou" a não ser como força de trabalho num sistema de forças produtivas e de valor de troca, a subjetividade nunca se liberou a não ser como fantasma e valor/signo no quadro de um modo de significação dirigida, de uma sistemática de significação cuja coincidência com a sistemática de produção é bastante clara. Para concluir, a subjetividade "liberada" só o é no sentido que é retomada por uma economia política". (Baudrillard, 1976, p.183)*

Observa-se como, para Baudrillard, esta "nova concepção de corpo "liberado" não passa de um engodo, na medida em que é direcionada, responde a estratégia de determinados sistemas (da Medicina, da religião, da economia política), de acordo com seus objetivos: "a saúde, a ressurreição, a produtividade racional, a sexualidade liberada" (Baudrillard, 1976, p. 177)*. Assim, para Baudrillard,o robot representa o tipo ideal do corpo "para o sistema da economia política" (1976, p. 177)"; o cadáver, o corpo de referência para a Medicina; e para a religião, "o animal (instintos, e apetites da "carne")" (1976, p.

177)[3].*

Desta forma, pode-se entender como a imagem do corpo, enquanto significado para o sujeito, se acha perpassada pelas diversas concepções que lhe dão um sentido. Dificilmente, poder-se-ia vincular a compreensão da noção de imagem corporal a uma explicação pautada meramente nas preocupações pessoais do indivíduo com o corpo, destacada de um conjunto mais complexo, devidamente inserida no âmbito social. A percepção da imagem corporal não se reduz a um conhecimento de si destituído de injunções externas.

Todavia, a afirmação de que o corpo simboliza tudo (no sentido acima descrito) deve ser matizada, na medida em que se verificam pontos de fratura nesta afirmação. Ainda que a imagem do próprio corpo seja decorrente da imagem imposta pelo sistema (pela sociedade), observam-se em vários contextos um "sair de linha", como se existisse algo de que a sociedade, enquanto sistema, não dá conta, algo que a extrapola. Esta questão será abordada mais adiante. No entanto, para completar este raciocínio, pode-se traçar um paralelo com o pensamento de Mary Douglas, antropóloga que trata em sua obra, Pureza e Perigo, dos rituais de pureza e impureza nas culturas primitivas.

Vendo no ritual a expressão de um conjunto de elementos aos quais o indivíduo está irremediavelmente ligado, a autora relata como esta configuração não é tão simples, pois mes

[3] a propósito desta questão, remeto o leitor a Costa (1984) que empreendeu uma reflexão sobre "como a moral urbana moderna é indivíduo-centrada" distinta da "velha moral individualista, pela ênfase posta no bem-estar corporal" (1984, p. 120)

mo que "o ritual formal de ocasiões públicas ensine um conjunto de doutrina. [No entanto], não há razão para supor que sua mensagem seja necessariamente coerente com aquelas ensinadas em rituais privados, ou que todos os rituais públicos sejam coerentes uns com os outros, nem todos os rituais privados" (Douglas, 1976, p. 201). Assim, a análise do rito deve levar em conta que "existem outras crenças que podem não ser ritualizadas e que podem obscurecer totalmente a mensagem dos ritos. As pessoas não ouvem necessariamente a seus pregadores"(Douglas,1976 p. 201).

Desta forma, mesmo do ponto de vista social, algo escapa ao controle que é exercido por um determinado sistema. Todavia, é importante deixar bem marcado que, do ponto de vista do indivíduo, as coisas não ocorrem, absolutamente, desta maneira.

Para melhor explicitar esta idéia, vou, mais uma vez, utilizar um exemplo de outra área. Embora, à primeira vista, esta digressão possa parecer não estar relacionada à presente investigação, creio que pode fornecer subsídios para pensar no que consiste a articulação desta questão, onde se observa, do ponto de vista da sociedade, um determinado tipo de controle e, do ponto de vista do indivíduo, a percepção e a vivência de uma autonomia em relação à situação.

No que concerne à Educação, as pedagogias modernas (experimentais) enfatizam"a liberdade de expressão, a atenção individualizada e o desenvolvimento das potencialidades únicas da criança" (Nicolaci-da-Costa, 1987, p. 81) diversamente do que é privilegiado pelas pedagogias tradicionais, onde não há uma

preocupação excessiva com as características individuais de cada criança, mas, sim, com a transmissão de conhecimentos. Num primeiro momento, isto parece remeter a uma autonomia da criança; no entanto, uma análise mais profunda, conforme indica Nicolaci-de-Costa, revela que sob esta aparente "liberdade", em que a criança se percebe como o próprio agente de sua vida, se exerce um controle mais refinado de sua produção. No entanto, do ponto de vista da criança, se percebe tomando decisões a respeito do que quer fazer, de como e se quer fazer as coisas; e toda tentativa de lhe impor algo é revidada com um empinar de nariz e a tradicional pergunta: por quê ?

Analogamente, o corpo, do ponto de vista do indivíduo, é de sua propriedade, ou seja, ele se vê como agente de sua vida, e decide o que, como e se quer fazer algo, segundo suas necessidades internas. Assim, percebendo-se com um corpo que produz, trabalha, mas que em última instância é utilizado para servir as suas próprias deliberações, por outro lado, este indivíduo tem, da parte do Estado, o compromisso de cuidar dele.

Tendo explicitado as injunções que levam o indivíduo a uma percepção de seu próprio corpo, resta voltar a atenção para este outro pólo possibilitador de uma percepção de si próprio como sujeito-da-doença, ou seja, o que diz respeito ao compromisso de cuidado da saúde. Este é garantido pelo Estado e é de tal modo envolvente que, do ponto de vista do indivíduo, é dado como natural. Afinal, desde antes de nascer já se acompanha o sujeito medicamente (pré-natal), o próprio nascimento ocorre no hospital, o nome é registrado no tabelião, previnem-se doenças pela vacinação, promovem-se campanhas de higiene, prescre

ve-se uma alimentação sadia acrescida de vitaminas para fortalecer, fazem-se necropsias de mortes não definidas[4].

Neste tipo de procedimento, dentre outros, reside o poder do Estado e a sua própria condição de possibilidade. Assim sendo, a tentativa de uma prática de "auto-gestão da saúde que consiste na exaltação simbólica do grupo e termina eventualmente num desvario ("vertige") de morte" (Baudrillad, 1976, p. 222)* é extremamente perigosa para o Estado ou para outras instituições como, por exemplo, a Igreja, pois retira destas instâncias o privilégio do poder sobre o indivíduo.

Tendo como proposta a administração da morte que "enquanto universal da condição humana só existe depois que há uma discriminação social dos mortos" (Baudrillard, 1976, p. 221)*, o objetivo principal da nossa cultura parece ser de separá-la da vida com a promessa de "sobrevida e eternidade pelas religiões, verdade pela ciência, produtividade e acumulação pela economia" (Baudrillard, 1976, p. 225)*.

Fica caracterizado, assim, o que denominei como as raízes sociais da percepção de si como sujeito e que vai permitir apontar para a categoria de sujeito passível de ser sujeito-da-doença. Criada pelo saber/discurso médico, esta categoria vai encontrar ressonância na ótica do próprio sujeito. Percebendo-se como um corpo que é cuidado (pelo Estado) e que lhe serve (para o trabalho e/ou lazer), a possibilidade deste corpo "lhe faltar" a qualquer momento se constitui como uma grande

---

[4] sobre a medicalização da sociedade vide Costa (1983), Foucault (1974), Illich (1975), entre outros.

ameaça. Aprisionado por um discurso científico que promete sempre a verdade e, no caso específico, algo que quase representa a imortalidade pois "um dia eles vão descobrir a cura para esta doença" (sic), se transforma a ameaça num desejo de "se entregar nas mãos deles" (sic).

"TORNAR-SE DOENTE"

"Estou doente" - "Sou doente" - "Sou paciente"

A condição de sujeito passível de ser sujeito-da-doença se estabelece na medida em que o indivíduo é socializado dentro dos padrões de normalidade impostos pelo saber médico. Entretanto, de seu ponto de vista, esta condição está presente na medida em que o sujeito se vê, de um lado, cuidado pelo Estado e, de outro, cuidando de si.

Importa agora mostrar como, a partir daí, decorre o "tornar-se doente", do ponto de vista do sujeito. Este "tornar-se doente" é um termo genérico que abrange as três formas que se apresentam numa seqüência: "estou doente", "sou doente","sou paciente". Vinculada à situação de cronicidade, esta seqüência, no que tange às doenças curáveis, toma outra forma. Neste caso, o "tornar-se doente", do ponto de vista do indivíduo,é temporário: "estive muito mal, mas agora está tudo bem" (sic). Assim, num primeiro momento um "sentir-se mal" que remete à afirmação de "estou doente". Com a cura, uma situação ultrapassada: "fiquei doente, mas não estou mais", logo, "não sou doente".

"ESTOU DOENTE"

A passagem da categoria de sujeito passível de ser sujeito-da-doença para sujeito-da-doença se dá, do ponto de vista do indivíduo, através de um conjunto de fatores que pode ser englobado por um "sentir-se mal"[5].

É necessário deter-se nesta expressão. Do ponto de vista do indivíduo, trata-se de uma sensação que lhe é própria, singular e, logo, referida ao seu universo privado. Entretanto, é uma sensação partilhada com seus pares. Assim, a noção "sentir-se mal" está, evidentemente, inserida num universo simbólico, definido, aqui, como

> "a matriz de todos os significados socialmente objetivos e subjetivamente reais. A sociedade histórica inteira e toda a biografia do indivíduo são vistas como acontecimentos que se passam dentro deste universo" (Berger,1973, p. 132).

Tratando-se, aqui, de uma sociedade complexa em que coexiste uma pluralidade de sistemas simbólicos, o "sentir-se mal" pode estar remetido a um ou vários dos sistemas em que o sujeito está inserido (na religião, na medicina ou em algum outro). Desta forma, conforme apontado por Figueira (1978)

> "é possível afirmar que o habitante típico desta sociedade enfrenta períodos de indecisão e mesmo de confusão, diante da grande variedade de ideologias conflitantes, de possibilidades de Weltanschauungen alternativas que propiciam diferentes leituras da realidade, associadas a conjunto de regras não raro mutuamente exclu

---

[5] para uma análise mais profunda desta questão, vide Bolstanski (1984).

dentes" (Figueira, 1978, p. 66).

Entretanto, isto não invalida a idéia de que como correlato ao "sentir-se mal" tem-se a concepção de "estou doente", ou seja, como sujeito passível de ser sujeito-da-doença, este mal-estar, esta fraqueza, inchação, tonturas significam que me encontro num estado tal que é traduzível por "estou doente". A ida ao médico confirma esta idéia, ainda que ao mesmo tempo se possa ir a um terreiro, fazer promessa ou alguma outra coisa. Neste sentido, parece que, pelo menos, na maior parte das vezes, ou dos casos, o discurso médico, enquanto um sistema simbólico, predomina sobre os demais conferindo "uma interpretação abrangente da vida humana" (Figueira, 1978, p. 67).

É importante ressaltar que a busca de várias outras terapêuticas, inseridas em diferentes visões de mundo e que dividem de certa forma, o estatuto de eficácia com o saber médico, podem ocorrer e a despeito do que se pensa não parece estar vinculada, necessariamente, a esta ou àquela camada social[6]. A este respeito, o que se pode verificar é que em determinadas camadas encontra-se de forma mais visivel uma diversidade de discursos que remetem aos vários sistemas simbólicos coexistentes; já em outras camadas, provavelmente, em função de fatores diversos, a crença em outras formas de tratamento, ou seja, a busca de outras terapêuticas, não se mostra tão claramente.

---

[6] estou me referindo à sociedade complexa urbana ocidental da atualidade. Considerações acerca de outras sociedades não são pertinentes neste estudo e exigiriam uma investigação dentro de outros moldes.

Isto faz pensar em outros motivos que levam a esta atitude. De qualquer modo, pode-se adiantar que, tendo como pano de fundo a radicalidade da morte, a busca de várias terapêuticas, ou seja, de várias interpretações para a doença, corresponde a tentativas de resolução da situação de "sentir-se mal".

Quanto à ida ao médico, sua eficácia reside, como já visto anteriormente, numa promessa de cura e/ou numa proposta de adiamento da morte, dentro de uma perspectiva eminentemente científica. Sem dúvida, o caráter científico de uma asserção goza, na atualidade, de uma grande força, parecendo sobrepujar outras perspectivas. Compartilhando de uma "crença" com os doutores que, em troca, exigem simplesmente a obediência aos seus preceitos, dificilmente algo se compara ao poder da "verdade" científica - é mágica.

"Sou Doente"

Tendo relacionado o "sentir-se mal" a "estou doente", trata-se, agora, de estabelecer como se verifica a transformação em "sou doente". Se, do ponto de vista médico o que caracteriza a transformação de sujeito passível de ser sujeito-da-doença para sujeito-da-doença é a situação de diagnóstico - exames clínicos, laboratoriais e outros - do ponto de vista do indivíduo, esta passagem se verifica a partir da designação médica, de seu veredicto, da tradução em categorias médicas do significado de "sentir-se mal": uma cardiopatia, uma nefropatia,... Situações que o levam a dizer: sou cardíaco, sou renal, sou diabético[7].

[7] a língua portuguesa se presta a esta distinção. Todavia, em outros idiomas, não há esta demarcação lingüística tão nítida entre ser e estar.

Este é o cartão de apresentação, ainda que nem sempre haja um entendimento preciso do sentido e da implicação dos termos pronunciados. A constatação "sou doente" está de tal forma incorporada à existência como uma essência de si, que muitas vezes se verifica uma dissociação entre a doença, na medida em que se percebe como sujeito-da-doença, e o tratamento da doença, na medida em que lhe é imposto de fora, conforme aparece em depoimentos: "Imagine você, além de fazer este tratamento, não tenho um rim !" (sic). Neste sentido, o tratamento parece se referir a algo que não lhe diz respeito diretamente.

A percepção de si próprio como sujeito-da-doença provoca uma série de mudanças para o indivíduo. Enquanto se percebe como "homem normal", se sente inserido na sociedade, trabalha, produz, age. Sentir-se em boa saúde,

> "que é, precisamente, a saúde -[é] quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida". (Canguilhem, 1982, p. 161).

Como sujeito-da-doença, a situação se modifica, o corpo não corresponde nem responde às imposições da sociedade na qual está inserido.

A constatação desta diferença, do reconhecimento de uma impossibilidade (de produção/criação) está, todavia, embutida na própria situação anterior, ou seja, na condição de sujeito passível de ser sujeito-da-doença. Isto significa que a possibilidade de adoecer está sempre presente para o sujeito. O próprio temor é reatualizado cada vez que alguém próximo adoece.

Neste sentido, o acontecimento da doença não é imprevisível para o sujeito. Sendo percebido como um acaso, daí a forma tão comum de lamento: "por que foi acontecer logo comigo."(sic), o acontecimento, pois, está inscrito na condição de sujeito passível de ser sujeito-da-doença. Tanto que, freqüentemente, se observa, em seguida a este lamento, um outro: "por que não aconteceu com fulano?"(sic). Estes desabafos parecem confirmar que a possibilidade da doença, para o sujeito, é um fato. A perplexidade contida na exclamação está referida ao próprio fato e não à sua contingência.

"Sou Paciente"

Assim, ser cardíaco, ser renal, em suma, ser doente envolve uma série de conseqüências que, pertinentes ou não, remetem a uma situação de marginalidade, de diferença.

Do ponto de vista do sujeito, a ocorrência de uma disfunção qualquer cria uma situação de desequilíbrio no sentido de que o torna inepto para dar prosseguimento as suas atividades. Quando a disfunção se refere a uma modificação orgânica, a inadequação se vê reproduzida no próprio corpo e o indivíduo passa a se perceber impossibilitado de manter uma homeostase com seus próprios recursos. Apelando para o saber médico, o que era vivido como uma interrogação quanto a sua própria possibilidade de ação, passa a ser designado, nomeado e tratado pelo médico, levando-o a se colocar sob sua tutela.

A questão da tutela configurada na relação - estar inepto requer tratamento - e que deve ser pensada também de mo

do inverso - tratamento requer estar inepto - pode ser detectada em vários outros contextos, como, por exemplo, na demanda da psicoterapia. Nas palavras de Costa (1983): "No presente momento tornou-se banal constatar que a família vai mal" (1983, p. 11), e que sem uma ajuda competente "não encontraria saída para os conflitos em que se debate" (1983, p. 12). Neste contexto, uma série de práticas "revezam-se na tarefa de assistência às famílias desequilibradas" (1983, p. 12). A questão, segundo o autor, não é de negar o mal-estar da família, mas "se os remédios propostos, ao invés de sanarem o mal, não irão perpetuar a doença" (1983, p. 17) (meus grifos). Ao que parece, estas práticas terapêuticas que assistem à família, colocando-a sob sua tutela, visam, em última análise, o seu maior controle.

Assim, a tutela dá assistência - cuidados, exames, prescrições, requisições de exames - e cobra obediência - normas a serem seguidas, remédios a serem tomados. Mas, afinal, o sujeito é socializado numa cultura em que a obediência é dada como "natural", onde há "a divisão da sociedade entre os que mandam e os que obedecem" (Clastres, 1982, p. 111), e neste contexto o discurso médico tem a prerrogativa de reforçar esta obediência. O que a tutela médica reedita não é "... o consentimento à dominação - pois seria supô-la já estabelecida - mas a obstinada vontade de produzi-la" (Lefort, 1982, p. 126), não é uma obediência qualquer, irreverente, mas sim integralmente assumida e, como tal, requerendo uma participação sui generis, visto que implica em uma espera, paciente, dos resultados do tratamento que precisa seguir, das inovações médicas, das descobertas que hão de vir.

Vítima de um saber que, em nome da verdade pode se dizer até ineficaz para curar, mas que torna difícil qualquer tentativa de rebeldia, sob pena de morte, o doente se transforma em paciente, sob todos os pontos de vista, inclusive o seu.

# CAPÍTULO V

## FORMAS DE RESISTÊNCIA AO SABER MÉDICO

O presente capítulo pretende pensar a questão das formas de resistência empreendidas pelo paciente para além de sua corroboração de uma ordem instituída, no caso, a médica.

Com a categoria de paciente, fecha-se, de certa forma, um círculo que vai da doença ao saber médico e deste ao sujeito-da-doença. Dizendo de outra forma, a partir da construção de um sujeito-da-doença e,assim, sob a ação contundente do saber médico, encontra-se o paciente. E, nesta condição, se procede a uma espera paciente,pois parece não haver outra saída.

Sofrendo uma ação que lhe é externa, mas que ao mesmo tempo exige de si alguma forma de ação, ou seja, não fazer

nada além do que deve ou se espera que faça, como, por exemplo, seguir as prescrições médicas, o paciente se percebe aprisionado, de um lado, pelas injunções médicas e de outro, por si mesmo. Afinal, se não "obedece", isto imediatamente repercute aparecendo para o médico sob a forma, por exemplo, de aumento de peso indevido ao não fazer a dieta corretamente e, para si próprio, sob a forma de falta de ar.

Assim, o que se impõe, do ponto de vista do paciente, não é somente a necessidade de se colocar frente à determinação do saber médico, mas também frente a si próprio. Afinal, se percebendo como agente de seu próprio destino, como força produtiva/criadora, como fonte de seu próprio lazer/prazer, algo ocorre que o impede de se reconhecer como podendo fazer, produzir, criar, agir. Dentro de sua ótica, sua autonomia está bloqueada; sua liberdade, limitada.

Entretanto, algo ocorre que escapa a esta espera. Aqui e ali espoucam atitudes irreverentes, desobediências, uma teimosia em se deixar morrer, em não responder ao tratamento. Atitudes que parecem incompreensíveis não somente dentro da lógica médica, mas também do próprio paciente que, ambigüamente, transita entre uma aceitação e uma rebeldia, entre um se deixar levar e uma recusa, entre a busca de outros caminhos e a "fatalidade" do tratamento.

Como entender esta ambigüidade que se apresenta quando, de algum modo, não se tem mais perspectiva ? Quando escapar parece ser tão mais perigoso ! E principalmente quando, sujeitado e submetido, seu continente está tão bem delineado, seus

limites tão bem assentados ?

Para articular a discussão nada melhor que a análise de Foucault sobre as lutas que se exercem contra o "governo da individualização".

Tendo analisado a categoria sujeito-da-doença, foi possível observar como,na tentativa de um entendimento mais global do ser humano, o saber médico se apropria de outros discursos. O que se pode verificar, nesta manobra, é que o saber médico se utiliza destas concepções no que têm de assimilável, ou seja, na medida em que possam referendar sua própria concepção do homem, concepção que está calcada fundamentalmente em noções como normatividade e adaptação, entre outras.

Distinguindo várias atitudes do paciente frente ao saber médico, o objetivo principal deste capítulo é tentar ressaltar o que no/do indivíduo escapa ao discurso médico.

Sobre as lutas contra o "governo da individualização"

No capítulo anterior, tive a oportunidade de descrever como se exerce um tipo de poder - governo pela individualização - que submete e sujeita o ser humano. Neste momento, para buscar compreender estas tentativas de transgredir a uma ordem estabelecida, proponho um retorno a Foucault, cuja descrição de "uma série de oposições que se desenvolveram estes últimos anos"(Foucault, 1984, p. 301)* se mostram de grande utilidade. Para a presente análise.

Estas oposições se expressam, segundo o autor, em for

mas de lutas que são travadas, por exemplo, contra "o poder dos homens sobre as mulheres, dos pais sobre os filhos" (Foucault, 1984, p.301)*, se configurando, essencialmente, como "lutas contra a autoridade" (1984, p. 301)*.

O caráter comum destas lutas aparece no fato de sua emergência ocorrer em diferentes contextos (lutas "transversais") tendo como objetivo "os efeitos de poder enquanto tais" (Foucault, 1984,p.301)*; são lutas "imediatas", no sentido que visam o que está pressionando no momento, sem se preocupar com de onde vem a pressão e esperam alcançar, com sua ação, uma solução rápida. O que têm de mais típico é "que colocam em questão o estatuto do indivíduo". (Foucault, 1984, p. 302)*; ao mesmo tempo que clamam pelo "direito à diferença", pela singularidade, investem contra toda tentativa de

> "isolar o indivíduo, separá-lo dos outros, cindir a vida comunitária, coagir o indivíduo a curvar-se, sobre si mesmo e prendê-lo a sua própria identidade" (Foucault, 1984, p. 302)*.

Como tal, são lutas que se contrapõem ao "governo pela individualização", ou seja, aquele que sujeita e submete.

E, ainda, se opondo "aos efeitos de poder que estão ligados ao saber, à competência e à qualificação" (Foucault, 1984, p. 302)* por outro lado, também rechaçam tudo que pode ser colocado sob a égide do não-saber. Enfim, são lutas que "giram em torno da mesma questão: quem somos nós ?" (Foucault, 1984, p. 302)*. Ao mesmo tempo resistem

> "à violência exercida pelo Estado econômico e ideológi

> co que ignora quem somos individualmente e também (...) à inquisição científica ou administrativa que determina nossa identidade" (Foucault, 1984, p. 302)*.

Neste sentido, são lutas contra uma forma de poder que torna os seres humanos, sujeitos.

Finalmente, Foucault considera que o importante "hoje não é descobrir, mas recusar, o que nós somos" (1984, p. 308)*. E propõe ainda que "é preciso promover novas formas de subjetividade recusando o tipo de individualidade que nos foi imposto durante muitos séculos" (Foucault, 1984, p. 308)*.

Sobre as Atitudes do Paciente frente ao Saber/Ordem Médica

Guardando as devidas proporções, pode-se retomar esta análise para tentar entender as formas de resistência empreendidas pelo paciente, encontrando, aí, uma grande simetria. A prática indica que independente de nacionalidade, credo ou diferenças sócio-econômicas e culturais, é possível detectar a emergência destas atitudes em membros de diversos grupos de pacientes.

Dentre as formas do paciente se colocar frente ao saber médico pode-se, na realidade, distinguir três: a de total obediência, a que opõe resistência em nome de alguma outra "verdade", e a que se rebela, recusando-se terminantemente a obedecer.

A total obediência, frente ao saber médico, se caracteriza por uma atitude que, visivelmente, aceita as determinações que lhe são impostas, ou seja, por um "seguir à risca" as or

dens médicas. Do ponto de vista do indivíduo, esta atitude pode ser percebida de várias formas, como,por exemplo: "realmente me sinto melhor tomando os medicamentos prescritos" (sic). Assim, não se trata, necessariamente de uma simples submissão para o paciente. O que se observa aí, é que o sujeito adere ao discurso médico, na luta contra a doença. Não se coloca simplesmente "nas mãos do médico", mas procura entender o problema - doença, tratamento, e suas implicações - acreditando que pode encontrar no saber médico respaldo para resolvê-lo da melhor forma possível.

Outras vezes, no entanto, esta atitude pode ser vivida como "eles sabem o que estão fazendo", "eles dizem que isto é o melhor para mim" (sic). Neste caso, o que aparece como fundamental para o paciente é seguir a prescrição, se o remédio não dá certo,"não é culpa do doutor" (sic). Neste contexto, o que se observa é um acreditar incondicional, um não questionar. Isentando o médico de qualquer responsabilidade pelo que ocorre de errado, a culpa recai, algumas vezes, nele próprio - "minha natureza não ajuda" (sic) ou em alguma instância abstrata "a ciência não tem solução para o meu caso" (sic).

Assim, a total obediência pode ser percebida de várias formas - desde um se dizer conformado até um se colocar ativa e decididamente contra o mal que lhe aflige.

Quanto à tentativa freqüente de contestar o discurso médico, esta se manifesta das formas mais variadas: desde a procura de outras terapêuticas ditas marginais pelo saber médico,à própria recusa de aceitar "este tipo de vida" (sic). Neste sentido,são significativas as declarações que se ouve dos paci

entes: "queria ver se dava prá agüentar sem o tratamento" (sic) ou "o pai-de-santo me garantiu que não tenho nada" (sic), "não faço a cirurgia porque o pastor disse que não precisa"(sic), ou ainda "melhorei muito depois que comecei a tomar tal chazinho" (sic), ou mesmo "falto ao tratamento porque não quero viver desta maneira" (sic).

Do ponto de vista do sujeito, as lutas que empreende contra um determinado discurso, contra uma forma de submissão, são lutas fatais, no sentido de que, se radicalizadas, levam a sua morte.

Conforme já mencionado o sujeito é constituído por várias práticas discursivas (religião, medicina e outras), algumas se pretendendo globalizantes; outras, não; algumas excludentes; outras, complementares. Observa-se, no cotidiano, o conflito que se instaura a partir do que é veiculado por diferentes sistemas simbólicos cuja existência é característica de sociedades complexas e tematizadas por vários autores[1].

A questão que se coloca é, essencialmente, o conflito que se estabelece para o indivíduo que precisa dar conta das pressões constantes e contraditórias exercidas pela sociedade. Diante de várias interpretações que são possíveis para um determinado quadro, por exemplo, sentir-se mal, que pode ser definido por mal físico, psicológico, existencial, extra-terreno, o indivíduo se sente, muitas vezes, confuso, pois precisa explicar e se explicar, respondendo a várias injunções.

---

1 entre os autores que tematizam esta questão vide: Nicolaci-de-Costa (1987a); Salem (1985); Figueira (1987); Almeida(1987); Costa (1984); Dauster (1987); Lo Bianco (1985).

Em contraposição a esta pluralidade de sistemas simbólicos, pode-se pensar, por exemplo, nas sociedades simples em que este problema não se coloca. A eficácia simbólica da cura xamanística (Lévi-Strauss, 1985) reside no fato de que

> "o sistema mágico de interpretação do mundo, o conjunto de mitos que é patrimônio do grupo e, enfim, a cosmologia tribal - que atingem todos os integrantes de uma sociedade simples - sustentam uma teoria e uma versão produzida a partir dela, capazes de explicar e tratar os males que acometem um doente" (Figueira, 1978 , p. 61).

Assim, enquanto neste contexto "o dossel de símbolos integrativos é recebido de fora pelo sujeito" (Figueira, 1978, p. 60), nas sociedades complexas é o sujeito que tem de promover, para ele e frente aos outros, uma interpretação dentre as várias que lhe são oferecidas.

Se, em alguns contextos, é possível conviver com diferentes códigos; em outros, esta tentativa cria dificuldades, muitas vezes, intransponíveis. O discurso médico, com sua pretensão globalizante e sua efetiva eficácia - caso o sujeito não se conforme a sua ordem, pode vir a morrer - impõe uma presença que não pode ser simplesmente relegada a um segundo plano.

Quando, tentando escapar ao discurso médico o paciente se coloca sob a tutela de algum outro discurso (ou seja, aceitando a interpretação dada por outro sistema simbólico, como, por exemplo, um tipo de discurso que veicula a promessa de uma vida extra-terrena), a radicalidade da morte pode não se configurar para ele como uma fatalidade, ainda que seja con

creta como um fato. É possível detectar esta idéia em depoimentos do tipo: "esta doença é uma prova pela qual tenho de passar" (sic), "estou cumprindo uma missão, outra vida me espera além desta" (sic).

Esta forma de resistência, que se reveste de um caráter de transgressão à ordem médica, é compreensível se, se tem presente, a variedade de sistemas simbólicos aos quais o sujeito se acha ligado. A luta empreendida, aí, é contra um determinado tipo de "governo da individualização", ou seja, contra o poder exercido pelo saber médico.

É interessante observar, dentro deste contexto, que do ponto de vista médico não se verifica uma oposição total a esta atitude do paciente. O que se nota, é uma certa condescendência, que se expressa por um respeito ao paciente. Freqüentemente acontece, do médico tentar resolver o impasse de uma transfusão de sangue que o paciente não aceita por motivos religiosos, pela administração de medicamentos, desde, é claro, que isto não comprometa significativamente a vida do paciente (ou seria a doença?). Talvez isto denote o quanto o próprio médico, ainda que portador de um código próprio e preciso, também se acha exposto ao conflito que a pluralidade de sistemas simbólicos introduz.

Um outro tipo de atitude frente ao discurso médico é o de uma recusa obstinada a obedecer, sem que isto implique na busca de outras terapêuticas veiculadas por algum código sócio-cultural diferente. Entretanto, isto não quer dizer que se trata de uma atitude de autonomia total em relação a qualquer sis

tema simbólico. Mesmo optando por uma não-vida, já que se nega a seguir o tratamento, e não se colocando visivelmente sob a tutela de outras práticas discursivas, continua reproduzindo algum tipo de discurso. A título de exemplo, pode-se pensar naqueles sujeitos que, em nome do prazer mais imediato como a única opção que conta na vida se negam a aceitar uma limitação em função do tratamento - restrições alimentares, dores e outros - que impedem a plena realização de seus objetivos/desejos.

Tanto a forma de resistência à ordem médica em que o paciente se coloca sob a tutela de algum outro discurso, quanto esta última, podem ser entendidas como tentativas de escapar aos desígnios impostos. Se por um lado esta luta pode ter, em relação à própria vida do paciente, um caráter fatal - na medida em que diz não ao que lhe é imposto como qualidade de vida; por outro lado, acontecendo de uma forma intermitente, ainda que a longo prazo possa significar um prejuízo para sua "saúde", lhe dá um sentido de autonomia em relação à ordem médica - "viu como faltei ao tratamento e nada aconteceu?" (sic) "estou tomando só a metade do remédio que o doutor passou e não estou me sentindo mal" (sic).

Na atitude de total obediência onde, em princípio, não se constata uma luta contra a ordem médica, é importante ressaltar que mesmo aderindo ao discurso do médico, não se trata de uma adesão monolítica, de uma convicção inarredável. Qualquer transtorno que vai, desde a se ver impossibilitado de fazer determinadas coisas até um acidente no próprio tratamento, remete o sujeito à necessidade de explicitar para si mesmo a situação; a hesitação, a dúvida em relação a sua própria crença apa

rece, então, sob a forma de um lamento: "sei que não poderia viver sem este tratamento, mas tem momentos que dá vontade de desistir" (sic).

Sobre a Positividade da Resistência

A descrição das formas de resistência que o paciente empreende em contraposição à ordem médica,merece uma reflexão mais elaborada.

A análise,aqui efetuada,privilegiou a discussão de uma determinada concepção de sujeito que o saber médico propõe, impondo uma visão de mundo que se configura (ou pretende se configurar) como princípio ordenador da realidade humana. Partindo da noção de doença, a que o saber médico confere um estatuto de entidade, procurei delinear os efeitos e impasses implicados em tal concepção.

Esta análise foi fundamentada no pressuposto de que a realidade é construída socialmente ou,mais especificamente, de que o sujeito é socialmente constituído[2].

Com relação a esta concepção foi possível ressaltar alguns pontos de fratura, algumas brechas que remetem, em última análise, à dificuldade do discurso que pretende uma verdade total sobre o sujeito. Entre outros aspectos, a diversidade de sistemas simbólicos a qual o sujeito está remetido, o caráter

---

[2] para um maior entendimento desta questão,vide Coutinho (1985) onde as concepções mais básicas de subjetividade são identificadas e problematizadas.

mítico de todo discurso apontam para a inconsistência desta pretensão.[3]

No que se refere ao discurso médico, o mínimo que poderia ser dito é que, tendo um objeto de estudo específico - a doença e sua localização - dificilmente poderia açambarcar outras especificidades da ordem humana, pois, por exemplo,

> "se o campo médico se define justamente pela exclusão do erógeno, se ele se delimita assim, reintroduzí-lo sem deixar de manter tal exclusão conduz evidentemente a ciência, o campo científico, a impasses insolúveis" (Leclaire, 1979, p. 145).

Retomando a exposição sobre as formas de luta, as resistências que o sujeito empreende podem ser explicadas pelo próprio dispositivo que o constitui - o discurso - na medida em que o poder está vinculado à própria tentativa de se escapar a ele, ou seja, na medida em que uma prática discursiva pode ser referendada na possibilidade de se contrapor a ela. Neste sentido, a reflexão até agora empreendida corroborou estas idéias, mostrando como, pela constituição de um sujeito-da-doença, se verifica uma forma de poder que as lutas empreendidas - contra este governo da individualização - só fazem confirmar.

Entretanto, como afirma Foucault, "o poder não se exerce a não ser sobre "sujeitos livres" e enquanto são "livres", (1984, p. 314)*, e, mais adiante, discutindo a relação entre poder e liberdade:

---

[3] sobre o caráter mítico do discurso, vide Portinari (1987); Figueira(1984); Barthes (1985).

> "... neste jogo a liberdade vai aparecer como condição de existência do poder (...); mas aparece também como a que só poderá se opor a um exercício do poder que tende no final das contas a determiná-la"(Foucault, 1984, p. 315)*

Entende-se, pois, tratando-se, por exemplo, de um discurso hedonista em que o paciente se nega a seguir o tratamento, que se pode caracterizá-lo como escapando à totalização disciplinar do saber médico. Todavia, esta resistência acaba sendo recuperada dentro do próprio discurso médico, na medida em que sua morte confirma a ameaça proferida por este.

Todavia, além de corroborar uma determinada configuração de poder, as formas de resistência apresentam um outro sentido, uma positividade. Afinal, segundo as próprias palavras de Foucault ao responder se onde existe poder, existe resistência:

> "Absolutamente. Não coloco uma substância da resistência face a uma substância do poder. Digo simplesmente: a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder; podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa" (Foucault, 1984a, p. 241).

A possibilidade de resistência, sendo pensada dentro da própria relação de poder, pode também ser apreendida como uma positividade na medida em que remete a algo que naquela configuração, no caso, poder médico/sujeito-da-doença, escapa à perspectiva normalizadora.

Confirmando a possibilidade de se modificar a domina

ção exercida pela relação de poder, pode-se pensar em sua articulação com o saber. Apesar de que

> "se poder e saber funcionassem separadamente, a tecnologia disciplinar não poderia jamais ter tomado a forma que conhecemos, assegurado uma tal influência ou produzido os criminosos que produziu" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 290)*,

isto não pressupõe uma relação necessária entre os dois - saber e poder. Não se trata de uma relação de causalidade, mas de uma operação simultânea, "e se o intelectual universal faz o jogo do poder, é por que esta relação lhe escapa" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 290)*.

Um outro aspecto levantado por Foucault diz respeito à realidade engendrada pelo bio-poder. Mesmo considerando a intenção essencialmente normalizadora e que toda tentativa de contraposição nada mais faz que reforçar esta visão, isto não quer dizer que "a tendência normalizadora conseguiu totalizar todas as práticas" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 291)*[4]

E ainda se, por um lado, ficam evidenciados, na análise empreendida por Foucault, "os mecanismos concretos que produziram esta realidade" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 291)*, por outro não me parece que tenha desconsiderado completamente a realidade:

---

[4] convém ressaltar que a concepção de poder em Foucault comporta duas funções: a de reprimir/excluir e a de incitar/reforçar (Mezan, 1985)

> "Eu jamais escrevi nada além de ficções, e estou perfeitamente consciente disso. No entanto, eu não diria que estas ficções estão fora da verdade (sont en dehors de la verité). Creio que é possível fazer funcionar a ficção no interior da verdade, introduzir efeitos de verdade num discurso de ficção e assim chegar a fazer o discurso produzir, a fazê-lo "fabricar" alguma coisa que ainda não existe, alguma coisa que se "ficcionalise". Se "ficcionaliza "a história a partir de uma realidade política que a torna verdadeira, e se "ficcionaliza" uma política que ainda não existe a partir de uma verdade histórica (palestra com Lucette Finas)".(in Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 292).*

Assim, a relevância da análise das formas de resistências reside na tentativa de localizar as brechas que aparecem no estabelecimento de uma determinada relação de poder.

Caracterizar as atitudes do paciente enquanto índices de algum tipo de patologia, só viria confirmar a tendência disciplinar - normativizante e adaptativa - do saber médico que, inclusive, demanda das técnicas psicológicas, por exemplo, tal confirmação. Propor um olhar diferente, que procura entender estas atitudes como formas de resistência a um governo da individualização, permite recolocar a questão sob um outro ângulo, pois não se trata de negar a relação de poder que se estabelece, mas tentar articular "de maneira diferente a reflexão pragmática no interior de um campo particular de poder" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 291)*

Sobre o que Escapa ao Discurso Médico - A Singularidade

A partir da análise de Foucault foram delineadas as formas de resistência ao saber médico que, mesmo podendo ser retomadas, podem também ter uma positividade que transcende (ao saber médico) "em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa" (Foucault, 1984a, p. 241). Convém, neste momento, retomar o discurso médico e tentar apreender o que lhe escapa e possibilita pensar estas atitudes do paciente como tendo uma expressão para além da corroboração do poder médico.

Foi possível ver, no decorrer desta investigação, como diversos modelos de corpos correspondem a várias configurações, ou seja, vários saberes que vão constituindo, a depender da finalidade de seus objetivos - seja a saúde, a sexualidade e outros - corpos que lhes são representativos. Todavia,

> "o estranho é que o corpo não é nada além do que estes modelos onde os diferentes sistemas o circunscrevem, e, ao mesmo tempo, é outra coisa: sua alternativa radical, a diferença irredutível que os nega" (Baudrillard, 1976, p. 178).*

Com isto se entende que, por trás de todas as representações que se faça a respeito do corpo, de todas as tentativas de apreendê-lo,

> "o corpo permanecerá teoricamente também, eternamente ambivalente. Objeto e anti-objeto: atravessando (transversant) e anulando as disciplinas que pretendem unificá-lo - lugar e não-lugar: lugar do inconsciente, como não-lugar do sujeito, etc...) ". (Baudrillard, 1976, p. 32).*

Esta idéia confirma o que foi apontado com respeito à necessidade de um assujeitamento segundo normas cada vez mais refinadas. Neste sentido, Foucault, também parece considerar a psicanálise como um saber que atende mais completamente a esta necessidade:

> "Vimos, efetivamente, que ela desempenha vários papéis simultâneos nesse dispositivo (da sexualidade): é mecanismo de fixação da sexualidade sobre o sistema de aliança; coloca-se em posição adversa em relação à teoria da degenerescência; funciona como elemento diferenciador na tecnologia geral do sexo. Em torno dela, a grande exigência da confissão que se formara há tanto tempo, assume novo sentido, o de uma injunção para eliminar o recalque. A tarefa da verdade vincula-se, agora, ao questionamento da interdição". (Foucault, 1985, p. 123).

O que é privilegiado na investigação de Foucault no que diz respeito ao bio-poder, toma-se como ilustração a História da Sexualidade é, primeiro, procurar mostrar como

> "é precisamente a construção do sexo enquanto força biológica que permitiu religar o sexo às micro-práticas do bio-poder" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 255).*

Com este pressuposto, a trajetória pretende colocar em relevo a forma cada vez mais refinada que vai instituir uma relação de poder,

> "o desenvolvimento de uma arte da existência dominada pelo cuidado de si, [...] que gravita em torno da questão de si mesmo, de sua própria dependência e independência, (...) dos procedimentos pelos quais se exerce seu controle sobre si próprio e da maneira pela qual se pode estabelecer a plena soberania sobre si" (Foucault, 1985, p. 234).

Como objetivo final, modos de "constituir-se a si mesmo enquanto sujeito moral de suas próprias condutas sexuais" (Foucault, 1985, p. 235)[5]:

A partir daí, pode-se indagar, não mais a positividade que está por trás dessas articulações de poder, mas, sim, aquilo que, por trás desta positividade subsiste, levando à necessidade de procedimentos mais e mais especializados e específicos para o estabelecimento de uma relação de poder. Aquilo que atinge a própria instância do sujeito enquanto se percebe a si próprio, ou seja, "... que liga o indivíduo a ele mesmo e assegura assim sua submissão aos outros" (Foucault, 1984, p. 303)*

Talvez aí esteja, de forma embrionária, a possibilidade de se vislumbrar "um meio de tornar a resistência positiva, isto é, avançar em direção a uma "nova economia dos corpos e dos prazeres" (Dreyfus & Rabinow, 1984, p. 295)*

Talvez então se possa falar de uma outra positividade, própria ao ato de resistência, como tentativa de resgate, de algum modo, do seu corpo, na acepção de todo o seu ser.

O questionamento sistemático que o sujeito empreende com estas atitudes contestatórias não é entendido pelo saber médico como tendo alguma lógica, pois é em relação a estes pacientes chamados "rebeldes" que o médico "pede ajuda".

---

[5] para uma análise crítica da obra. A vontade de saber enquanto uma arqueologia da psicanálise vide Mezan (1985)

O que parece acontecer nesta relação, do ponto de vista do paciente, é que o saber médico tenta propor/impor uma verdade sobre seu corpo: "como eles podem saber o que é melhor para mim ?"(sic). Na medida em que esta "verdade" tem a pretensão de ser abrangente, entra em conflito com as outras "verdades" que coexistem no sujeito.

A Medicina, enquanto saber, tem um dado - a doença - e a partir daí produz uma verdade, organizando, estabelecendo, instituindo um sujeito para seu objeto. Mas ao fazer isto, promove também uma exclusão, pelos limites que seu objeto impõe. O que o saber médico parece não poder ouvir/ver, do ponto de vista do indivíduo, é algo sobre ele que as radiografias, os exames laboratoriais, a auscultação não dão acesso. Para o paciente, a materialidade do corpo, expressa nestes procedimentos, não diz ao médico algo além do que colocam, ou seja, que doença é esta e como tratá-la. O que o paciente reivindica é um conhecimento de si ao qual o médico não tem acesso.

Quando o paciente diz que o médico não sabe melhor do que ele, sobre si mesmo, o que quer dizer não é que além de um "corpo" ele tem uma "alma", a cisão do ser humano nesta contestação não se refere a um descaso em relação a seu próprio corpo - "E então posso morrer". A cisão retrata um domínio invisível onde o paciente integra o que ele mesmo denomina "corpo e alma" e tem de si uma "gestalt". Como singular, o que não quer é esta vida que lhe é oferecida pelo saber médico. Se ele diz não-vida, não está necessariamente querendo morrer, conforme, muitas vezes, o médico interpreta.

Mesmo quando particulariza - "cada caso é um caso" (sic médico) e há os casos raros, as exceções que só confirmam a regra, não ocorre o reconhecimento de uma singularização.

É em nome desta singularidade, em que o paciente busca um sentido para o seu ser, que se articula a necessidade de resgate de seu próprio corpo. Diante da concretude de um desequilíbrio orgânico em que se verifica uma perda - de um órgão ou de uma função - existe uma ameaça, para o paciente, de um porte maior que a ameaça médica, pois o que precisa integrar é esta situação dentro de uma ordem que tenha sentido para ele. Desestruturado - "não posso fazer mais nada" (sic) - econômica, moral, social e existencialmente, o que ele reivindica, nesta contestação, é a possibilidade de emitir sobre si mesmo uma fala singular.

Portanto, não só a atitude de contestação mas também a de obediência fala de singularidade. O sujeito enquanto doente pode "revoltadamente obedecer". (Lispector, 1974), ou pode dizer não à vida. Já enquanto sujeito-da-doença sua voz não será ou-vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


. ABRAHAHM, H.S.; MOORE, G.L.; WESTERVELT, F.B. (1971) - "Suicidal Behavior in Chronic Dialysis Patients", Am.G. Psychol. 127: 1199/1204.

. ALEXANDER, F. (1970) - La Médecine Psychosomatique. Paris, Payot.

. AGUIAR, J. (1981). in Ferraz, A.S. et al. Manual de Tratamento da Insuficiência Renal Aguda e Crônica. Rio de Janeiro, Interamericana.

. ALMEIDA, M.I.M. (1987) - "A nova maternidade": uma ilustração das ambigüidades do processo de modernização da família" in Figueira, S.A. (org.). Uma Nova Família. Rio de Janeiro, Zahar.

. ALVARENGA, C.S.M.; ALVARENGA, G.P.; SALAZAR, H.M. (1986) - "O psiquiatra, o tratamento, e as reações emocionais dos pacientes em hemodiálise crônica" in XIII Congresso Brasileiro de Nefrologia. Belo Horizonte.

. ASSOUN, P.L. (1983) - Introdução à epistemologia freudiana. Rio de Janeiro, Imago.

. BALINT, M.; BALINT, E. (1970) - Techniques Psicho-Thérapeutiques en Médecine. Paris, Payot.

. BARTHES, R. (s/d) - Aula. (Aula inaugural da cadeira de semiologia literária do Colégio de França pronunciada dia

7 de janeiro de 1977). São Paulo, Cultrix.

. BARTHES, R. (1985) - Mitologias. São Paulo, Difel.

. BAUDRILLARD, J. (1976) - L'échange symbolique et la mort. Paris, Gallimard.

. BERGER, P.; LUCKMANN, T. (1983) - A construção social da realidade. Petrópolis, Vozes.

. BIRMAN, J. (1978) - A Psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro, Graal.

. BIRMAN, J. (1978a) - "Demanda psiquiátrica e saber psicanalítico" in Figueira, S.A. (coord.). Sociedade e Doença Mental. Rio de Janeiro. Campus.

. BIRMAN, J. (1980) - Enfermidade e Loucura. Rio de Janeiro, Campus.

. BIRMAN, J. (1984) - "A razão da impostura" in Birman J. e Nicéas, C.A. (coord.). O objeto na teoria e na prática psicanalítica. Rio de Janeiro, Campus.

. BOLTANSKI, L. (1984) - As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro, Graal.

. BRENDAN, D.; CHARLES, B.; DONALD, G. (1983) - "Psychological aspects of Chronic Hemodialysis" in The National Cooperative Dialysis Study Kidney International, vol. 23 suplement 13: 550/557.

. BUCHER, R. (1984) - "O umbigo de Freud" in Birman, J. Nicéas, C.A. (coord.). O objeto na teoria e na prática psicanalítica. Rio de Janeiro, Campus.

. CANGUILHEN, G. (1982) - O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro, Forense-Universitária.

. CASSIRER, E. (1972) - Antropologia Filosófica. São Paulo, Mestre Jou.

. CASTEL, R. (1978) - O psicanalismo. Rio de Janeiro. Graal.

. CASTEL, R. (1987) - A Gestão dos Riscos. Rio de Janeiro. Francisco Alves.

. CLAPHAM, M. (1981) - "The social Worker's use of Legislation to help the patient" in A Selection of Psycho-Social Papers presented at recent Edtna Conferences (may 1983).

. CLASTRES, P. (1982) - "Liberdade, Mau Encontro, Inominável" in La Boétie, E. - Discurso da Servidão Voluntária. São Paulo, Brasiliense.

. CLAVREUL, J. (1983) - A Ordem Médica - São Paulo, Brasiliense.

. COSTA. J.F. (1983) - Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Graal.

. COSTA, J.F. (1984) - Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro. Graal.

. COUTINHO, A.R. (1985) - "Pressupostos da noção de subjetividade" in Figueira S.A. (org) - Cultura da Psicanálise. São Paulo, Brasiliense.

. DAUSTER, T. (1987) - "A invenção do amor: amor, sexo e família em camadas médias urbanas" in Figueira, S.A. (org.). Uma Nova Família. Rio de Janeiro, Zahar

. DONNANGELO, M.C.F. (1975) - Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira.

. DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. (1976) - Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades.

. DOUGLAS, M. (1976) - Pureza e Perigo. São Paulo. Perspectiva.

. DREYFUS, H.L. & RABINOW, P. (1984) - Michel Foucault: Un parcours philosophique. Paris, Gallimard.

. EKSTERMAN, A. (1985) - "Psicossomática: o dialógo entre a Psicanálise e a Medicina". Relatório oficial do Simpósico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, em dezembro de 1985.

. FERENCZI, S. (1933) - "Freud's influence on Medicine" in Final Contributions to Psycho-Analysis. Published in full in Ps A Bewegung.

. FIGUEIRA, S.A. (1978) - "Notas introdutórias ao estudo das terapêuticas I: Lévi-Strauss e Peter Berger" in Figueira, S.A. (coord.). Sociedade e Doença Mental. Rio de Janei-

ro, Campus.

. FIGUEIRA, S.A. (1984) - The study of psychoanalytic diffusion. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia,Universidade de Londres.

. FIGUEIRA, S.A. (1986) - Difusão da Psicanálise no Público Brasileiro: o caso do Rio de Janeiro. Projeto de Pesquisa, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

. FIGUEIRA, S.A. (1987) - "O "moderno" e o "arcaico" na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social" in Figueira, S.A. (org.) - Uma Nova Família. Rio de Janeiro, Zahar.

. FOUCAULT, M. (1971) - L'Ordre du Discours. Paris, Gallimard.

. FOUCAULT, M. (1974) - Conferências (13) realizadas na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, texto mimeo.

. FOUCAULT, M. (1974a) - Conferências (6) realizadas na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, texto mimeo.

. FOUCAULT, M. (1980) - O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro, Forense-Universitária.

. FOUCAULT, M. (1984) - "Deux essais sur le sujet e le pouvoir" in Dreyfus, H. L. & Rabinow P. - Michel Foucault: un parcours philosophique,Paris, Gallimard.

. FOUCAULT, M. (1984a) - Vigiar e Punir. Petrópolis, Vozes.

. FOUCAULT, M. (1984b) - Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Graal.

. FOUCAULT, M. (1985) - História da Sexualidade I - A vontade de saber. Rio de Janeiro. Graal.

. FOUCAULT, M. (1985b) - História de Sexualidade III - O cuidado de si. Rio de Janeiro. Graal.

. FREUD, S. (1985) - Projeto para uma psicologia científica. Ed. Standard Brasileira, I(1950). Rio de Janeiro, Imago.

. FREUD, S. (1909) - Notas sobre um caso de neurose obsessiva. Edição Standard Brasileira, X. Rio de Janeiro, Imago.

. FREUD, S. (1913) - O interesse científico da Psicanálise. Edições Standard Brasileira, XIII. Rio de Janeiro, Imago.

. FREUD, S. (1915) - Sobre o narcisismo: uma introdução. Edições Standard Brasileira, XIV. Rio de Janeiro, Imago.

, FREUD. S. (1923) - Dois verbetes de enciclopédia. Edições Standard Brasileira, XVIII (1922). Rio de Janeiro, Imago.

. HERZOG, R e OLIVEIRA, G. (1986) - Reflexões sobre a cura in Langenbach, M. e Naves, J.O. - O Serviço de Psicologia Aplicada da PUC/RJ: uma prática em debate. Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

. ILLICH, I. (1975) - A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro. Nova Fronteira.

. JAEGER, W. (1962) - Paidea: los ideales de la cultura Griega. México. Fondo de Cultura Económica.

. JORNAL DO BRASIL (1987) - Vaticano condena "imoralidade" da engenharia genética. Cidade do Vaticano AP. 11 de março. Rio de Janeiro.

. KATZ, C.S. (1977) - Psicanálise e Instituição. Rio de Janeiro. Documentário.

. KATZ, C.S. (1979) - Nota 2: Sobre a função da mãe in Leclaire, S. O corpo erógeno: uma introdução à teoria do Complexo de Édipo. Rio de Janeiro. Cia. Editora Fon-Fon e Seleta.

. LECLAIRE, S. (1979) - O corpo erógeno: uma introdução à Teoria do Complexo de Édipo. Rio de Janeiro. Cia Editora Fon-Fon e Seleta.

. LEFORT, C. (1982) - "O nome de Um" in La Boétie - Discurso da Servidão Voluntária. São Paulo, Brasiliense.

. LÉVI-STRAUSS, C. (1985) - Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

. LIMA; E.M. & PECCINI, A.P.F. (1986) - Enfermagem como agente da terapêutica dialítica em criança. Apresentado no III Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia. Belo Horizonte.

. LISPECTOR, C. (1974) - A via crucis do corpo. Rio de Janeiro Artenova.

. LO BIANCO, A.C. (1985) - "A psicologização do feto" in Figueira, S.A. (org.) - Cultura da Psicanálise. São Paulo, Brasiliense.

. LUZ, M.T. (1981) - As Instituições Médicas no Brasil. Rio de Janeiro. Graal.

. MACHADO, R. et al. (1978) - Danação da Norma. Rio de Janeiro Graal.

. MACHADO, R. (1981) - Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro, Graal.

. MACHADO; R. (1984) - "Por uma genealogia do poder" in Foucault, M. - Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Graal.

. MELLO FILHO; J. (1983) - Concepção Psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

. MEZAN, R. (1985) - "Uma arqueologia inacabada: Foucault e a psicanálise" in Ribeiro, R.S. (org.) - Recordar Foucault. Rio de Janeiro, Brasiliense.

. MOREIRA, E.L. (1986) - Orientação de Enfermagem a pacientes em Hemodiálise. Apresentado no III Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia. Belo Horizonte.

. MOREIRA, R.L. (1986) - "Aspectos Sociais e Psicológicos dos pacientes em programa de Capd - experiência em Londrina. Apresentado no III Congressso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia. Belo Horizonte.

. MUCCHIELLI, R. (1961) - Philosophie de la médécine psychosomatique. Paris. Montaigne.

. NICOLACI-DA-COSTA, A.M. (1987) - "Família e pedagogia: nostalgia do tradicional ou carência do novo" in Figueira, S.A. (org.) - Uma Nova Família. Rio de Janeiro, Zahar.

. NICOLACI-DA-COSTA, A.M. (1987a) - Sujeito e Cotidiano. Rio de Janeiro. Campus.

. PONTALIS, J.B. (1972) - A psicanálise depois de Freud. Rio de Janeiro, Imago.

. PORTINARI, D. (1987) - "Psicanálise e Mitologia" in Figueira, S.A. (org.) - Efeito Psi: a influência da Psicanálise. Rio de Janeiro. Campus. (no prelo).

. RANK, O. (1924) - "Psychoanalysis as a cultural factor" in Mental Hygiene, Institute of Psycho-Analysis, London.

. ROSS, S. (1981) - in Ferraz, A.S. et al. - Manual de Tratamento da insuficiência renal aguda e crônica. Rio de Janeiro. Interamericana.

. SALEM, T. (1985) - "A trajetória do "casal grávido": de sua constituição à revisão de seu projeto" in Figueira, S.A. (org.) - Cultura da Psicanálise. São Paulo, Brasiliense.

. SOUZA, E.R. e SOUZA, L.M.M. (1986) - Atuação médico/enfermeira junto ao paciente transplantado. Apresentado no III Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia. Belo Horizonte.

. VILLAS-BOAS, L. (1987) - "Medicina conforta na morte ao perder a luta da vida". Rio de Janeiro, Jornal do Brasil, 18 de janeiro.

. WING, A.S. (1983) - A Selection of Psycho-Social Papers presented at recent EDTNA Conferences.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Departamento de Psicologia

CI nº .....
Data: 09/12/87

COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DA DEFESA DE TESE

Comunico a Vossa Senhoria que o aluno Regina Herzog de Oliveira defendeu no dia 27/11/87 perante a Comissão Julgadora nomeada pela DESIGNAÇÃO nº ..../.... a tese intitulada Sujeito da doença ou doença do sujeito? A construção do ser doente

tendo sido APROVADO
(explicar se aprovado ou não com eventuais consequências)

como consta do respectivo Livro de Atas.

Coordenador de Pós-Graduação

1a. via: Departamento
2a. via: aluno
3a. via: Decanato
4a. via: Vice-Reitoria Acadêmica
5a. via: Diretoria de Admissão e Registro
6a.via: Tesouraria

CCPG 8

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Ana Maria Nicolaci-da-Costa
Profª. Orientadora

PUC/RJ

Jurandir Freire Costa
Profº Instituto Medicina Social

UERJ

Sérvulo Augusto Figueira
Profº PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro,

Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos programas de Pós-Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas