

# PUC

**MARIA CRISTINA RIBEIRO BARBOSA**

**DA MEDICINA À PSICANÁLISE:  
UM PERCURSO NA DIREÇÃO DO SUJEITO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**RIO DE JANEIRO, 31 DE MARÇO DE 1997**

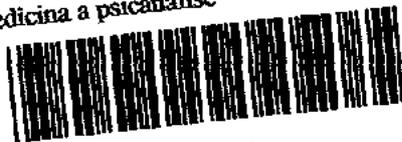
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO**

**RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453**

**RIO DE JANEIRO – BRASIL**

N. Chamada: 150 B238d

N. Cham. 150 B238d TESE UC  
Título Da medicina a psicanalise



Ex.2 PUCB

0098223

MARIA CRISTINA RIBEIRO BARBOSA

DA MEDICINA À PSICANÁLISE:  
UM PERCURSO NA DIREÇÃO DO SUJEITO

Dissertação apresentada no Departamento  
de Psicologia da PUC-RJ como parte dos  
requisitos para obtenção do Título de  
Mestre em Psicologia.

Orientadora: Esther Maria de Magalhães Arantes

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 31 de março de 1997

ue. 00069072.0



150

8238m

TESE ue

Para:  
Bernardo,  
Daniel e Déborah

## AGRADECIMENTOS

- Circe Navarro Vital Brazil, sentindo profundamente sua ausência por já não estar entre nós, por seu estímulo no início desse trabalho e pelas suas impressões que permaneceram até o final.
- Esther Arantes, por sua acolhida generosa, pela confiança que depositou em mim e pelas sugestões e questionamentos que me permitiram elaborar esse texto.
- Alexandre Belfort, pela leitura cuidadosa, discussão das idéias, comentários pontuais e, principalmente, pela oportunidade de trabalharmos juntos essas questões.
- Bernardo Furrer, por tudo e, especialmente, por estar ao meu lado o tempo todo de forma sincera e afetuosa.
- Daniel Barbosa Furrer, pelo jeitinho doce com o qual se empenhou em tentar entender, valorizar e partilhar comigo esse momento.
- Déborah Barbosa Furrer, que sempre esteve por perto, de forma meiga, solidária e atenta ao desenrolar deste trabalho.
- Hilda Ribeiro de Lima, por sua presença constante e disponibilidade irrestrita.
- Aos familiares: Adolpho Furrer, Ilka Fayfman Furrer e Suzana Fayfman, pelo carinho e apoio em todos os momentos.
- Aos amigos que me estimularam e me ouviram, pacientemente, nos momentos mais difíceis: Kátia Lerner, Sérgio Furrer, Rosane Jablonski, Shirley Zonis, Carlos Nepomuceno e Fátima Gouvêa.

- Jorge Luis Veschi, por sua presença inestimável nessa longa e valiosa trajetória.
- Aos colegas, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, e aos pacientes e familiares pela oportunidade do trabalho institucional.
- Às Funcionárias do Departamento de Pós-Graduação de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), Marise Lira de Souza e Vera Lúcia Lima da Silva, pela atenção e delicadeza.
- Iracema Breves dos Santos e Márcia Nascimento Andrade, pelo trabalho de finalização, mas sobretudo pela simpatia e disponibilidade.

## RESUMO

Partimos do advento da ciência moderna e analisamos como, de uma forma cada vez mais organizada e sedimentada, instaura-se, progressivamente, o que conhecemos como a sociedade moderna ocidental. Desde então, a medicina, como um dos expoentes da ciência, participa vivamente da construção de um novo saber sobre o indivíduo e sustenta um discurso hegemônico.

A descoberta do inconsciente especificamente freudiano rompe com a própria noção de indivíduo. Deslocamo-nos de uma realidade puramente externa para uma realidade psíquica. Aqui a idéia de sujeito — diferente de indivíduo — implica em deslocar o conceito de uno, indivisível e coeso, para dividido, fragmentado e sobredeterminado.

A partir dos relatos obtidos em uma instituição de saúde com um grupo de profissionais, médicos em sua maioria, constatamos que, dentro da estrutura sob a qual é concebido, o discurso da ciência flagra a todo momento com o que na sua origem fora excluído: os aspectos de ordem subjetiva, inerentes ao sujeito.

Através dessa dissertação, demonstramos que, por trás de um discurso linear, o sujeito se faz presente nos atropelos da fala, nos sintomas e nos percalços do cotidiano de cada um. É esse aparentemente *sem sentido* o que aqui nos detém. Ao invés da noção de um acesso progressivo a estágios de desenvolvimento, enfocamos a importância que a psicanálise atribui à incompletude e à inconsistência presentes na constituição do sujeito. De Freud a Lacan, assinalamos que o desejo humano situa-se nesse terreno. Desejo de preencher uma falta que, por estrutura, é irremediável e, por isso mesmo, nos faz desejantes.

## ABSTRACT

At the coming of modern science, one sees the establishment of what in a gradually growing organized solid way became progressively known as modern western society. Medical science, as one of science exponents, plays an important role in the building up of a new knowledge upon the individual, holding also a hegemonic discourse.

Freud's unconscious discovery breaks down with the very notion of the individual. We move on from a pure external reality into a psychic one. Here the subject idea — one that is different from that of an individual — moves away from the concept of one indivisible and united towards a divided, fragmented and overdetermined one.

Through the analysis of accounts taken from of a group professionals working on a health care institution, mainly physicians, we verify that science discourse — inside the structure in which it is conceived — takes unawares all the time of what has been excluded since its origin: the subjective aspects, inherent to the subject.

Through this dissertation, we demonstrate that behind a linear discourse the subject is made present through speech trampling and daily symptoms and drawbacks in every one. It is this apparent lack of sense that calls our attention. Instead of taking a notion of progressive development stages access, we focus on the importance psychoanalysis assigns to the incompleteness and the inconsistency present inside the subject building up process. We point out that from Freud to Lacan, human desire finds itself located in this field. A desire to fulfill a gap that, give the overall structure, is helpless and makes us all wishful.

## **PALAVRAS-CHAVES**

1. Ciência
2. Medicina
3. Psicanálise
4. Sujeito
5. Desejo

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	01
<b>Capítulo 1 - O ADVENTO DA CIÊNCIA MODERNA</b> .....	09
1.1.    Surge um Novo Lugar Simbólico.....	13
1.2.    Descartes e o Cogito.....	16
1.3.    Ciência e Psicanálise: Marcando uma Diferença.....	19
<b>Capítulo 2 - O DISCURSO MÉDICO</b> .....	24
2.1.    Poder Institucional e Ideal Humanista.....	27
2.2.    A Objetividade Científica e A Exclusão do Sujeito.....	29
2.3.    Linguagem Médica e Jargão Médico.....	35
2.4.    Medicina, Sexualidade e Histeria.....	39
<b>Capítulo 3 - O DISCURSO PSICANALÍTICO</b> .....	47
3.1.    Linguagem, Inconsciente e Sujeito.....	52
<b>Capítulo 4 - A PESQUISA : UMA ESCUTA DO SUJEITO</b> .....	62
4.1.    Nota Metodológica .....	62
4.2.    Relatos Vivos e Comentários Pontuais.....	67
<b>Capítulo 5 - UM RETORNO À ORIGINALIDADE DA PSICANÁLISE</b> .....	90
5.1.    Crítica à Psicologia do Ego.....	91
5.2.    Balint e a Relação Médico-Paciente: Esconder ou Revelar o Impasse ?.....	97
5.3.    O Outro, O Imaginário e a Fantasia.....	103
5.4.    Não Existe Relação Sexual !.....	115
5.5.    Por Que a Ética do Desejo ?.....	117
<b>CONCLUSÃO: Um Percorso Pessoal e Um Percorso de Pesquisa</b> .....	120
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	123

## INTRODUÇÃO

O dia-a-dia dentro de uma instituição hospitalar pública pode promover, em meio às inúmeras experiências profissionais, diversas reflexões a partir de situações rotineiras vivenciadas tanto pela equipe de saúde como também pelos pacientes e seus familiares. Muitas vezes, essas situações envolvem sofrimentos e momentos dramáticos, difíceis de serem valorizados ou mesmo compreendidos; outras vezes, são apenas momentos singulares, nada dramáticos, mas onde outros afetos também estão presentes e simplesmente marcam as relações humanas, ou seja, afetam a todos enquanto sujeitos.

A idéia de sujeito — diferente de indivíduo — implica em deslocar o conceito de uno, indivisível e coeso, para dividido, fragmentado e sobredeterminado. Passamos dessa forma da medicina à psicanálise. A relação entre elas, aparentemente simples e de diversas formas bastante teorizada e difundida ao longo das últimas décadas, ainda hoje, a nosso ver, merece ser objeto de estudo.

Não pretendemos questionar o conhecimento médico assegurado e reconhecido; quaisquer que sejam nossas convicções, tomaremos o medicamento prescrito ou aceitaremos uma indicação cirúrgica. O saber científico não é aqui o nosso alvo. Trata-se, por outro lado, de refletir sobre a posição subjetiva, inúmeras vezes conflituosa, em que nos vemos todos, profissionais, doentes e familiares, quando somos flagrados por

situações imprevisíveis e para as quais a objetividade do discurso médico torna-se impotente.

A experiência profissional, após alguns anos dentro de uma instituição médica especializada em Oncologia, permitiu-nos vivenciar inúmeras situações e reportá-las neste texto de uma forma sistematizada: um paciente que se rebela contra a equipe médica; a angústia de muitos pacientes e familiares quando diante do diagnóstico de neoplasia; a evolução anárquica de algumas neoplasias, que surpreendem a todos da equipe, ou, ao contrário, em alguns pacientes, um curso mais benéfico e uma longa sobrevida, bem maior do que a esperada; a difícil aceitação de uma cirurgia mutilante; o drama de um paciente que recusa uma cirurgia apesar desta significar a sua maior chance de cura; um óbito inesperado; a difícil decisão médica com relação aos pacientes em situação terminal, no sentido de abreviar ou prolongar o sofrimento; ou ainda, a manutenção ou não de um paciente em regime artificial. Enfim, as situações são inúmeras e as mais diversas.

É exatamente desses aspectos subjetivos que vamos tratar, uma vez que ilustram a passagem do discurso médico ao discurso psicanalítico. As diferenças presentes nesse deslocamento merecem ser assinaladas, pois, não raro, são disfarçadas ou ignoradas, na medida em que não se fala disso. Entretanto, a nosso ver, existe uma diferença radical. A psicanálise assinala um momento radicalmente inaugural no campo do saber. Rompe com todo o conhecimento que a antecede, em nada se aproxima da medicina ou psicologia, apesar de ter a sua origem

no meio médico e, apenas aparentemente, tratarem do mesmo objeto. Nesse sentido, a psicanálise supera em seu próprio discurso o caráter que marcou o seu nascimento: especialidade médica ou ciência natural.

Este novo saber sobre o homem é, sob muitos aspectos, incompatível com o que havia até então. Dentre as concepções que marcam as diferenças entre a medicina e a psicanálise tomaremos o par indivíduo/sujeito como um ponto de ruptura marcante entre as duas, com implicações teóricas e técnicas bastante abrangentes e que nos servem para ilustrar como são concebidos esses dois universos. Com o objetivo de marcar as diferenças aí implicadas, e frente à multiplicidade de fatores envolvidos, traçamos nossa pesquisa a partir de uma pergunta: o que a psicanálise tem a dizer sobre questões pertinentes à prática médica? Dentro desse contexto, pude esboçar os primeiros objetivos do trabalho que se iniciava e, assim, delinear o seu conjunto.

A prática médica, de uma forma geral, ou seja, nas suas diversas especialidades e formas de atuação, institucional ou não, ao mesmo tempo em que parece acolher opiniões e contribuições de outras áreas, promove na verdade uma assimilação de outros conceitos e os coloca sob a hegemonia médica. Em prol de uma pseudo interdisciplinaridade, corremos o risco de, médicos, psicanalistas, psicólogos, enfim, todos nos engajarmos, sob os auspícios da medicina, na construção da idéia de um indivíduo total. Corpo e alma, soma e psiquismo, ou o *indivíduo como um todo*, são expressões resultantes dessa

combinação. Combinação sem dúvida sedutora, no sentido de dar conta de um todo ou de um tudo saber sobre o indivíduo, e muito atraente, na medida em que aglutina diversos profissionais em seus maiores esforços coletivos. A psicanálise, nesse caso, correria o risco de tornar-se um instrumento útil no sentido de complementar o que falta à medicina. No lugar da diferença radical, poderia prevalecer a idéia de uma certa harmonia ou mesmo de saberes que se complementam.

Mas afinal, onde fica a descoberta freudiana do inconsciente? Parece-nos que aí situa-se a diferença radical. Saímos da noção de indivíduo e passamos a tratar de sujeito, imerso na linguagem e no real. É claro que podemos continuar fazendo grupos de trabalho ou reflexão e se aqui mesmo transcrevo uma experiência que considero valiosa, é exatamente porque ela evidencia essa dimensão de sujeito do inconsciente, mesmo quando relutamos em aceitá-la.

Como a psicanálise sempre especula sobre as impossibilidades, por que não tornar então possível esse desafio? O resultado talvez seja centrar o olhar da psicanálise no sujeito da ciência, aqui emergindo entre médicos, equipe, pacientes, todos, é claro, submetidos ao poder médico. Ao lado dessa mesma ciência surgiu, e não podia ser de outra maneira, a própria psicanálise, que apesar da origem comum, criou um modelo epistemológico próprio que nos permite vasculhar de que forma a ciência se estrutura e suas implicações para o sujeito. A psicanálise propõe-se a investigar esse sujeito moderno que a ciência exclui para se constituir. Como no

consultório é sempre um sujeito que demanda reconhecimento, também aqui, dentro de uma instituição hospitalar, estamos diante de sujeitos que demandam o mesmo reconhecimento. O *setting* não inclui literalmente um divã, mas estamos fazendo psicanálise. Essa é uma das direções possíveis para a fórmula de Lacan: "o inconsciente é o social". A psicanálise faz falar e faz refletir. Vamos então nos dedicar ao seu exercício.

No primeiro capítulo deste estudo vemos que, em determinado momento histórico, o advento da ciência moderna instaura, através de concepções matemáticas, uma simbolização cujas exigências são: coerência, precisão e saber. É uma reviravolta que abre uma possibilidade infinita de produção científica. Consideramos, entretanto, importante ressaltar qual é o papel dessas leis e fórmulas simbólicas. Para discutir essas idéias tomamos como ponto de partida a leitura de Alexandre Koyré, historiador da ciência.

Constatamos que a ciência moderna caracteriza-se por uma nova ordem discursiva, na qual surge um novo lugar simbólico, cuja importância torna-se central e hegemônica. A correlação entre ciência e psicanálise torna-se possível quando levamos em conta a importância do campo simbólico para ambas. Para Lacan, é a ciência moderna que, ao impor ao real uma simbologia, instaura o saber na sua dimensão significante. Desta forma, a construção do saber científico define-se pela coerência e pela cadeia significante.

Entretanto, a psicanálise, e isso marca a sua singularidade, relaciona-se não só com as fórmulas simbólicas e cadeias significantes, mas também com o que resta dessa operação — um real irreduzível que resiste à linearidade, escapa ao entendimento e à simbolização. Irreduzível e, ao mesmo tempo, efetivo e atuante.

Dando prosseguimento a esta investigação, o segundo capítulo analisa a constituição do saber médico, tomando-o como um dos expoentes da ciência moderna. Assinalamos o poder institucional adquirido pelo discurso médico na era moderna e a pregnância da objetividade científica em detrimento de qualquer subjetividade. Baseada na leitura de Michel Foucault, ressaltamos a importância de "determinar as condições de possibilidade da experiência médica, tal como a época moderna a conheceu"<sup>1</sup>. Esta análise demonstra como a medicina possibilita um controle mais refinado do indivíduo, cujo objetivo é uma maior sujeição do ser humano.

Instituída como um saber científico, a medicina vai, através do seu discurso, dar uma configuração concreta à sua prática. A linguagem médica e o jargão médico estão na base dessa estrutura e vale destacar a importância deste fato. A explosão discursiva também promoveu a sexualidade a uma situação de destaque. A medicina, dessa forma, debruça-se sobre o corpo e sobre o sexo, toma a seu cargo a sexualidade, e exerce um poder que, longe de interditar, ao contrário, enu-

1. (Foucault, M. - *O Nascimento da Clínica*, RJ, Forense-Universitária, 1980, p. XVIII)

mera e relaciona as sexualidades singulares, especificando os indivíduos segundo as suas normas. Todas as precauções e análises meticolosas parecem esquivar-se do imprevisível e insuportável suscitado pela sexualidade.

No terceiro capítulo nos debruçamos sobre o discurso psicanalítico. Sabemos que as manifestações do inconsciente, ainda que expressas pelo simbólico, estão rodeadas pela falta de sentido. O simbólico vela e revela. O sujeito não é mais aquilo que ele imaginava, aquele que ele pensava ser, ou melhor: ele é lá onde ele não pensa. Para além do simbólico, a psicanálise demonstra a irreducibilidade de um real. Esse real, que interessa e concerne ao sujeito, é um sem sentido que sempre retorna através da linguagem, mas não se deixa apreender; reaparece, inquieta e envolve o sujeito, sinalizando um enigma que lhe concerne.

Tratando-se de um estudo que se refere ao sujeito, não poderia deixar de analisar o ponto de vista do próprio sujeito. O quarto capítulo tem por objetivo colocar em relevo este aspecto e, neste sentido, ouvimos os sujeitos que de fato poderiam ter algo a dizer — os médicos. Além de um estudo teórico, consideramos fundamental demonstrar de perto os mais diversos depoimentos relativos à prática médica. Participamos, ao longo de vários meses, de um grupo composto por diversos profissionais de saúde, médicos em sua maioria, interessados na discussão dessas questões. Cabe a ressalva de que a formação do grupo não dependeu de nossa iniciativa e, desde o início, correspondeu a uma demanda de um grupo de

profissionais, os quais solicitaram a uma psiquiatra a coordenação e encaminhamento das reuniões.

Quanto à pertinência dessa pesquisa, encontra-se referida a uma demanda presente no dia-a-dia de uma instituição de saúde, vivenciada tanto por mim quanto pelos demais membros do grupo, o que ficou expresso nos relatos aqui transcritos e comentados.

No quinto capítulo, proponho um retorno à originalidade da psicanálise, mediante a contraposição entre a sua práxis e outras teorias ditas psicanalíticas. Nesse sentido, torna-se flagrante a apropriação de conceitos psicanalíticos empreendida pela Psicologia do Ego, de tal forma que, a nosso ver, perde-se a fidelidade com relação à teoria freudiana. Procuramos então fundamentar nossa crítica e assinalar as nossas divergências teóricas e práticas.

## CAPÍTULO 1 — O ADVENTO DA CIÊNCIA MODERNA

O advento da ciência moderna instaura uma profunda ruptura com o pensamento medieval ou antigo e cria aquilo que, a partir de então, de uma forma cada vez mais organizada e sedimentada, tornou-se progressivamente o que hoje conhecemos como sociedade moderna ocidental.

O estudo das origens da ciência moderna e das suas relações com as concepções medievais sempre suscitou posições diversas e, até mesmo, contrárias entre os historiadores da ciência. Tomamos como referência Alexandre Koyré (1966) e, partilhamos seus argumentos contrários à idéia de atribuir ao solo medieval uma origem remota da ciência moderna, ou de estabelecer uma continuidade e aprimoramento de algo já conhecido. Para Koyré, a noção de uma evolução contínua implicaria em negar a ruptura e o caráter inaugural que o pensamento científico do século XVII nos proporcionou. Examinemos o que constituiu naquele momento a sua originalidade.

As discussões metodológicas dos filósofos medievais baseavam-se no modelo grego e estavam intimamente relacionadas com o empirismo aristotélico, o que implicava uma concepção de ciência e de método científico que, em seus aspectos fundamentais, compreendia a utilização da matemática para formular teorias e dos experimentos visando a verificação ou a falsificação das teorias propostas. Dessa forma, o objetivo seria fixar as condições às quais a teoria deveria satisfazer para ser aceita e estabelecer diversos métodos que permitissem

decidir se uma dada teoria era válida ou não. Aqui, a noção de ciência priorizava a coerência lógica e a verificação experimental (Koyré, 1966).

Koyré afirma que para o progresso da ciência foi necessário uma interdependência profunda entre a prática e a teoria. Nesse sentido, mostra que "o desenvolvimento contínuo das discussões metodológicas ao fim da Idade Média não foi seguido por um desenvolvimento paralelo da ciência"<sup>2</sup>. Atribui a ausência de progresso científico a uma excessiva preocupação com o estudo dos problemas metodológicos, acarretando um divórcio entre metodologia e ciência. Exemplifica sua afirmação citando a invenção dos óculos que, ainda que envolvesse considerações teóricas, em nada contribuiu para o desenvolvimento da ciência óptica, não promoveu a tecnologia óptica, e nem permitiu a construção de instrumentos ópticos. Por outro lado, no século XVII, a invenção do telescópio (1609) ocorreu por ocasião de um desenvolvimento da teoria e foi seguido pelo progresso técnico.

Ainda assim, Koyré reconhece o valor dos experimentos como, acima de tudo, fonte de importantes descobertas:

"De fato, quem poderia, sem a experiência, saber o que quer que fosse sobre o magnetismo? Como seria possível, sem a experiência, descobrir os segredos da natureza e, por exemplo, fazer avançar a medicina? É a ciência experimental que une racionalidade e trabalho manual, que nos permitirá construir os instrumentos e as máquinas que darão à humanidade — ou à cristandade — ao mesmo tempo conhecimento e poder"<sup>3</sup>

2. (Koyré, A. - "Les Origines de la Science Moderne" In: *Études d' Histoire de la Pensée Scientifique*, Paris, Gallimard, 1966, p.77)

3. (*ibidem*, p.71)

Nesse sentido, os avanços técnicos da era medieval garantiram à humanidade um grande número de invenções de extrema relevância, as quais demarcam claramente um progresso técnico em relação à Antiguidade. Entretanto, o desenvolvimento da ciência moderna não deve ser atribuído a um deslocamento da teoria em direção à prática, isso porque o interesse prático não é a condição suficiente para o desenvolvimento da ciência experimental. Do contrário esta poderia ter surgido um milênio antes, a partir das engenhosas invenções do império romano.

O mais importante na metodologia científica moderna será estabelecer a relação entre as teorias e os fatos, estando os fatos submetidos à supremacia das teorias. É exatamente esse o enfoque que subverte a ordem anterior.

"Uma revolução que é baseada na convicção profunda de que as matemáticas são mais do que um meio formal de ordenar os fatos e são a chave mesmo para a compreensão da Natureza"<sup>4</sup>.

Ganham destaque ao lado dos aspectos experimentais as análises matemáticas: na revolução metodológica do século XVII, a matemática está presente nas demonstrações mais convincentes e abre as portas para o conhecimento. Mais do que atingir uma certeza absoluta ou a crença em uma verdade sem erro possível, a matemática facultou uma outra via como fundamento da realidade.

---

4. (*ibidem*, p. 82)

"Foi somente assim que as limitações do empirismo aristotélico puderam ser superadas e que um verdadeiro método experimental pode ser elaborado; um método no qual a teoria matemática determina a estrutura mesmo da pesquisa experimental, ou, retomando as próprias palavras de Galileu, um método que utiliza a linguagem matemática (geométrica) para formular suas questões à natureza e para interpretar as respostas desta; que, substituindo o mundo do cálculo aproximado conhecido empiricamente pelo Universo racional da precisão, adota a mensuração como princípio experimental fundamental e o mais importante"<sup>5</sup>.

A concepção de mundo vigente até então pretendia a tradução da realidade em sua totalidade, ou seja, passível de uma apreensão no seu todo, ou ainda, passível de uma significação absoluta. A partir desse momento, o discurso relativiza-se e, ao invés de perseguir uma verdade última, institui nesse lugar uma verdade científica, qual seja, um verdadeiro método ordena os fatos e o próprio discurso de forma soberana. A ciência — e essa idéia é fundamental para o nosso recorte — implica, através da formalização matemática, um deslocamento no sentido da adequação da realidade aos seus símbolos e ao universo da precisão. A matematização criou um outro lugar simbólico para a ordenação dos fatos: este outro lugar — o da ciência — tornou-se hegemônico. Na fala de Koyré:

5. (*ibidem*, p. 83)

"Antes do advento da ciência galileana, nós aceitamos com maior ou menor acomodação e interpretação, sem dúvida, o mundo percebido pelos nossos sentidos como sendo o mundo real. Com Galileu, e após Galileu, nós temos uma ruptura entre o mundo percebido pelos sentidos e o mundo real, aquele da ciência"<sup>6</sup>.

Esse momento, estamos de acordo, implica uma profunda mudança na própria organização simbólica do mundo. Para Koyré, essa organização desloca-se de uma compreensão natural a uma outra, diferente e preponderante, baseada na matematização do real. Para a psicanálise, contrária à idéia de compreensão natural, foi o próprio discurso que, tornando-se agora científico e hegemônico, recalcou, isolou, marginalizou o que aqui Koyré entende como compreensão natural, e que, na nossa opinião, tratava-se igualmente de um discurso - medieval ou antigo - no qual o imaginário e o simbólico possuíam outra configuração.

### 1.1. Um novo lugar simbólico

Na medida em que matematiza, formaliza, teoriza dentro dos limites possíveis da linguagem e dos seus símbolos, a ciência deixa de fora, exclui o que do real não se submete a esse enquadramento. O símbolo, ainda que preciso, matemático e científico, não recobre todo o real. Nessa operação os astros e as estrelas que, desde a Antiguidade, despertavam uma interrogação, passam a ser compreendidos e enquadrados numa linguagem

---

6.(*ibidem*, p.60)

simbólica de estrutura científica. Temos agora, com Lacan, uma pergunta: "Por que os planetas não falam?" e uma resposta: "- Porque foram silenciados pela ciência"<sup>7</sup>.

A matemática opera simbolizando o mundo real, através de uma lógica formal, traduzindo-o em símbolos, mas as estrelas nos mostram que nem todo o real é passível de simbolização. Lacan, quando se refere ao real, toma as estrelas como incontestavelmente reais:

"As estrelas são reais, integralmente reais, não há nelas, em princípio, absolutamente nada que seja da ordem de uma alteridade para com elas próprias, são pura e simplesmente o que são. Que a gente as encontre sempre no mesmo lugar, eis uma das razões que faz com que elas não falem"<sup>8</sup>.

Esta flagrante realidade já seria um bom motivo para que as estrelas não falassem muito. Ainda assim, seria um engano imaginá-las totalmente mudas. As constelações desenhadas na Antiguidade são signos que se perpetuaram até os dias de hoje e testemunham as primeiras formas de simbolização feitas pelo homem. Foram durante muito tempo os símbolos tomados como naturais e, nesse sentido, também ilustram a apreensão do real pelo simbólico segundo as concepções e o discurso da época.

Seguindo o curso da história, Lacan constata que, na era moderna, a linguagem científica instaurou um outro lugar sim-

7. (Lacan J.- O Seminário. Livro 2, O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise, RJ, Zahar, 1991, p.298)

8. (ibidem, p.300)

bólico e, agora, os fatos tornam-se "semblantes" na medida em que são qualquer coisa que possa ocupar um lugar constituído no discurso. Recorremos a Clavreul, no qual encontramos referência a essa formulação lacaniana, quando comenta

"... uma ciência se constituirá pela colocação de semblantes a partir do que se torna possível raciocinar. [...] A medicina teve, e tem sempre de constituir os semblantes com os quais ela funciona. As síndromes, as doenças são, de início, semblantes pelo fato de que são semelhantes, ou quase, num certo número de doentes"<sup>9</sup>.

O universo finito de Aristóteles, concebido como um mundo fechado e bem ordenado, abre-se para um universo infinito, sob inúmeras formas apreendido pela linguagem mas não totalmente açambarcado por ela. Essa operação sempre deixa um resto. O real transcende o símbolo e sempre nos escapa em algum ponto. Ao mesmo tempo é esse mesmo resto que instiga a produção incessante de símbolos e promove um novo saber científico. Para Lacan, que nisso concorda com Koyré, o advento da ciência moderna no século XVII produz uma demarcação do real pelo simbólico baseada na formalização científica e na idealização de um saber completo. O discurso, agora sob nova forma científica, delimita e circunscreve o real. Entretanto, é interessante perceber que, mesmo na Antiguidade, a linguagem, digamos natural ou dos sentidos, também era o único meio de apreender o universo. É nesse sentido que dizemos que só há universo a partir do discurso, ou ainda, só existe realidade quando através da linguagem (simbólico) construímos algo sobre o real.

9. (Clavreul, J. - *Ordem Médica: Discurso e Impotência do Discurso Médico*, SP, Ed. Brasiliense, 1983, p. 85).

Mas é a partir da ciência moderna — e aí está a sua concepção revolucionária — que constatamos a impossibilidade de falar de um real puro, pois este é inapreensível, sem sentido, e só se presentifica através do simbólico — quando você fala "daquilo" já não é mais "aquilo". E mais, rompe-se com a configuração anterior, onde simbólico e imaginário eram indissociáveis e visavam atingir a plenitude do real. Nesse momento instaura-se a primazia do simbólico, carro-chefe do discurso da modernidade, onde as fórmulas simbólicas, tais como a lei da gravitação ( $f=m.a$ ), tornam-se hegemônicas, recalcando a pluralidade de alternativas, e, sem dúvida, silenciando as estrelas e os planetas.

"Newton acabou dando a fórmula definitiva em torno da qual todo mundo, há um século, ardia. Fazê-los calar. Newton conseguiu isto definitivamente. O silêncio eterno dos espaços infinitos com que Pascal se apavorava é algo que se conseguiu depois de Newton — as estrelas não falam, os planetas estão mudos; isto porque se os fez calar, o que é realmente a única razão verdadeira, pois afinal nunca se sabe o que pode acontecer com uma realidade"<sup>10</sup>.

### 1.2. Descartes e o cogito

Descartes introduziu o sujeito no campo da filosofia, fazendo do pensamento seu objeto de discurso. Trata-se de perguntar como a verdade é possível, como os relatos mentais e as idéias podem corresponder ao que se passa verdadeiramente

10. (Lacan, op. cit., p.301).

no real. A meta é chegar à verdade. Para isso, Descartes parte da dúvida, através da qual o sujeito do conhecimento, analisando cada um de seus saberes, avalia as fontes e as causas de cada um, a forma e o conteúdo de cada um, a falsidade e a verdade de cada um, e persegue meios para livrar-se de tudo quanto seja duvidoso perante o pensamento. Ao partir da dúvida, Descartes questiona todas as idéias preestabelecidas e abandona as formas de conhecimento até então soberanas, baseadas na imaginação e numa outra ordenação simbólica, que compreendiam a intuição (percepção sensível e idéias inatas) e o entendimento (pensamento). Efetivamente constrói regras que deverão ser obedecidas para que um conhecimento seja considerado verdadeiro. Para Descartes, o conhecimento verdadeiro é puramente intelectual, parte das idéias inatas e controla as investigações filosóficas e científicas.

O problema do conhecimento torna-se crucial e a filosofia dedica-se então ao exame da capacidade humana de conhecer a verdade e em que condições tal conhecimento é possível. O cogito cartesiano — Penso, logo existo — funda na filosofia o sujeito da ciência moderna. O projeto cartesiano, dessa forma, promoveu a razão ao seu mais alto valor, o que só foi possível quando Descartes submeteu à dúvida o que era até então inquestionável. Utilizou a dúvida como método para fazer surgir o sujeito na sua certeza de sujeito pensante, ou seja, o pensamento é certeza irredutível da existência do sujeito.

Como consequência, torna-se problemática a antiga correspondência entre verdade e ser. Vemos que, agora, na relação entre o pensamento e a realidade, o primeiro mostra-se insuficiente frente à necessidade de garantia de sua própria verdade. É necessário então, recorrer a um Outro como Suposto Saber e garantia de verdade. Podemos afirmar que, para Descartes, esse Outro é Deus:

"Entretanto se Descartes chega a provar que o pensamento é certeza irredutível do sujeito, quanto à relação entre esse pensamento e o mundo exterior, ou antes, quanto à verdade, ele é obrigado a admitir a insuficiência do pensamento frente a garantia de sua própria verdade. [...] Sabemos que é, portanto, em um Outro, em Deus, como instância supostamente infinita e perfeita, que Descartes vai buscar a garantia da verdade do pensamento. Nesta distância entre a certeza própria do pensar e a verdade como supostamente pertencente a uma instância fora do pensamento, Descartes introduz, pela primeira vez, no campo do pensamento, a dicotomia, tão cara à psicanálise, entre saber e verdade"<sup>11</sup>.

Quando o lugar do Outro, inicialmente ocupado por Deus, é substituído pelo saber científico, este passa então a operar a função mediadora entre o simbólico e o real, propondo-se assim a garantir o acesso à verdade. Aí estamos diante do sujeito da ciência. Aquele que instaura a primazia do significante e, portanto, da ciência como um saber que supõe a existência do mundo apenas enquanto passível de significações simbólicas. Antes, a certeza de um saber divino, agora, a certeza de um saber científico. "A idéia de que o saber possa constituir de algum modo, em algum momento, mesmo que seja de esperança no futuro, uma totalidade fechada"<sup>12</sup>.

11. (Freire, A.B., Fernandes, F.L.F., Souza, N.S. - *A Ciência e a Verdade - um Comentário*, RJ, Revinter, 1996, p.40).

12. (Lacan, J. - *O Seminário. Livro 17, O Averso da Psicanálise*, RJ, Zahar, 1992, p. 29).

Ficamos então com uma pergunta em aberto: se a verdade não vem de Deus e nem de um saber científico com pretensões totalizantes, de que outra forma a questão da verdade pode ser pensada?

### 1.3. Ciência e Psicanálise: Marcando uma Diferença

Se recuarmos à Antiguidade, podemos retomar o real dos astros que instigava os gregos e constatar que, sob os mais diversos aspectos, também hoje nos interrogamos de forma curiosa sobre o mundo. Como ele não pode ser totalmente significado e apreendido na linguagem, algo fica sem sentido. Um real irreduzível à linguagem. Andamos muito na trilha do pensamento e do saber, mas uma via tortuosa, refratária aos códigos, continua desde sempre fomentando e causando algo indecifrável e inerente ao ser humano.

Nessa trajetória que tentamos descrever, a leitura dos textos de Koyré foi o eixo principal, indispensável para a abordagem da história da ciência. Passaremos adiante, e permaneceremos próximos de Koyré, tentando articular suas idéias com as teorias freudiana e lacaniana e, dessa forma, demarcar o campo da psicanálise com relação à ciência.

Conforme vimos, com Galileu e Descartes, ou seja, a partir do advento da ciência moderna e da concepção do sujeito cartesiano, inaugura-se um novo momento. Instaura-se a primazia do simbólico sobre o real, aspecto crucial para a

ciência, e ao mesmo tempo, abre-se o caminho que conduz à constatação da impossibilidade da apreensão do real, aspecto crucial para a psicanálise. É nesse sentido que a psicanálise só pode ser concebida dentro do âmbito da ciência moderna. Entretanto, é fundamental explicitar algumas diferenças e, assim, pontuar a especificidade da psicanálise.

A ciência, diante da impossibilidade do real, sustenta como meta apreender o mundo e cercar a realidade e, desde a sua origem, redobra seus esforços, sempre voltados para isso. Nesse sentido, as operações simbólicas, sejam elas fórmulas matemáticas ou a própria linguagem, impõem um sentido ao real e garantem um discurso científico. Nessa operação simbólica o real é silenciado. Retorna sob outras faces, uma vez que é fonte inesgotável, e realimenta a produção científica, da mesma forma infundável. Constatamos, assim, que a ciência privilegia esta operação das fórmulas simbólicas diante da realidade. Este é o movimento constante da ciência, que aposta sempre na descoberta de uma nova verdade e na busca exaustiva da verdade enquanto um todo.

Freud, estabelece uma pesquisa marcada por um estilo diferente das outras pesquisas científicas, na medida em que o seu domínio é o da verdade do sujeito.

"A pesquisa da verdade não é inteiramente redutível à pesquisa objetiva, e mesmo objetivante, do método científico comum. Trata-se da realização da verdade do sujeito, como de uma dimensão própria que deve ser destacada na sua originalidade em relação à noção mesma da realidade"<sup>13</sup>.

13. (Lacan, J.- O Seminário. Livro 1. *Os Escritos Técnicos de Freud*, RJ, Zahar, 1986, p. 31).

A questão do sujeito, para Lacan, só se constitui a partir do surgimento da ciência moderna. Esse momento implica uma ruptura com a concepção humanista, a qual concebe o Homem como um todo organizado, uno, indivisível e centrado. Ao contrário, a idéia de sujeito subentende uma divisão constituinte: divisão entre, por um lado, um ideal de tudo simbolizar e, por outro, a irreduzibilidade de um real que escapa ao simbólico mas que, entretanto, só pode ser referido a partir do simbólico.

A psicanálise, é importante ressaltar, só pode ser concebida nesse mesmo solo da ciência, uma vez que desenvolve e toma como uma questão central a divisão do sujeito. Entretanto, a descoberta freudiana do inconsciente, por sua vez, subverte o que estava ordenado e instituído, pois, diferente da ciência, a psicanálise implica o sujeito na sua própria divisão: "Não é a realidade que se divide, o que se divide é o sujeito diante da realidade" (Freire e cols.1996). A ciência - e a prática médica é um exemplo - exclui e silencia o sujeito, enquanto a psicanálise faz com que o sujeito aconteça.

Com relação ao simbólico, Lacan o caracteriza na medida em que separa distintamente significado e significante e afirma que o surgimento da ciência moderna instaura uma primazia do significante, pois as operações matemáticas atestam uma linguagem de puro significante. Lacan assinala, "os algoritmos matemáticos (...) são, como é justo, sem nenhuma significação". O surgimento de um simples sinal, de um desenho, uma forma, é uma reviravolta na história:

"Ao longo das idades, através da história humana, assistimos a processos a propósito dos quais nos enganaríamos ao acreditar que são progressos das circunvoluções. São os progressos da ordem simbólica. Sigam a história de uma ciência como a Matemática. Ficou-se estagnado durante séculos em torno de problemas que são agora claros para crianças de 10 anos. E eram entretanto espíritos potentes que se mobilizavam em torno deles. Ficou-se parado diante da resolução da equação do segundo grau durante 10 séculos a mais do que se devia. Os gregos poderiam ter encontrado porque encontravam coisas mais astuciosas nos problemas de máximas e mínimas. O progresso matemático não é um progresso da potência do pensamento do ser humano. É no dia em que um senhor pensa em inventar um símbolo como este  $\sqrt{\quad}$ , ou como este  $\int$ , que dá boa coisa"<sup>14</sup>.

A genialidade, por exemplo, de Newton, bem como de todos os outros gênios dos últimos séculos, foi precisamente impor uma simbologia sobre o real, estabelecendo leis abstratas, complexas e lógicas para a natureza. Nesse sentido, ninguém precisou constatar, em nenhum momento, um corpo em movimento, se prolongando *ad infinitum*, tal como postula a lei da inércia, pois sua demonstração prática seria impossível. E mais, ela fica dispensada pelo simples fato da produtividade científica. Dessa forma, as descobertas científicas e a genialidade dos mestres tornam-se inquestionáveis. Sem falar ainda da solidão e coragem necessárias a essa mestria! A história da ciência, ao descrever a construção de um conhecimento científico, exclui toda a subjetividade aí implicada e somente prioriza os resultados finais, ou seja, a nova aquisição. Nesse percurso do "saber científico" fica evidente um "nada querer saber" com relação ao sujeito, o qual, antes do saber concluído,

14. (Lacan, op. cit., p.313).

enfrenta erros, obstáculos e impasses no seu percurso singular em direção à verdade.

## CAPÍTULO 2 - O DISCURSO MÉDICO

Neste capítulo nos debruçamos sobre o discurso médico, pois este ilustra as características do discursos científico, as quais julgamos importantes para o nosso enfoque. Analisamos o poder institucional adquirido pelo discurso médico, bem como as diversas maneiras através das quais a objetividade científica, característica da era moderna, permeia esse discurso e promove a exclusão do sujeito. Enfocamos também o papel desempenhado pela linguagem médica e pela explosão discursiva presente em torno da sexualidade.

Na Antiguidade, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia. Essa relação era de sensibilidade, mais do que de experiência; realizava-se imediata e cegamente, não dependia do saber científico; todo mundo, indistintamente, praticava a medicina; os conhecimentos passavam de pai para filho e o indivíduo era visto como uma unidade indissociável - corpo e alma (Clavreul, 1983). A medicina antiga curiosamente descreve, por exemplo, as lesões corporais através da imaginação; refere-se às doenças como expressões da alma registradas no corpo. Nesse primeiro momento, a medicina não se acha nitidamente separada da vida geral do espírito, mas, ao contrário, procura um lugar dentro dele e participa de um projeto mais amplo (social, político e religioso) na batalha contra o mal.

Na Idade Média, a medicina e a filosofia, que antes caminhavam juntas, seguem novos e diferentes caminhos: enquanto a medicina se inclina aos experimentos práticos e passa a tratar do corpo e da matéria, a filosofia, por sua vez, encarrega-se

do estudo da alma, do questionamento das essências, do espírito e da simbologia (Foucault, 1977).

A partir do final do século XVIII as descrições médicas, quando referidas ao corpo, ganham uma precisão qualitativa. O corpo humano torna-se visível e ganha um contorno nítido a partir do olhar direto da anatomia patológica. Segundo Foucault, "nesse momento instaura-se a soberania do olhar. Olhar que sabe, decide e rege"<sup>15</sup>. Nessa época nasce a medicina moderna, quando os médicos descreveram o que durante séculos permanecera fora de possibilidade de ser visível e enunciável. A medicina adquire um novo saber a respeito do indivíduo, e contribui para a criação do conceito de indivíduo no tecido das práticas sociais. O discurso médico ganha uma estrutura científica, talvez a primeira na história do ser humano, onde, ele próprio é objeto do discurso.

"O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E, assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional. O objeto do discurso também pode ser um sujeito, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi esta reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas que criou a possibilidade de uma experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica: poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica"<sup>16</sup>.

15. (Foucault, M. - O Nascimento da Clínica, RJ, Forense-Universitária, 1980, p. XI)

16. (ibidem, p. XIII).

O que assegura a entrada no discurso médico é a doença. É através da doença que o médico demonstra que a causa do sofrimento do doente tem seu lugar definido em um sistema de significantes, o qual, constitui o discurso médico, plenamente inserido no modelo da ciência moderna. Para que o discurso médico se estabeleça é necessário privilegiar certos fatos e afastar o que vai de encontro a estes, ou seja, aqueles não justificáveis dentro do seu referencial teórico. Remontamos a Hipócrates, cujo juramento continua atual, as origens do discurso médico bem como a persistência dos seus ideais humanistas. Segundo Clavreul:

"O resto, isto é, as teorias pelas quais a medicina afirma sua cientificidade, estão elas mesmas em concordância com as idéias que a ciência sucessivamente fez de si própria. Essas teorias são contingentes porque ligadas à contingência de uma época. A permanência não é a dos fatos, mas do discurso médico que os constitui como tais"<sup>17</sup>.

A doença, quando estabelece um sentido para o sofrimento do doente, o alivia ou, em parte, com algum alívio o ilude de todas as suas angústias e subjetividades transferidas agora para um discurso médico. O que era real, não senso, ganha um sentido. É sobre este que o médico se debruça e tenta dominar. O rigor do discurso médico ultrapassa a própria personalidade de cada médico, o qual, ao mesmo tempo, contribui na sua sustentação, assim como seus adversários também o fortalecem. E

17. (Clavreul, op. cit., p.75).

seria errôneo pensar que esse rigor deve-se à tecnologia contemporânea, pois esta, na verdade, só reforça as leis próprias e seculares da medicina, agora somadas ao saber científico moderno.

### 2.1. O Poder Institucional e o Ideal Humanista

Na análise do discurso médico Canguilhem e Foucault são referências sem dúvida indispensáveis e, através desses autores, podemos perceber a dimensão e abrangência da hegemonia médica na sociedade moderna. Toda uma teia de discursos, saberes, análises e injunções tornam-se presentes na sociedade e, como um expoente da ciência moderna, a medicina participa vivamente, a partir do século XVII, da construção do novo modelo científico.

Identificando a medicina com um poder disciplinar que vai permitir um controle específico do corpo, Foucault (1977) mostra como, na época moderna, o conhecimento da doença considerada como essência abstrata cede lugar a um saber moderno do indivíduo como corpo doente. 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, assim, às mudanças que vão se configurar na sociedade.

Nesse sentido, o discurso médico, mesmo quando prioriza a doença, não deixa, entretanto, de considerar uma noção implícita sobre o homem. De um lado, o doente, que, ao mesmo tempo, informa sobre seu próprio estado de saúde e, assim, coopera com o médico; do outro lado, o médico, representante de um saber científico e responsável pela manutenção dos ideais propostos pela medicina. Dessa forma, é notável uma coerência entre humanismo e medicina, na qual a concepção de homem pressupõe uma boa saúde física e mental, à qual todo o doente, em princípio, pode aceder quando submete-se ao saber médico. O saber médico é um dos elementos presentes na constituição e na manutenção do ideal humanista, o qual, a partir da objetividade médica, pode definir um indivíduo como normal ou anormal, assegurar a sobrevivência do indivíduo ou a sua eliminação de acordo com os seus critérios.

No que diz respeito à expansão da medicina, escreve Foucault:

..."A medicina responde a outra coisa que não à demanda do doente, o que só acontece em casos bastante limitados. Muito mais frequentemente, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como um ato de autoridade. Não existe, atualmente, recrutamento ou engajamento sem a opinião do médico, que examina autoritariamente o indivíduo"<sup>18</sup>.

<sup>18</sup>(Foucault, op. cit., p.12) .

Dessa forma, a medicina expande-se para além da doença e adquire um poder normatizador da sociedade, estabelecendo uma interminável distinção entre o normal e o patológico e um compromisso em reproduzir uma certa normalidade.

"Tudo o que assegura a saúde do indivíduo, seja a salubridade das águas, o sistema de habitação ou o regime urbanístico, é hoje domínio da intervenção médica que, portanto, não se liga mais exclusivamente às doenças; [...] a medicina dos últimos decênios, além de se ocupar de outras coisas que não doentes, começa a não ter mais exterior"<sup>19</sup>.

## 2.2. A Objetividade Científica e a Exclusão do Sujeito

Diante da exigência de objetividade científica, sua característica marcante, o discurso médico persegue o conhecimento mais completo possível sobre o real e, dessa forma, constrói um discurso que se pretende completo e sem falhas. Sob o crivo da coerência e da objetividade, os fatos médicos somente são considerados verdadeiros quando plenamente comprováveis nesses aspectos. O critério de verdade, dessa forma, é atribuído a um saber científico bem articulado conceitualmente. Concomitantemente, essa objetividade impossibilita que haja um lugar para qualquer singularidade e, assim, promove a exclusão do sujeito, na medida em que este sempre carrega, por trás de fatos demonstráveis medicamente (sintomas, doenças ou

19. (Foucault, op. cit., p.12).

síndromes), uma verdade própria irredutível a este modelo científico hegemônico. É nesse sentido que a verdade científica se sustenta excluindo a verdade do sujeito. A medicina toma para si o desejo de saber científico assentada sob a exclusão do sujeito.

Constituindo uma característica da medicina moderna, e ao mesmo tempo um entrave, Canguilhem (1982) nos fala da doença que, ao adquirir um estatuto científico, separa-se cada vez mais do que o próprio doente sente ou mesmo poderia falar dela. Dessa forma, a prioridade, antes de ouvir o interessado, ou seja, o doente, é desviada então para os resultados científicos, para os aparatos técnicos, para as cifras e estatísticas, enfim, desloca-se para a objetividade científica. Para cada doente é como se já existisse, na prática médica, um lugar designado. Resta à equipe médica fazer esse enquadramento ou dar-lhe um sentido. O papel do doente é informar, indicar os signos ou sinais clínicos, enquanto o papel do médico é recolher e organizar essas informações.

*"Um estilo conciso, sem vãs considerações, que se inscreve diretamente numa prática é o único que convém aos médicos. Nada os convence mais que um enunciado preciso sobre uma doença, uma indicação terapêutica, um remédio novo. Pois eles não têm tempo a perder e sempre sofrem apenas por lhes faltar um saber utilizável"*<sup>20</sup>.

20. (Clavreul, op. cit., p.41).

Tratando a doença e propondo-se a atender a tudo o que a ela se refere, o discurso médico usa o corpo do indivíduo, na medida em que este serve para delimitar um campo específico para o seu exercício. Nascimento, doença e morte são momentos onde o indivíduo se sujeita a uma estrutura externa de poder, sempre em nome de uma melhor qualidade de vida e da ampliação de suas possibilidades de existência. O saber médico se constitui abstraindo o sujeito e valorizando a doença:

"Médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalece a instituição médica - lugar da totalidade do discurso médico, e, da qual o médico é apenas o anônimo representante -, e a doença - objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo terreno no qual a doença se instala"<sup>21</sup>.

A função silenciadora do discurso médico se dá na medida em que as informações colhidas junto ao paciente são aquelas que interessam ao próprio discurso médico, o qual, dessa forma, exclui tudo que nele não possa se inscrever. A anamnese médica atesta o esforço no sentido de enquadrar e compreender o sujeito dentro de um saber científico suposto completo e bem constituído e, dessa forma, rejeita, exclui o que não pertence à sua coerência científica.

Através dos diversos momentos durante a sua prática profissional, o médico, diante das consultas, exames diagnósticos, cirurgias, avaliação do prognóstico e instituição da terapêuti-

---

21. (*ibidem*, p.13).

ca adequada, afasta os elementos estranhos ao discurso médico. Interessa-se somente pelo que pode ser inserido no seu campo científico. Sabemos, entretanto, que grande parte das descobertas médicas resultaram de um conhecimento imediato e que a intuição médica continua sendo uma qualidade que a ciência não substituiu inteiramente. Paradoxalmente a medicina subestima suas próprias descobertas empíricas de outros tempos em prol da hegemonia de um saber científico moderno.

Os aspectos de ordem subjetiva, inerentes ao sujeito, todos sabemos o quanto esses aspectos subjetivos, singulares, retornam e insistem a todo momento. Incluem os mais diversos sofrimentos, distúrbios funcionais sem uma causa detectável, alterações de humor, insônia, alterações relativas à sexualidade, angústia, enfim, são inúmeras as reivindicações relacionadas às circunstâncias da vida emocional e afetiva. Ainda que verbalmente expressas e muito frequentemente presentes no seu cotidiano, o médico permanece desarmado e contorna como for possível tais demandas; oscila entre uma total negligência dos aspectos afetivos do seu paciente e uma maior ou menor disponibilidade para ouvi-lo, dependendo do momento.

Diante da estrutura do discurso médico, vemos que a exclusão da questão do sujeito é inerente à sua constituição, uma vez que a medicina tem, enquanto ciência moderna, a pretensão de um saber completo e fechado dentro do seu referencial teórico. Nesse percurso teórico e prático ficam excluídas

as peripécias e desordens afetivas do sujeito, uma vez que não se submetem a este arcabouço científico.

Constatamos, assim, que o médico, como todos nós, aliás, não quer e nem pode saber do que não lhe pertence, ou seja, desconhece o que não está articulado dentro do seu sistema conceitual. Todas as demandas de ordem subjetiva não se constituem como fatos médicos e, portanto, não são pertinentes à ordem médica. Trata-se, conseqüentemente, de uma concepção estrutural, inerente e intrínseca ao discurso médico. Esses desconhecimentos são sistemáticos e não, como ingenuamente poderíamos supor, ocasionais ou fortuitos. Sendo assim, não estamos falando de ignorâncias fortuitas, mas sim de uma exclusão, de um desconhecimento estrutural.

Diante da exigência da objetividade médica, todas as queixas subjetivas não se constituem como fatos médicos e, portanto, não são pertinentes à ordem médica. Em última instância, vemos que é através dos fatos que um determinado discurso pode se constituir. Entretanto, mesmo não constituindo fatos médicos validáveis, ninguém ignora que uma pessoa possa adoecer, e até morrer, após eventos particularmente dolorosos que vão até o ponto de tirar-lhe toda a razão de viver, como, por exemplo, a morte de um familiar querido. A doença, que vai tomá-lo talvez tenha pouca importância em relação a esses eventos. Essas são, no entanto, considerações sem interesse próprio dentro do discurso médico hegemônico. "Por mais interessantes que sejam todos os discursos possíveis

sobre o mal e a doença, eles não retêm o médico se não estiverem na ordem médica"<sup>22</sup>.

O ensino médico dispensa, desde os bancos da faculdade, quaisquer considerações fora da objetividade científica. Nesse lugar, ficam só as expressões: "você não tem nada", ou seja, nada pertinente ao discurso médico, ou "isso é psicológico". Nesse sentido, não se trata de ignorar e querer conhecer. Trata-se de desconhecer e ponto.

Entretanto se os pacientes relatam, não raro, suas histórias ou mesmo dramas subjetivos, estranhos ao discurso médico, mas insistentes e peculiares no dia-a-dia, estas, por sua vez, não se constituem como fatos, nem signos e nem nada. Paralelamente, a pretensa objetividade do cientista na busca da verdade está fundada na supressão da subjetividade de seu autor. A presença do autor fica dissimulada em desejo de curar ou mesmo genialidade, quando trata-se de uma grande contribuição à humanidade. Exclui-se a sua subjetividade, que só aparece, de outra forma, como, por exemplo, caso ele enlouqueça ou coisa que o valha, ganhará algumas páginas de jornais.

---

22. (ibidem, p.81).

### 2.3. A Linguagem Médica e o Jargão Médico

Foi a partir da formalização lacaniana, através da lógica do significante, que tornou-se possível a correlação entre linguagem e discurso. Constatamos que a medicina pode constituir-se como ciência ao estabelecer seu vocabulário — rede de significantes — essencial ao referencial médico. Dessa forma, a linguagem médica corresponde a um sistema simbólico que constitui o discurso médico.

Como vimos, no primeiro capítulo, todo conhecimento científico moderno implica uma ordem simbólica na base da sua construção. Desde as leis gerais da física, que promovem um saber sobre qualquer movimento, entre qualquer corpo, em qualquer época, até às inúmeras descobertas terapêuticas da medicina, como a antibioticoterapia tuberculostática, na década de 50, são todos exemplos dessa formalização simbólica que viabiliza o saber. Entretanto, o mito de um saber completo implica em um movimento científico incessante e infundável, onde as áreas de sombra também não cessam de existir e fomentar saber.

No lugar do pretense saber completo e fechado, constatamos, ao contrário, a falta inerente a todo saber, o que, ao mesmo tempo, é o que promove o progresso científico. Se, por um lado, descobrimos a cura da sífilis e da tuberculose, por outro, estamos fisgados pelas neoplasias e pela AIDS, as quais acarretam um drama social de proporções alarmantes. Também

ilustrando esse dilema moderno, vemos, hoje, a exigência de uma rede mundial para monitorar o surgimento de novos vírus, fungos e bactérias, atribuído às mudanças climáticas, às profundas alterações no meio-ambiente e ao uso indiscriminado de antibióticos.

Os fatos não médicos, em princípio, são colocados para fora do discurso médico, pois só dizem respeito ao sujeito e à sua história singular. Este foi o caso da histeria no final do século passado, uma vez que não se enquadrava na anatomia ou fisiologia médicas e, dessa forma, não condizia com o referencial teórico da medicina. Quando objetivamente condizentes, os fatos ganham uma expressão médica. Mas, de outra forma, as histórias singulares que retornam e insistem, também ganham, na linguagem médica uma arrumação. Assim, mesmo o que não faz sentido, ganha no seu "sem sentido" uma nomeação. Dessa forma, na linguagem médica, proliferam e se difundem os termos que se referem ao "sem sentido", ou seja, aquilo que é inerente ao sujeito e ainda que insistente, não adquire uma inscrição científica, acaba por inscrever-se sob a forma de linguagem, através de termos e expressões médicas. Não raro, recorre-se a um jargão médico, o qual, nesse caso, encobre um desconhecimento. *Piti*, *idlopático*, *constitucional*, *FPT* (fora de possibilidade terapêutica), são alguns exemplos.

Constatamos que, dessa forma, a linguagem médica é composta por uma rede de significantes que inclui tanto os fatos médicos demonstráveis, como também aqueles "sem sentido", inacessíveis devido à exclusão do sujeito presente na sua

origem, sobre os quais a medicina nada tem a falar, mas aos quais, ainda assim, atribuí uma nomeação, a qual ganha um registro no jargão médico. A linguagem médica, ao confrontar-se com o "sem sentido", ou seja, aquilo que, em se tratando do sujeito, é de uma ordem real irredutível ao simbólico, cria termos ou expressões que objetivam um enquadramento. Esse enquadramento só serve para fortalecer um discurso que se pretende sem falhas; são palavras, expressões, significantes, que constituem uma rede bem articulada, mas da qual o sujeito, médico ou paciente, é excluído e substituído, através da linguagem, por significantes alheios a qualquer subjetividade. A denominação paramédicos ilustra este fato.

Quando um texto médico refere-se, por exemplo, ao plano biológico, orgânico e consciente, vemos que isso faz sentido enquanto um raciocínio teórico e adequado à linguagem médica. Quanto ao sujeito, esses termos em nada lhe tocam no que tem de mais singular. Percebemos assim que o discurso médico, hegemônico na sociedade ocidental, inquestionável em seus termos bem articulados e teoricamente plenos de sentido, compõe um discurso dominante e fechado. Esse discurso objetivo apreende o sujeito tanto no que é passível de ser teorizado pelo simbólico, quanto naquilo que resiste a essas operações — um real irredutível. Esta apreensão do real insistente na linguagem médica, constrói um discurso sem lacunas, fechado, todo articulado e dominante. Daí a sociedade moderna não escapa. O mesmo discurso dominante que, por um lado, protege e cura o sujeito, na medida em que promove um saber

científico, por outro lado, exclui a verdade do sujeito, na medida em que o apreende no jargão médico.

Quando, da mesma forma, a medicina acrescenta uma explicação de ordem psicológica dentre as possíveis etiologias de uma doença, ou quando refere-se aos inúmeros fatores descritos até mesmo na vida de uma pessoa saudável, ainda assim, continuamos dentro do discurso médico. Este pode tomar emprestado um sistema conceitual diverso e apropriá-lo segundo sua própria lógica. Nesse sentido, um exemplo, ao tratar da sexualidade pode utilizar a teoria freudiana, em nada articulável com o discurso médico, transformando-a em vagas noções em torno do psiquismo. Longe de qualquer subjetividade, o que parece prevalecer é somente a linguagem e suas possíveis articulações teóricas.

Concluindo, vemos que dentro dessa estrutura sob a qual é concebida, o discurso médico flagra a todo momento com o que na sua origem fora excluído, sem ter os meios para falar disso. Quando esforça-se por apreender o sofrimento humano na linguagem, o mesmo não se dobra e retorna no real, mais uma vez desordenado e inapreensível. Ao evitar o confronto com o mal estar provocado pelo que o real traz de irreduzível, o discurso médico não fica isento dos efeitos que o real insistentemente produz no seu retorno. Nesse sentido, o que é rechaçado e apresentado como impasses do discurso médico, na verdade, faz parte integrante da sua constituição.

#### 2.4. Medicina, Sexualidade e Histeria

A sociedade moderna, como vimos, busca incessantemente apreender a realidade e, objetivamente, estabelece que a busca da verdade provém do saber científico. Nesse sentido, observamos a difusão dos discursos sobre o sexo no seio das sociedades modernas a partir do século XVII e, a partir daí, o saber sobre a sexualidade torna-se fundamental na estratégia de controle do indivíduo e da sociedade. Por um lado, longe de ter sido reprimida, a sexualidade, ao contrário, foi permanentemente suscitada e, por outro lado, os mecanismos de poder insistem em controlar e gerir o quotidiano da sexualidade. Recorremos a Foucault (1993) e, através da sua obra, também nos interrogamos:

"Por que se falou da sexualidade, e o que se disse? Quais os efeitos de poder induzidos pelo que se dizia? Quais as relações entre esses discursos, esses efeitos de poder e os prazeres nos quais se investiam? Que saber se formava a partir daí? Em suma, trata-se de determinar, em seu funcionamento e em suas razões de ser, o regime de poder - saber - prazer que sustenta, entre nós, o discurso sobre a sexualidade humana"<sup>23</sup>.

Nessa trajetória ressaltamos a pregnância do discurso médico e nos interrogamos sobre o seu papel enquanto instrumento efetivo de poder, saber e prazer. A produção discursiva, aqui, mais uma vez, voltada para fazer circular erros e desconhecimentos sistemáticos, na medida em que, priorizando um saber científico sobre o sexo, exclui qualquer

23. (Foucault, M. - *História da Sexualidade 1. A Vontade de Saber*, RJ, Graal, 1993, p.16).

singularidade. A "vontade de saber" impõe-se a todo custo, com técnicas as mais variadas: recusa, bloqueio, desqualificação, incitação, intensificação, disseminação de informações, enfim, uma maciça produção discursiva. Como se, para dominar e apreender a sexualidade, tivesse sido necessário, primeiro, reduzi-la ao nível da linguagem e controlar sua livre circulação no discurso.

Considerando-se os três últimos séculos constatamos, sem dúvida, que houve em torno do sexo uma verdadeira explosão discursiva. A sexualidade constituiu-se como um domínio a ser explorado, a partir de relações de poder que a instituíram como objeto de estudo; e, em troca, se o poder pode tomá-la como objeto, isso só foi possível mediante uma proliferação dos discursos e de técnicas de saber. Em torno da instituição médica ordena-se, na era moderna, uma exigência de normalidade em torno da vida e da doença. A medicina isolou um instinto sexual, suscetível de apresentar anomalias, desvios adquiridos e enfermidades, mesmo sem alterações orgânicas. O sexo cai no domínio médico-psicológico e nas suas tentativas corretivas. O sexo e sua fecundidade passam a ser administrados. Estabelecem-se teorias e tecnologias médicas, científicas, sobretudo insuficientes e moralizadoras.

"Este projeto de uma "colocação do sexo em discurso" formara-se há muito tempo, numa tradição ascética e monástica. O século XVII fez dele uma regra para todos [...] Coloca-se um imperativo: não somente confessar os atos contrários à lei, mas procurar fazer do seu desejo, um discurso. Se for possível, nada deve escapar a tal formulação, mesmo que as palavras empregadas devam ser cuidadosamente neutralizadas" [grifo nosso]<sup>24</sup>.

24. (*ibidem*, p.24).

Assinalamos nossa discordância em relação a Foucault, na medida em que provoca uma descaracterização da psicanálise, ao englobá-la no discurso hegemônico, negando, assim, as diferenças aí implicadas. De um lado, o discurso científico hegemônico supõe uma separação entre sujeito e desejo, como se fosse possível a existência do desejo de forma isolada e a sua regulação pelo discurso; do outro lado, diametralmente oposto, o discurso psicanalítico nos fala de um sujeito constituído no seu próprio desejo, portanto singular, e submetido, não às regras, e sim à ética, como veremos mais adiante (capítulo 5.5).

Surge a necessidade de formular sobre a sexualidade um discurso, que não seja unicamente o da moral, mas sim o da racionalidade. Moralismo e hipocrisia à parte, torna-se necessário, ao invés de condenar, abordar a sexualidade, gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. Diante disso, diversificam-se, no tocante ao discurso médico, as formas de atuação: é necessário analisar a taxa de natalidade, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecundas ou estéreis, a incidência das práticas contraceptivas etc. Passa-se a um discurso onde a conduta sexual da sociedade como um todo é, ao mesmo tempo, objeto de análise e alvo de intervenção médica. Os controles sociais filtram a sexualidade dos casais, dos pais e dos filhos; estabelecem diagnósticos, confeccionam relatórios e organizam terapêuticas. Em torno do sexo intensifica-se uma consciência controladora.

"Desde o século XVIII o sexo não cessou de provocar uma espécie de erotismo discursivo generalizado. E tais discursos sobre o sexo não se multiplicaram fora do poder ou contra ele, porém lá onde ele exercia e como meio para seu exercício; criaram-se em todo canto incitações a falar; em toda parte, dispositivos para ouvir e registrar, procedimentos para observar, interrogar e formular. Desenfurnam-no e obrigam-no a uma existência discursiva. Do singular imperativo, que impõe a cada um fazer de sua sexualidade um discurso permanente, aos múltiplos mecanismos que, na ordem da economia, da pedagogia, da medicina e da justiça incitam, extraem, organizam e institucionalizam o discurso do sexo, foi imensa a prolixidade que nossa civilização exigiu e organizou"<sup>25</sup>.

Diante de infundável busca e obstinação, percebemos a produção discursiva, movida pela vontade de saber; mas, na medida em que aprisiona a sexualidade nas diversas abordagens descritas acima, algo do essencial sempre lhe escapa e retorna, mais uma vez, como inapreensível. Sempre fadada ao fracasso e sempre obrigada a recomeçar. De forma ininterrupta e inexaurível, o saber científico procura inscrever na linguagem o que a sexualidade insiste em encenar no real.

Organizar tantos dispositivos para falar sobre sexo e, ao mesmo tempo, demarcar condições estritas, promove, assim, cada vez mais tentativas de regulamentação. Coube à medicina grande parte dessa tarefa: criou toda uma patologia orgânica, funcional e mental, originária das práticas sexuais anômalas; classificou todas as formas de prazeres anexos; integrou-os ou ao desenvolvimento considerado normal ou às perturbações

---

25.(ibidem, p. 35).

deste; empreendeu a gestão de todos eles. Aliado a isso, ainda podemos somar uma preocupação ideológica de promover uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora.

A difícil verdade do sexo foi encerrada, pelo menos quanto ao essencial, nessa forma discursiva. Constituiu-se, progressivamente, um grande arquivo sobre o sexo, pelo qual basicamente a medicina, em especial a psiquiatria, a psicologia e a pedagogia foram responsáveis. Através da medicalização define-se, pela primeira vez, uma morbidez própria do sexual, mediante o regime do normal e do patológico. E o sexo aparece como sujeito a alta fragilidade patológica: adquire uma nosografia própria e repercute-se em outras doenças. A sexualidade, cientificamente, é definida como um campo sujeito a processos patológicos e demandando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização.

"A implantação das perversões é um efeito-instrumento: é através do isolamento, da intensificação e da consolidação das sexualidades periféricas que as relações do poder com o sexo e o prazer se ramificam e multiplicam, medem o corpo e penetram nas condutas. E, nesse avanço dos poderes, fixam-se sexualidades disseminadas, rotuladas segundo uma idade, um lugar, um gosto, um tipo de prática. (...) Prazer e poder não se anulam; não se voltam um contra o outro; seguem-se, entrelaçam-se e se relançam. Encadeiam-se através de mecanismos complexos e positivos, de excitação e de incitação"<sup>26</sup>.

Verificamos as formas como, há três séculos, forjou-se um saber sobre o sexo, como multiplicaram-se os discursos que o

26. (ibidem, p. 43).

tomaram como objeto, e como as verdades científicas a esse respeito foram formuladas. Esse procedimentos, mais do que pela interdição, funcionam pela técnica, pela normalização e pelo controle. De forma contrária às idéias de Foucault, a psicanálise entende que a sexualidade só pode ser concebida dentro da linguagem, ou seja, a partir do discurso; a diferença situa-se no fato de que, agora, mais do que nunca, o discurso adquire um caráter regulador, do qual — é importante assinalar — a psicanálise não compactua. No lugar de uma sexualidade em expansão crescente, como Foucault nos faria supor, o que existe, de fato, é um discurso regulador hegemônico e dominante, em grande parte agenciado pela medicina. Nas próprias palavras de Foucault:

"Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados da maior instrumentalização: utilizável no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias"<sup>27</sup>.

Uma das personagens apreendidas no controle da sexualidade, uma das primeiras a ser sexualizada, foi, classicamente, a mulher "nervosa", "doente dos nervos", ou seja, a mulher histérica, a qual, sugeria uma patologia sexual, e que deveria ser vigiada, classificada e tratada. Ainda que não exista uma correlação anatômica ou biológica, a histeria deve ser apreendida no discurso e submetida a uma medicalização minuciosa de seu corpo e de seu sexo. Cai, em parte, no campo do controle do saber e de intervenção do poder médico,

---

27. (*ibidem*, p. 98).

mesmo que lhe escape continuamente. Assim, no processo de histerização da mulher, a medicina defronta-se com a idéia de que existe algo mais além dos sistemas anátomo-fisiológicos, órgãos e localizações somáticas, sensações e prazeres, algo que possui suas propriedades e leis próprias, e geram perturbações que escapam ao modelo científico da medicina.

A histeria configura aquilo que não se submete ao discurso médico pois, no lugar de uma verdade referida a partir de um saber científico, o sintoma histérico remete a uma verdade referida ao próprio sujeito - o desejo - e, nesse sentido, não é apreendida pela objetividade inerente à linguagem médica. No final do século XIX, a histérica, com seus sintomas "migratórios" (como os denominava a linguagem médica), ludibriava o saber médico, estabelecendo, assim, um impasse e uma desordem, na qual podia simular diversas doenças sem nunca ser exatamente nenhuma delas, ignorando a anatomia e fisiologia e escapando, assim, ao saber médico constituído.

"O papel do doente, a histérica não o desempenha bem, na medida mesma em que seus sintomas são passíveis de regredirem subitamente sem qualquer intervenção médica ou, por outro lado, de se mostrarem inarredáveis mesmo após terem sido esgotados todos os recursos "mais modernos" da medicina"<sup>28</sup>.

<sup>28</sup>.(Clavreul, *op. cit.*, p. 17).

A pretensão científica de um saber completo e absoluto esbarra com o sintoma histérico, o qual, perante a objetividade médica, não é inteligível. Entretanto, impotente diante da insubmissão da histérica ao seu referencial teórico e, esgotadas todas as tentativas de um tratamento eficiente, a medicina então lança mão de um último recurso, ou seja, apreender a histeria em um jargão médica. Linguagem que visa, objetivamente, classificar e enquadrar o sujeito, aqui, mais uma vez, despojado de qualquer subjetividade.

## CAPÍTULO 3 - O DISCURSO PSICANALÍTICO

Freud, em *Totem e Tabu* (1913), cria o mito da horda primitiva através do qual explora a questão da origem da humanidade. No mito freudiano, o pai, tirano, senhor e dono do gozo absoluto, que desfruta da onipotência e desposa todas as mulheres, é assassinado pelos filhos. O ato do parricídio é seguido pela refeição totêmica, na qual devora-se para incorporar as qualidades. Somente a partir de então, aquele que era o todo poderoso adquire um estatuto de Pai e, nesse sentido, o assassinato institui um corte, uma ruptura, a partir da qual uma nova ordem se instaura. O Nome-do-Pai surge como uma função simbólica constituinte e estruturante, a um só tempo, do sujeito e do social. Passa-se da horda primitiva (associação de forças) à ordem humana (associação de símbolos).

"...é antes o ato que constitui um substituto do pensamento, sendo por isso que, sem pretender qualquer finalidade de julgamento, penso que no caso que se nos apresenta pode-se presumir com segurança que "no princípio foi o Ato"<sup>29</sup>.

Lacan, para expressar esse momento inaugural, assinala uma intenção mítica pré-simbólica, real, que subjaz à cadeia significante e que, uma vez ultrapassada, emerge o sujeito.

---

29. (Freud, S. - "Totem e Tabu" (1913) In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, RJ, Imago, 1976, Vol. XIII, p.191).

"O ponto de basta é o ponto através do qual o sujeito é costurado ao significante e, ao mesmo tempo, é o ponto que interpela o indivíduo como sujeito, dirigindo-se a ele através do apelo a um certo significante-mestre; numa palavra, é o ponto de subjetivação da cadeia significante"<sup>30</sup>.

Assim, a partir da releitura de Freud, Lacan postula que naquele momento inaugural fixa-se uma significação e submete-se o antes e o depois à cadeia significante. Nessa operação simbólica, fica um enigma, algo sem significação, um resto objetual rejeitado pela operação de significação. Algo perdido para sempre, mas que nunca esteve lá. A identificação a um objeto que tem de algum jeito algo de inominável; o seio, o olhar, a voz, são somente aproximações.

Na passagem do discurso médico, que se pretende completo, ao discurso psicanalítico, Freud evidencia ele próprio a incompletude e inconsistência que marcam o ser humano. A cada momento somos flagrados e surpreendidos com essa descoberta. Freud nos mostra que o verdadeiro e significativo não se encontra no discurso articulado e bem arrumado do sujeito. Este pode ser coerente e portar uma verdade, mas não toda. Por mais que a montagem do sujeito seja coerente, ela não recobre a totalidade daquilo que é relevante para a sua existência, ou seja, sua divisão constituinte.

---

30. (Zizek, S.- *Eles não sabem o que fazem. O sublime objeto da ideologia*, RJ, Zahar, 1992., p.100).

Para a psicanálise a constituição do sujeito ocorre, não por um acesso progressivo a estágios do desenvolvimento, e sim por intermédio da falta. O que se encontra na base dessa formulação é a função do objeto perdido a partir do conceito freudiano de *Das Ding*. Na leitura de Lacan:

"Da mesma forma, esse objeto, pois trata-se de o reencontrar, nós o qualificamos igualmente de objeto perdido. Mas esse objeto, em suma, nunca foi perdido, apesar de tratar-se essencialmente de reencontrá-lo"<sup>31</sup>.

A descoberta do inconsciente especificamente freudiano rompe com a indivisibilidade da consciência e portanto com a própria noção de indivíduo. Tampouco pode o inconsciente tomar-se por um atributo do indivíduo, pelo redundante e elementar fato de que o inconsciente justamente o divide, desconstituindo-o, portanto, como indivíduo. Nesse sentido, não há inconsciente individual nem indivíduo inconsciente, no sentido rigorosamente psicanalítico do termo.

O inconsciente, verdadeira especificidade da psicanálise, de Freud à Lacan, estabelece relações inequívocas com a linguagem e a sexualidade, o que, sem dúvida, demarca o campo psicanalítico e, ao mesmo tempo, atesta a sua abrangência. Tal como foi concebido por Freud, o inconsciente liga-se, desde a sua origem, à sexualidade. Já nos seus primeiros escritos, impõe-se uma teoria que desse conta da sexualidade infantil, conceito básico entre as primeiras descobertas de Freud.

31. (Lacan, J.- O Seminário. Livro 7. *A Ética da Psicanálise*, RJ, Zahar, 1991, p.76).

No tocante à sexualidade, Lacan nos diz:

"A realidade do inconsciente é - verdade insustentável - a realidade sexual. Em cada oportunidade Freud articulou isso, se assim posso dizer, com firmeza"<sup>32</sup>. A sexualidade infantil nos é então apresentada como fragmentada, perversa, polimorfa e necessariamente inadequada, a objetos pré-determinados e específicos.

"É instrutivo que a criança, sob a influência da sedução, possa tornar-se perversa e polimorfa e ser induzida a todas as transgressões possíveis"<sup>33</sup>.

E mais adiante:

"A crueldade é perfeitamente natural no caráter infantil, já que a trava que faz a pulsão de dominação deter-se ante a dor do outro - a capacidade de compadecer-se - tem um desenvolvimento relativamente tardio. [...] ; podemos supor que o impulso cruel provenha da pulsão de dominação e surja na vida sexual numa época em que os genitais ainda não assumiram seu papel posterior. Assim ela domina uma fase da vida"<sup>34</sup>.

Essa visão contraria em absoluto a concepção médica, pois, de uma lado, temos agora a sexualidade infantil concebida numa fase da vida em que ainda não há maturação sexual biológica e, por outro lado, soma-se ainda o fato da sua inadequação a objetos pré-determinados e sua conseqüente articulação aos mais diferentes objetos. Dessa forma, a sexualidade humana, antes circunscrita à uma dimensão biológica e instintiva, ganha uma dimensão pulsional, propriamente humana, específica e oposta mesmo à sexualidade animal.

32. (Lacan, J. - O Seminário. Livro 11. *Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, RJ, Zahar, 1979, p.143).

33. (Freud, S. - "Três Ensaios sobre Teoria da Sexualidade" (1905), *op. cit.*, Vol. II, p. 179).

34. (*ibidem*, p.180).

A partir da compreensão do homem como um ser pulsional saímos daquela ordem natural e fechada, para cairmos no lugar da falta, do imprevisível, do assustador e desconhecido. A psicanálise surge respondendo a algumas questões e reconhecendo a falta constitutiva do sujeito. Sujeito regido por forças pulsionais. Saímos da concepção do corpo orgânico para a amplitude do corpo erógeno. É deste que o discurso médico tenta escapar, porque foge a qualquer ordem pré-estabelecida. Ao tentar tudo explicar, a medicina deixa de lado e desconhece tudo aquilo que, enquanto real, não se submete à ordem médica e, conseqüentemente, não é assimilável pelo seu discurso.

Constatamos que é a partir do simbólico, na sua falha constitutiva, na sua falta inerente, que emerge o real, sendo que o sujeito somente pode se referir a esse real a partir do campo simbólico, pois não existe sujeito fora do simbólico, fora da linguagem.

"Isso quer dizer que o real não está lá onde se espera. Está, ao contrário, naquilo que tem relação com o pouco, com a falta. Naquilo que tem algum defeito. [...] Se o real não está lá onde o esperamos espontaneamente, é necessário mudar o ponto de vista. Olhar em volta. Olhar de outra forma"<sup>35</sup>.

35. (Chemama, R. - *Éléments Lacaniens pour une Psychanalyse au Quotidien*, Paris, Éditions de l'Association Freudienne Internationale, 1994, p. 25).

### 3.1. Linguagem, Inconsciente e Sujeito

Entramos numa rede de códigos e deixamos de fora o que não é simbolizável, mas inerente e constituinte do ser humano. Os códigos estão sempre, por um lado, tentando extrair significados, mas, por outro lado, submetidos, mais do que gostaríamos, à impossibilidade de chegar ao pleno recobrimento do real. Por isso Lacan fala do significante, da linguagem, como uma meia-verdade, na medida em que não recobre toda a verdade. Você quer dizer uma coisa mas a palavra não consegue representar o seu todo, você quer dizer outra coisa mas tropeça e faz um ato falho, o seu sonho quer se tornar inteligível mas o umbigo do sonho se perde e cai no esquecimento. Transpor essa dificuldade não é simples, talvez porque ela expresse o quão flagrante é a nossa fragilidade diante do real, ou seja, o fato de que algumas coisas estão para além do simbólico e não são passíveis de ser entendidas apenas por palavras. Pior ainda, que as próprias palavras escapam ao seu real significado — que, aliás, elas nunca tiveram ...

Também para a psicanálise, uma vez mais reafirmando aqui sua filiação à ciência moderna, a primazia do simbólico cria literalmente uma nova ordem nas relações entre os homens, dentro da qual sempre estaremos, querendo ou não, profundamente implicados. Esse simbólico, já expresso em Freud e detalhado por Lacan, refere-se à linguagem e, mais precisamente, à palavra. O próprio real, ainda que irredutível, só pode ser referido, ganhar alguma dimensão, no momento em que a

linguagem o permite. Por isso, a linguagem tem papel inaugural nas relações humanas. O seu advento, ao mesmo tempo em que é criação simbólica, também constitui o real, pois somente a partir do simbólico podemos falar do real, e mais, demonstrá-lo, que é o que Lacan propõe como dever do analista.

O século XX dedicou-se incessantemente ao estudo da linguagem. A emergência da linguística ganhou destaque e forneceu à Lacan o instrumental necessário para a releitura de Freud. Lacan elucida a estrutura do simbólico a partir da distinção entre significado e significante. Mesmo recorrendo à linguística, esbarra diante de alguns problemas, uma vez que esta não consegue estabelecer de que forma a palavra se relaciona com a significação, e fica evidente o problema que envolve a adequação do signo ao que ele significa. E até mesmo porque milhares de coisas se apresentam ao nosso espírito, e são capazes de se mostrar por si mesmas, sem nenhum signo. Ainda assim estaremos sempre no terreno da linguagem. Caso admitíssemos somente um sistema de signos, ficaríamos numa ordem fechada e sem saída, que excluiria a dimensão do real.

"Cada vez que estamos na ordem da palavra, tudo que instaura na realidade uma outra realidade, no limite, só adquire sentido e ênfase em função dessa ordem mesma. Se a emoção pode ser deslocada, invertida, inibida, se está engajada numa dialética, é que está presa na ordem simbólica, a partir de onde as outras ordens, imaginária e real, tomam lugar e se ordenam"<sup>36</sup>.

36. (Lacan, J.- O Seminário. Livro 1. *Os Escritos Técnicos de Freud*, RJ, Zahar, 1986, p.271).

A linguagem adquire, assim, no campo psicanalítico, uma especificidade a partir da descoberta do inconsciente freudiano. Essa relação tão estreita ficou melhor expressa e demonstrada a partir da teoria lacaniana: o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Em *Radiophonie* (1970), Lacan afirma: "o inconsciente é condição da linguística", o que subentende uma determinada ordem, digamos, se possível: linguagem, inconsciente e linguística; e não o contrário, como a ciência poder-nos-ia fazer supor.

Enquanto Freud, para nos falar do simbólico, recorre à mitologia, Lacan, mantendo-se fiel ao pensamento freudiano, utiliza a própria linguagem e nos aponta o tesouro significante, o lugar do grande Outro (A); o que é diferente do outro, o semelhante.

"É o Outro como lugar do significante. É meu semelhante entre outros, evidentemente, mas não somente, nisso que é também o lugar como tal onde se institui a ordem da diferença singular ..."<sup>37</sup>.

Assim, além da dimensão comunicativa, dual, o que se encontra é a Lei - lei de linguagem, e ao mesmo tempo lei de trocas e parentescos fundadora do sujeito e do social.

37. (Lacan, J. - O Seminário. Livro 10. *A angústia*, Documento de Circulação Interna do Centro de Estudos Freudianos de Recife, s/d, p. 7).

Partindo desse fato, Lacan postula a categoria do grande Outro, a qual supõe, além da falta, a concepção do significante. O conceito de significante surge a partir da formulação do signo linguístico em Ferdinand de Saussure (1994), definido pelo algoritmo significado (s)/significante (S). Lacan, em primeiro lugar, inverte o algoritmo de modo que o significante passa à posição do denominador: significante (S)/significado (s).

Seguindo esta idéia, Lacan confere ao significante o princípio da oposição, ou seja, cada significante guarda sua diferença em relação aos outros, formulando assim a idéia de cadeia linear: é preciso que haja um outro significante em relação ao qual o primeiro possa se definir (Lacan, 1978). Nesse sentido, depreendemos que na ausência de um significado último, o significante remete sempre a outro significante. Esta ordem de remissão nos conduz, assim, à idéia de conjunto que assume a designação de tesouro dos significantes — o lugar do grande Outro (A).

"Lacan exemplifica essa oposição na própria organização cultural, tomando as palavras "homens" e "senhoras" das portas dos banheiros públicos; com isso, destaca não tanto o caráter de oposição que define um significante como aquilo que se diferencia de todos os outros, mas principalmente a sua inserção em uma ordem cultural, linguística e social que se associa indissolivelmente à possibilidade significante"<sup>38</sup>.

38. (Belfort, A., - "Lacan: Linguagem, Sujeito e Corpo" In: *Cadernos da SPID*, n 9, 1992, p.30).

Entretanto, mesmo o tesouro dos significantes está marcado por uma falta. Esta falta comparece pela ausência de significado, e é o que permite a remissão de um significante a outro. O significante sempre comporta a dimensão do equívoco, ou seja, significar isso ou aquilo sempre correrá o risco de um equívoco, pois aponta para a falha do Outro -  $S(\lambda)$ . Falta e significante são dois elementos inseparáveis, os quais reúnem-se na definição do grande Outro.

Como o sujeito da psicanálise pressupõe a existência de operações inconscientes, nos deslocamos então da realidade puramente externa para essa realidade psíquica, para a qual, através da releitura da obra freudiana, Lacan pode propor uma lógica, qual seja, a lógica do significante. Assim, através da linguagem, principalmente ao ressaltar a importância do significante, Lacan postula uma maneira de situar o seu sentido de verdade, apesar de tamanha diversidade e possibilidades de sentidos da palavra. A partir de um discurso manifesto tentamos penetrar num outro, mascarado, o discurso do inconsciente. "O fenômeno fundamental da revelação analítica é essa relação de um discurso a um outro que o toma como suporte"<sup>39</sup>.

39. (Lacan, J. - O Seminário. Livro 1, *Os Escritos Técnicos de Freud*, RJ, Zahar, 1986, p.281).

E mais:

"Antes da palavra, nada é, nem não é. Tudo já está aí, sem dúvida, mas é somente com a palavra que há coisas que são - que são verdadeiras ou falsas, quer dizer, que são - e coisas que não são. É com a dimensão da palavra que se cava no real a verdade. Não há nem verdadeiro nem falso antes da palavra. Com ela se introduz a verdade e a mentira também, e outros registros ainda. Imaginem um triângulo de três vértices. Ali, a mentira. Aqui, a equivocação e não o erro, [...]. E depois, o que ainda? - a ambiguidade, a que, pela sua natureza, a palavra é destinada. Porque o ato mesmo da palavra, que funda a dimensão da verdade, fica sempre, por esse fato, atrás, para além. A palavra é por essência ambígua"<sup>40</sup>.

Dessa forma, enquanto a ciência enfatiza o simbólico, a psicanálise, de forma diversa, utiliza-se do simbólico, da rede de significantes, salientando a sua falta de sentido, o ponto onde o sentido nos escapa e resiste à simbolização. O simbólico, além da sua vertente comunicativa, aponta também para uma outra vertente, qual seja, a sua própria incompletude estrutural, à qual os significantes de forma insistente e vã tentam dar consistência, e sempre, por isso mesmo é vã, algo escapa, algo permanece irreduzível e não se deixa aprisionar. A psicanálise, mais do que a busca de sentido, visa, nesse encontro evanescente, pontual e fugaz, o que causa o sujeito, sempre único e singular. Um sujeito que se faz presente na descontinuidade da cadeia significante: nos atropelos da fala (lapsos, chistes, atos falhos), nos sintomas e nos percalços do cotidiano de cada um, onde uma divisão constituinte denun-

40. (*ibidem*, p.261).

cia a falta de um sentido pleno, coeso e inteligível no seu todo. O sujeito, por mais que isso possa parecer estranho, se faz presente, aparece, nesses tropeços, nesses equívocos, em tudo que capenga.

Estamos no domínio da palavra, mas o lugar da verdade está situado no psiquismo e não na realidade externa. O que conta no sonho não é o que lembramos e falamos quando o relatamos a uma outra pessoa. A palavra tem essa função de comunicar, mas não é a sua única função. Essa função comunicativa é, digamos assim, sua roupagem mais evidente e conhecida: é a moeda corrente que todos utilizamos nas relações humanas. Mas nem de longe se esgota nessa possibilidade de comunicar.

Através da descoberta do inconsciente somos conduzidos a escutar no discurso algo além de um simples comunicado. Esse algo a mais manifesta-se através ou mesmo apesar do sujeito, como nos sonhos, lapsos, chistes e sintomas, os quais são palavras que escapam ao nosso controle e "quebram" a comunicação ordenada e linear.

"Nossos atos falhados são atos que são bem sucedidos, nossas palavras que tropeçam são palavras que confessam. Eles, elas revelam uma verdade de detrás. [...] Se a descoberta de Freud tem um sentido é este - a verdade pega o erro pelo cangote, na equivocação"<sup>41</sup>.

41. (*ibidem*, p. 302).

Um sonho é uma charada, diz Freud. É a essas e outras que se dedica a psicanálise: qual é a estrutura dessa charada que está para além do discurso corrente, e que ao mesmo tempo não existe sem este? Freud nos diz que essa pergunta aponta em direção à própria palavra. A linguagem, em última instância a palavra, transcende e ultrapassa o sujeito discorrente; está para além da sua função comunicativa.

A instalação do campo simbólico implica um terceiro nas operações de linguagem, implica uma exterioridade radical ao simples domínio comunicativo. Dessa forma, saímos do registro exclusivamente comunicativo da linguagem, até então compreendido na relação dual e intersubjetiva, e caímos em uma configuração triangular. Saímos do que se apresenta no primeiro plano e caímos nos subterrâneos. Continuamos o tempo todo na linguagem, não na sua moeda corrente, mas sim em sua outra vertente, mais assemelhada aos hieróglifos, cuja tarefa de decifrar é trabalhosa, mas fundamental à nossa disciplina. Freud comparou essa tarefa ao trabalho do arqueólogo e, no nosso caso, o inconsciente seria equiparável, por exemplo, à Pompéia, profundamente atingida pelo Vesúvio, ao mesmo tempo historicamente indestrutível e passível de "novas" (na verdade já estavam lá) descobertas a cada momento.

Tentamos manter um discurso linear mas algo irrompe e aparentemente não faz sentido. Só aparentemente. É esse aparentemente sem sentido o que aqui nos detém. Vimos que o problema que envolve a adequação do signo ao que ele significa requer, para o nosso entendimento, o registro simbólico, para além do

que é comunicado. Isso porque mesmo na ausência de signos algo do real se expressa na linguagem. Esse é o enigma, entre outros, dos sonhos e da trapaça da histérica.

É a lei do simbólico, que até prescinde da palavra, sem sair do registro dela. "Por sujeito, não entendemos as suas propriedades psicológicas, mas sim o que se cava na experiência da palavra"<sup>42</sup>.

Essa é a configuração que traz toda a especificidade da psicanálise e, ao mesmo tempo, também é o que suscita desde sutis discordâncias a, com maior frequência, verdadeiras resistências. A configuração triangular, caracterizada pela imersão na linguagem e na rede de significantes e pelo cruzamento constante do real, simbólico e imaginário, enfim, a especificidade mesmo da psicanálise provoca resistências, e um modo de neutralizar essa especificidade é deslocando-a de seu campo, a linguagem, seja na via do corpo, seja na do sentido — talvez não tão heterogêneas assim uma vez que sustentam-se no registro dual e negligenciam esse terceiro viés configurado na linguagem. Nesse sentido, apesar de um século de existência, a psicanálise ainda não atingiu reconhecimento unânime, pois muitos a vêem como especialidade médica ou como corrente da psicologia.

---

42. (*ibidem*, p.263).

A linguagem é a própria estrutura onde se situa o sujeito antes mesmo de tornar-se falante, é no cerne da linguagem que opera o significante. Aí estará, ao mesmo tempo, a condição para existência do sujeito e os entraves (os nós) daí decorrentes.

"Como temos o significante, é preciso que a gente se entenda - e é justamente por isso que não nos entendemos. [...] Desde que o ser humano é falante, está ferrado, acabou-se aquela coisa perfeita, harmoniosa [...] se para o homem isso funciona assim-assim, é graças a um truque que permite isso, pelo fato, em primeiro lugar, de torná-lo insolúvel"<sup>43</sup>.

Um outro aspecto importante, e, sem dúvida, relevante contribuição de Claude Lévi-Strauss (1985), demonstra que o simbólico é estrutural e positivo na medida em que o desejo emerge da interdição. O simbólico, na medida em que instaura a lei, faz surgir e promove também o desejo. A lei do incesto, exemplo sempre irrefutável e atual, quando, vejamos, interdita o pai, desloca o desejo para outros homens. As leis sociais desde os primórdios da Antiguidade, os relatos bíblicos, a etnologia e a mitologia atestam a pregnância desse simbólico. Nesse sentido, é a lei que viabiliza o desejo, o saber e os progressos da humanidade. Sujeito e social só existem a partir desse simbólico, aí inseridos também perda e desejo.

---

43. (Lacan, J. - O Seminário. Livro 17, *O Avesso da Psicanálise*, RJ, Zahar, 1992, p. 31).

## CAPÍTULO 4 - A PESQUISA: UMA ESCUTA DO SUJEITO

### 4.1. Nota Metodológica

A metodologia utilizada neste trabalho inclui, além de uma abordagem teórica, os relatos colhidos dentro de um grupo de profissionais de saúde do qual participamos ao longo de alguns meses. Esse grupo surgiu em função da demanda de alguns médicos que trabalham no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do hospital, os quais haviam sugerido a uma psiquiatra a formação e encaminhamento do trabalho. A idéia seria um grupo de reflexão em torno dos problemas, dificuldades, experiências e impasses vividos pela equipe dentro do hospital. A proposta do grupo foi muito bem recebida por aquela profissional — e também por mim, que num desses esbarrões pelos corredores do hospital, tomei conhecimento do fato quando a mesma estava afixando, no mural de avisos, a convocação para a primeira reunião.

Trata-se desde o início de um grupo formado pela equipe do CTI, mas aberto à participação de todos os profissionais, médicos ou não, que lidam com os pacientes e que trabalham na instituição. Composto por enfermeiras, residentes de enfermagem e médicos, em sua maioria, e, de acordo com a orientação da coordenadora, intitulado como grupo *Balint*. As reuniões eram quinzenais e, aos poucos, delineou-se um núcleo de pessoas mais assíduas, cuja participação durante as reuniões tornou-se progressivamente mais evidente através de suas intervenções e comentários. Outros, em menor número,

frequentavam o grupo de forma mais ocasional. Geralmente as reuniões contavam com cerca de oito a dez participantes.

Todos os relatos utilizados provêm dessas reuniões e procuramos reproduzi-los, o mais próximo possível, da fala original. Efetuamos a troca de nomes para preservar o anonimato; ainda assim, a própria pessoa poderia se reconhecer ou, mais remotamente, ser reconhecida pelos companheiros do grupo. Todos foram consultados sobre a utilização dos relatos neste trabalho e a sua aprovação foi imediata.

Quanto à minha inserção no grupo, gostaria de tecer alguns comentários. Enquanto médica e reconhecida como tal, trabalho há dez anos nessa instituição como clínica; entretanto, sempre tive especial interesse em refletir sobre as questões que nos afligem e para as quais a abordagem médica nos parece bastante insatisfatória. A psicanálise me franqueou então uma outra abordagem, muito mais em torno do sujeito e com as decorrências que isso nos traz. A partir de então, não importa o local de trabalho, seja como médica, função a qual mantenho dentro do hospital, seja como psicanalista, no consultório, procuro estar atenta a essas manifestações tão singulares. O trabalho que me proponho a analisar expressa de alguma forma esse percurso profissional.

Para todos, a participação no grupo implica em tentar apreender os conflitos e corresponder à demanda no sentido de obter respostas e soluções. Isso implicaria em manter a relação causa-efeito, como se a cada problema correspondesse uma

solução, ou ainda, como se cada situação, problema ou dificuldade tivesse um sentido a ser conhecido. Essa idéia traria um certo conforto; entretanto não pensamos que os fatos sejam bem assim. A cada reunião do grupo fica flagrante a impossibilidade dessa apreensão. Por mais que se queira dar um fechamento, abrandar os conflitos e encontrar soluções, os fatos parecem não respeitar essas determinações.

Reconhecemos a validade ética presente na iniciativa da coordenadora do grupo, Isabel, uma vez que, independente da sua técnica ou de suas convicções teóricas, consegue promover, dentro da área médica, a fala desses profissionais de saúde. Sabemos que essa oportunidade de falar, simplesmente falar, desmancha o rigor e a objetividade em que nos vemos quando submetidos ao discurso médico. Nesse sentido, constatamos que, nas reuniões do grupo, além da identidade social de médico, surge também uma fala do sujeito, a qual, rotineiramente, está à margem do discurso médico. Achamos isso importante, pois é a única possibilidade de perceber as fragilidades desse discurso. Isso também explica a sobrevivência da psicanálise a nós mesmos, analistas, que muitas vezes esterilizamos a experiência analítica entre quatro paredes.

Por outro lado, discordamos da coordenadora do grupo, que, digamos, compreende a prática psicanalítica como uma operação de adaptação a uma realidade dita mais adequada e, dessa forma, utiliza os fundamentos teóricos da *two bodies' psychology*, sobre a qual incide a célebre crítica de Lacan<sup>44</sup>.

44. (Cf. Jacques Lacan, O Seminário. Livro 1. *Os Escritos Técnicos de Freud*, pp 233-250).

Esta crítica refere-se a uma certa interpretação da concepção de realidade em Freud, uma vez que, ao estabelecer uma norma de conduta ou a procura de um sentido diante dos fatos, atropela-se a irreducibilidade do mundo real frente ao mundo ideal (imaginário) ou simbólico.

Deparamo-nos com desordens insolúveis: pacientes com neoplasias avançadas e sem chance de tratamento efetivo, uma vez que sabidamente, em alguns casos, nenhum tratamento traria benefício clínico, nem mesmo paliativo — casos em que vemos mais uma simplificação médica, pois todos esses pacientes ganham uma sigla: *FPT*, fora de possibilidade terapêutica, reduzindo assim uma gama infinita de particularidades a uma única identidade — enfatiza-se o igual em detrimento da alteridade; triagem de pacientes para uma vaga no CTI quando nas enfermarias existem dois ou mais candidatos a uma única vaga, situação crítica que exige do médico um arbítrio; como assistir ao pai de um médico, membro da equipe, durante sua internação no CTI? Ou ainda, como decidir sobre qualidade de vida e/ou direito de morte nos pacientes graves ou terminais?

Dessa forma, a partir do referencial teórico freudiano e lacaniano, realizamos uma escuta psicanalítica, a qual implica em sustentar uma concepção teórica e uma postura diferentes daquelas assumidas pela coordenadora do grupo. Assim, constatamos que as reuniões são valiosas não no sentido de confortar a equipe, mas sim porque fazem falar, produzem enunciações por trás dos enunciados. Estes proliferam todo o tempo, enquanto aquelas aproveitam algumas brechas. Não se trata de atribuir

um sentido aos fatos e sim de trabalhar os significantes. Já não se trata do fechamento de cada reunião, mas sim do que desliza no decorrer dela. Não são os relatos bem arrumados, os diagnósticos ou conclusões coerentes, mas sim o que fica desarrumado e sem sentido, o que parece não ter jeito, o que provoca uma risada ou uma fala arranhada, engasgada, o que não parece ter muita coerência, e o que não segue muito a nossa consciência.

Lembro-me bem de uma das reuniões em que a conversa ficou em torno do familiar de um médico da equipe. Não foi somente um "caso clínico". De fato foi mais do que isso, na medida em que, se tratava de alguém que despertava em todos algum tipo de afeto. Ao invés de termos, de um lado uma equipe de indivíduos composta por médicos e enfermeiros e, de outro um indivíduo doente ou um paciente grave sendo tratado, o que vimos foram vários sujeitos, todos afetados de alguma forma com a sua própria condição de sujeito.

Habitualmente, o caso clínico na medicina limita-se a tomar o homem como indivíduo. O médico faz uma seleção e considera somente os dados cabíveis no seu discurso, protegendo-se dos erros. Ao contrário, o que garante a especificidade da psicanálise não é o homem em questão e sim o inconsciente, especificamente freudiano. Os erros foram o ponto de partida para a psicanálise: chiste, ato falho, lapso, sintoma histérico e mais o *non sense* dos sonhos. Tudo que se opõe ao rigor científico e, dessa forma, escapa à ciência. Mas, enquanto

sujeitos, não escapamos e estamos submetidos a leis próprias que, Lacan demonstra, são as leis da linguagem.

#### 4.2. Relatos Vivos e Comentários Pontuais

Faremos o relato das reuniões pontuando a emergência dos sujeitos, os quais, ainda que imersos no discurso médico, escapam ao seu controle. Da mesma forma, também assinalamos situações nas quais o discurso médico impõe-se de forma reguladora e hegemônica. Reforçando os objetivos de nossa pesquisa, salientamos situações pertinentes aos sujeitos e deslocamos a visão médica para um olhar psicanalítico. Os relatos não seguem nenhuma ordem cronológica.

Em certa reunião, Marcos falou bastante. Pareceu bem aliviado depois da alta hospitalar de seu pai. Todos comentaram que o CTI está numa fase tranquila, boa rotatividade, altas em tempo razoável e boa taxa de mortalidade (30%). Isso é considerado bom comparado com outras estatísticas mundiais. Marcos é o próprio mestre, fala de diversas estatísticas, comenta que o aumento de número de leitos (de 6 para 8) faz uma grande diferença, por que torna possível a internação de pacientes menos graves e com chance de alta. Um número reduzido de leitos só permite a internação dos pacientes muito graves, septicêmicos, terminais etc. Fala de palestras proferidas em outros locais, estatísticas e rotinas de outros CTIs. Em dado momento, comenta sobre um índice de aferição de pacientes graves denominado *Apache*. Nessa altura, Rogério per-

gunta se não vai começar o grupo *Balint*, e Marcos retruca que tudo isso já estava fazendo parte da reunião. Alguém então brinca: o grupo hoje é *Balint-Apache*. Mas Rogério não pareceu satisfeito com essa associação ou mesmo pareceu julgar inoportuno todos esses assuntos técnicos. Duas coisas me ocorrem: talvez uma necessidade de demarcar bem o início das reuniões e veremos que isso também ocorre no final, como se fosse necessário uma abertura, um fechamento, uma conclusão e um bom termo; e, uma outra, não muito distante da anterior, a evidência de que um grupo de reflexão talvez represente um parêntesis, destoa de qualquer outra atividade na rotina da instituição.

Vemos presente uma demanda de outra ordem e que desliza a cada reencontro. Sabemos que a passagem da anamnese médica para a associação livre é o que desloca a verdade do saber científico para o próprio sujeito e sua singularidade. Do discurso médico ao discurso psicanalítico, passamos do sujeito que sabe — o médico — ao sujeito suposto saber — função que o psicanalista instala. Mas o mestre prefere as estatísticas. Mais uma vez vence a objetividade médica, apagando assim uma enunciação do sujeito e substituindo-a por um enunciado fechado, dentro de uma linguagem médica que se pretende completa e bem definida. Ele cita experiências de outros CTIs que realizam questionários solicitando as opiniões dos pacientes no momento da alta, interrogando sobre os maiores incômodos a que são submetidos, solicitando sugestões e em alguns casos até tentando informar como é o funcionamento de um serviço de

terapia intensiva. Fica sempre a dúvida se essas iniciativas amenizam o sofrimento dos doentes ou, ao contrário, também contribuiriam para maior angústia. A idéia de humanizar não parece tão simples. Os questionários e pesquisas dirigem-se, muitas vezes, não ao doente mas ao indivíduo presumivelmente normal que ele era e que deve voltar a ser. Ao compreender e enquadrar os dados obtidos, satisfazem ao mito de um saber completo, ou quase, e, ao mesmo tempo, excluem as subjetividades.

Em outro momento, comenta-se que o clima no hospital não anda muito bom, as pessoas estão muito desestimuladas. Apesar de eminentemente cirúrgico, atualmente realizam-se poucas cirurgias no hospital, ainda que hajam muitos pacientes na fila de espera aguardando a sua vez. Atribui-se essa desmotivação aos médicos, aos baixos salários, à pressa em correr para outros locais de trabalho, enfim, a um descompromisso com a instituição. O número de cirurgias realizadas em uma instituição particular, com recursos e instalações menores, é bem superior, enquanto aqui são inúmeros os pacientes aguardando cirurgia e que muitas vezes perdem a chance deste tratamento devido à progressão da doença neoplásica. Isso jamais acontece quando estamos em uma instituição particular. Falam também da implantação do programa da qualidade total, a mais nova mania do mercado, entretanto parece sem futuro. Por que será? Regina diz que tentou participar e que pessoalmente acredita sempre em qualquer proposta de melhoria, mas não vê adesão da maioria e critica principalmente os médicos, com os quais nunca se pode contar. Isabel comenta que qualidade total

já está sendo considerado fora de moda até mesmo por especialistas em *marketing*.

Francisco conta o caso clínico (bem mais do que um simples caso) de um paciente que estava sendo acompanhado por um residente sem supervisão do *staff*, e que resultou em grave erro médico. A ressecção de um nódulo no braço complicou com infecção e posterior óbito. Isso é um extremo, mas no dia-a-dia acontecem outros casos menos flagrantes e mais dissimulados. É comum o paciente nada querer saber dos seus exames e o médico nada querer falar. Simplesmente todos desempenham seus papéis. Faz-se a medicina. Sem sujeitos. Isabel relata a história de uma paciente sua com tumor cerebral e um quadro dito psiquiátrico que ela mesma questiona. O fato é que a paciente foi encaminhada para um procedimento cirúrgico (estereotaxia) quando imaginava que seria somente mais um exame, então quando soube que não era como pensava, recusou o procedimento e provocou um rebuliço na enfermaria. Foi logo chamada de pitiática, psiquiátrica e rebelde. Comento como é saudável alguém finalmente aparecer e contestar seja lá o que for. Tem que ter coragem! E são muito poucos dentre os pacientes e os profissionais que o fazem. Terminou assim a reunião e eu me lembrei mais uma vez da dialética entre o discurso do mestre e o discurso da histérica.

Pensei também que, de diversas formas, sejam elas estatísticas, questionários, reuniões bem acabadas, métodos de aferição de pacientes etc. o que vemos é um profundo mal estar

mascarado por essas tentativas. A promessa de um bem estar físico, psíquico e social parece inatingível. O discurso médico sustenta-se na sua objetividade e o mal estar, o impasse, surge perante as subjetividades, ou seja, aquilo que foge a uma norma: a histérica, o homossexual, o louco, são alguns exemplos. O mal estar provem de que muitas vezes, não é suportável ser singular, e que, sobre isso, a medicina nada tem a dizer. A descoberta da subjetividade e o direito a ela é o que Freud nos apresenta.

Em outro encontro foi mencionado um caso de óbito no CTI, exatamente de um paciente que era considerado passível de alta. Enquanto os piores saíram, este faleceu. O caso havia sido acompanhado também por outros especialistas de fora da instituição e houve uma sensação de negligência, omissão, enfim ficou aquele mal estar. Alguém comentou que houve uma "visita da saúde" e pouco depois o óbito. Gerou frustração e sentimento de culpa. Enquanto alguns acham que foi feito o possível, outros lamentam não ter atuado de outra maneira e acreditam que maiores investimentos poderiam ter evitado esse desfecho. Isabel comenta que comemora-se pouco os ganhos e lamenta-se muito as perdas. A dor é maior do que as alegrias e o que deu certo. Comento que em várias reuniões falamos sempre da perda, do que deu errado, do que não funciona, dos fracassos, das dificuldades: pacientes graves, situações críticas, impotência de todos, escândalo nos jornais denunciando condições desumanas de pacientes terminais internados em clínicas "matadouros", pressa em se desvencilhar dos pa-

ientes durante uma consulta ambulatorial ou numa visita à beira do leito, ou, o contrário, consulta arrastada e investimentos prolongados, ilimitados num mesmo paciente etc. O que não queremos ver? Isso nos remete à perda e à morte. Perda que é sempre nossa e a morte que é do outro. E no consultório particular é diferente?

Parece que sim. A dessubjetivação vista na peculiaridade do encontro médico-paciente dentro de uma instituição conta, geralmente, com o respaldo de toda uma equipe de profissionais de saúde. Dessa forma, as informações colhidas, as anotações nos prontuários, todos os dados escritos e falados, bem como as decisões a serem tomadas, dizem respeito a toda a equipe. Nesse sentido, a atividade médica no consultório particular chega mais próxima, implica mais de perto, os sujeitos, sem o respaldo e o disfarce de uma equipe. Os ganhos e as derrotas são melhor elaborados. A transferência com o paciente parece melhor estabelecida e mais gratificante. Um médico comenta se sentir menos defendido no consultório particular. E até já tomou uísque com um paciente. Este havia sido internado com quadro grave e evoluiu para parada cardíaca. Cinco tentativas de ressuscitação fracassaram e não se sabe porque mas na sexta vez funcionou. Falamos desse momento. Por que somente na sexta vez funcionou? Penso em como a instituição aliena os profissionais de saúde. Por que a prática médica no consultório pode ser mais fácil? É a transferência, defesa, resistência? Comento que esse assunto sempre volta: perdas, feridas, frustrações sempre se repetem e é nesse momento que cada um aparece como sujeito, único e singular.

Vemos que, se a medicina nada tem a falar do sujeito, a psicanálise, por sua vez, muito tem a falar sobre o indivíduo, considerando que esta noção muitas vezes não se sustenta e não resiste a alguns impasses. Um exemplo:

O médico-cirurgião opera um paciente, isto está dentro de sua especialidade e ele sabe desempenhá-la muito bem. Ocorre que a cirurgia é muito bem sucedida e o paciente após a alta hospitalar passa a comparecer periodicamente a consulta ambulatorial para *follow-up*. Tem com esse médico ou com a equipe algum tipo de relação, mas é verdade que em instituições públicas procura-se diluir entre os membros de uma equipe essa relação dita "médico-paciente". É a exclusão das posições subjetivas do médico e do doente que funda a relação médico-paciente, ambos a serviço do discurso médico e desempenhando um papel previamente designado. O médico, por sua vez, faz uma seleção e considera somente os dados cabíveis no seu discurso, utilizando, um pouco mais ou menos intuição e bom senso; o paciente, por outro lado, perseguindo uma cura, submete-se ao que lhe é demandado. Tempos depois o mesmo paciente pode ter uma recidiva de sua patologia neoplásica e dessa vez pode acontecer que não haja um tratamento especializado satisfatório. Faz então algum tratamento paliativo e mais tarde passa a ser considerado um paciente fora de possibilidade terapêutica — FPT — expressão bastante utilizada nessa instituição que pode referir-se tanto ao paciente terminal quanto àquele que encontra-se em um estágio avançado da doença e sem chance de realizar um dos três únicos tratamen-

tos específicos para neoplasias: cirurgia, radioterapia ou quimioterapia. Nessa ocasião, a mesma equipe médica, que inicialmente foi capaz de propor e realizar um tratamento naquele momento eficaz, agora torna-se impotente diante da desordem neoplásica. Perde-se o controle do caso clínico, perde-se o paciente e perde-se o médico. Ficamos todos perdidos. Mas disso não se fala. A desordem é flagrante e foge ao nosso controle. O que fica no lugar? De preferência um novo paciente com chance de cura e que mereça investimentos. E, assim por diante, refaz-se o mesmo ciclo.

Parece que esse é o papel da ciência, tentar dar conta de um todo, mas nessa operação sempre fica um resto, um sem jeito, um sem saber como, um fracasso. Essa impossibilidade estimula mais uma vez a tentativa de entendimento e domínio, a qual muitas vezes é bem sucedida e resulta em um saber a mais, e outra vezes, depara-se novamente com o fracasso. O que se espera de um saber é exatamente que possa cada vez mais explicar e traduzir o mundo de forma inteligível, ou seja, promover a apreensão dos fatos e o seu maior conhecimento. Aí situa-se o saber médico.

Mas e o resto? Aquilo que fica sem jeito mesmo? Bem aí situa-se a psicanálise da forma como a entendemos. Ela trata mesmo dessa impossibilidade de completude. Trata do que fica excluído do mundo simbólico e que ao mesmo tempo retorna sob a forma do real, impossível de simbolizar ou demonstrado como impossível. Trata dessas impossibilidades que somente na

aparência são desprovidas de sentido, pois sabemos que no fundo não são nada banais. Pensamos que o sujeito surge, aparece, no campo do simbólico, ou seja, submetido à linguagem, imerso na rede de significantes. Ora, um significante é aquilo que representa um sujeito para outro significante. Entretanto podemos dizer que nessa operação significante, simbólica ou, nessa sujeição do ser humano à linguagem, algo fica excluído, não simbolizado, não apreendido. Essa aparente exclusão, essa perda, essa falha, é inerente à constituição do sujeito e sua inscrição não respeita nenhuma ordem estabelecida. Nada mais determinante no sujeito do que os efeitos dessa exclusão e as tentativas de reconhecimento desse estranho excluído.

Em um dos nossos encontros, a reunião começou um pouco atrasada e Isabel comentou que tinha hora para sair por que um familiar faria naquele dia uma pequena cirurgia, sobre a qual ela comenta. Rogério diz que geralmente, nesse caso, é uma cirurgia simples e não requer internação. Isabel nos diz que se trata de uma pessoa muito idosa e a cirurgia estava marcada somente para o final da tarde, então a equipe médica optou por uma internação até o dia seguinte. Diante disso Isabel parece mobilizada e justifica assim, perante o grupo, o fato de não poder ficar além do horário previsto.

Rogério sugere o caso do familiar de um dos membros da equipe que encontra-se internado no CTI. Paulo tenta resumir o caso clínico informando sobre a evolução e gravidade do pa-

ciente. Rogério comenta o fato de não tratar-se exatamente do caso clínico em si, e sim do envolvimento que esse paciente despertou em todos por tratar-se do familiar de um médico amigo e próximo. É verdade, caso clínico igual a esse são vários e até mesmo piores, e nesse momento não estávamos falando somente das neoplasias e suas intercorrências. A novidade era exatamente o fato de estarmos envolvidos com esse paciente de diversas formas e não somente sob o aspecto médico habitual. Alguma coisa a mais mobilizava a equipe além da história clínica do paciente. Todos de alguma forma, uns mais outros menos, estavam fisgados pela situação, como se não fosse possível permanecer indiferente ou alheio. Os cuidados e todos os pareceres dos diversos especialistas não pareciam controlar a evolução do caso. Ninguém detinha esse controle, nem médico, nem equipe, nem paciente.

Paulo, amigo e muito próximo à família do paciente, ficou mais diretamente responsável pelo caso e nos diz que tentou combinar o lado afetivo com a racionalidade médica. Precisou filtrar várias condutas, refutar muitas e tentar optar pelo bom senso. Rogério comenta que o fato de Paulo ser sempre muito teimoso e sempre discordar dos outros parece que nesse caso lhe facilitou. Isabel valoriza o fato de todos estarem solidários e acredita que isso promove uma boa retaguarda e fortalece o trabalho dos membros da equipe.

Psicologia do ego. *Balint*. Ou outros autores e correntes ditas psicanalíticas. Nessa trajetória parece-me que algo es-

sencialmente freudiano foi esquecido. Ou recalcado? Fortalecer o ego, a solidariedade, a auto-estima etc. Ignora-se então a divisão do sujeito no sentido de ser o tempo todo flagrado pelo imprevisível, pelo impossível de simbolizar, enfim pelo real.

Paulo parece confortável na posição de médico e ao mesmo tempo amigo da família. Mas nas entrelinhas comenta também não estar sendo fácil manter essa postura. Nesse momento leva a conversa meio na "maciota" e um certo ar de brincadeira ou tentativa de descontração ameniza o final dos seus comentários.

Rogério lembra-se que em outra ocasião foi o médico responsável por um amigo, também médico dessa instituição, durante a sua internação no CTI devido a AIDS. Eram então amigos. Comenta que no início levou bem o caso, mas à medida que a evolução foi piorando, numa fase terminal e nessa ocasião com o paciente já recebendo visita médica domiciliar, Rogério reconhece ter feito uma série de procedimentos "muito técnicos". Tanto a família como o paciente queixaram-se da pouca afetividade do médico, que ao invés de amigo, tornou-se um médico frio, técnico e cheio de procedimentos. Rogério diz reconhecer e atribuir essas condutas a uma possível defesa contra a própria situação. Comenta também sobre o caso de uma ex-namorada que na época contraiu hepatite e várias complicações. Ele próprio, apesar de gastroenterologista, não conseguiu assumir o caso e transferiu para um amigo. Marcos comenta

que talvez por isso o código de ética médica recomende que o médico não trate de pessoas da própria família ou com as quais ele mantenha um relacionamento emocional.

Percebo o quanto de fato existe essa separação, como se pudéssemos ficar imunes ao sofrimento humano e tratar só da doença. Não acredito ser possível tratar só de estranhos e ficar alheio ao sofrimento do doente até o momento em que nos deparamos com o caso de um familiar ou pessoa amiga. Da mesma forma também não se trata de sofrer junto a todos os pacientes e negligenciar um possível tratamento para a doença, pois, ao procurar um médico, o doente espera ajuda e tratamento. Mas também não ignorar que por trás de uma doença existe sempre um sujeito, mesmo quando não são os nossos familiares ou amigos.

Comento ter presenciado a visita de uma equipe de especialistas ao CTI, quando foi discutido o caso do familiar do médico e que, apesar de grave e com prognóstico sombrio, houve uma preocupação de não taxar de *FPT* e nem economizar possíveis investimentos, ainda que de antemão pouco promissores. Pelos comentários de alguns membros da equipe ficava evidente a solidariedade com o colega médico e uma tentativa de abrandar o seu sofrimento, mais do que o do próprio paciente, e demonstrar as melhores intenções possíveis. Todos reconhecemos que não é sempre assim, aliás raramente é assim. O fato de se tratar de um familiar de médico parece determinante. E não poderia ser diferente, até o código de ética adverte como

pouco aconselhável misturar cuidados médicos com pessoas próximas. Isso consegue se sustentar até que, de vez em quando, somos atropelados por uma situação familiar como esta aqui descrita.

A idéia da solidariedade, boas intenções, fortalecimento do ego, mais uma vez aqui seriam extremamente confortáveis no sentido de abrandar conflitos e apaziguar fortes emoções. Não acredito que essas tentativas sejam bem sucedidas. Fica flagrante a angústia, da qual tentamos sem sucesso nos desvencilhar. Alguns conceitos dentro do referencial freudiano podem nos ajudar. Veremos como. Certamente será diferente de amornar o furacão. Acho que podemos ir mais adiante.

Isabel sai na sua hora comentando mais uma vez o problema médico de sua avó. Eu continuo mais um pouco. Quantos pacientes igualmente graves ou ainda piores habitualmente estamos vendo no nosso dia-a-dia sem que disso se faça uma questão? Com certeza são inúmeros ao longo de alguns anos de trabalho nessa instituição. E o que mais fazemos enquanto médicos é evitar qualquer envolvimento maior com esses pacientes. Pedimos diversos exames e ignoramos o sofrimento que essa investigação diagnóstica ou mesmo a terapêutica futura poderá causar. Endoscopia, broncoscopia, punções, exames mais invasivos, enfim, um excesso de nomes, aparatos e técnicas. Ainda segundo esse intensivista, como se tratava de seu pai, todos esses exames eram sentidos "na sua pele", a ponto dele preferir abreviar essas solicitações ou questionar sempre a sua indicação. Isso evidentemente não ocorre da mesma forma quando

está acompanhando outros pacientes sob sua responsabilidade. Um outro intensivista, também dessa equipe, lhe disse que não era possível fazer academicismo, assim como não saberiam ao certo o que estava acontecendo com o seu pai, mas na sua opinião era necessário fazer o que fosse possível, ainda que sem o controle que gostariam de sustentar. Com um outro paciente poderíamos ficar igualmente perdidos, mas com um familiar nosso isso tem uma dimensão que nos afeta e angustia. Nesse sentido, a coesão, solidariedade, apoio etc. parecem não dar conta da questão. Qual é a questão? Do que isso nos fala? Parece que não estamos no registro do ego.

Aparentemente tratam-se apenas de referenciais teóricos diferentes, mas a nosso ver, essa seria uma maneira simplista de abordar a questão. Na verdade essas diferenças teóricas, o arcabouço utilizado por autores reconhecidos, as variações teóricas e suas consequências práticas, as diversas formas de trabalho e suas nuances, enfim todo esse leque de situações vistas no terreno da psicanálise parecem escamotear no fundo uma questão ética. Para além das divergências teóricas podemos pensar um pouco sobre a ética na psicanálise.

Uma das reuniões do grupo quase foi cancelada porque haveria naquele horário outra atividade da qual alguns médicos participariam. Soubemos que, por conta do protesto das mulheres, a reunião foi mantida. Elas consideraram importante não quebrar o ritmo e a periodicidade estabelecida, e para isso estavam evitando que eventuais impedimentos prevaleces-

sem. Que bom! As reuniões e as mulheres são assim: acontecem. Paulo comentou que mais uma vez o protesto das mulheres foi decisivo. A presença das mulheres nesse momento fez toda a diferença. Isso me pareceu curioso. Corriqueiro e singular.

O assunto era homossexualismo. Paulo fala de um casal de pacientes homossexuais em relação ao qual inicialmente ele era muito preconceituoso. Após um tempo de convivência, aos poucos foi relaxando os seus julgamentos mais severos e então nos diz: "eles quebraram isso em mim". Achei essa frase muito significativa. Aponta para o efeito que o outro nos causa e para a linguagem. Tratava-se de um casal onde um deles havia se separado de um parceiro anterior, o qual voltou para a mulher, e estava agora casado com um companheiro soropositivo. Apresentavam-se enquanto casal e no consultório expressavam uma relação carinhosa, o que somente com o tempo passou de estranho e constrangedor a aceitável. Não só aceitável, mas talvez instigante. E assim o próprio assunto, naquele momento, despertou em todos comentários, dúvidas e perguntas. Mas afinal como são esses homossexuais?

Júlia comenta sobre seu vizinho que sabidamente mora com outro rapaz mas tenta se apresentar como heterossexual, sedutor, algumas vezes aparece com amigas e tenta transparecer uma "certa normalidade". Tudo isso Júlia atribui a uma fachada social. Ela própria, nos rápidos esbarrões e cumprimentos, se diz até constrangida ao ver um sujeito assim tão dividido. Seria essa divisão do sujeito uma particularidade do homosse-

xual? Márcia também conhece um casal que vive uma situação semelhante onde provavelmente a intimidade entre os dois é bem diferente do que a que demonstram socialmente. No final parece resultar um constrangimento para todos, homo ou heterossexuais.

Sexualidade não parece mesmo um assunto fácil. Rogério comenta que tem vários amigos gays, não médicos, mas em sua maioria ligados a atividades artísticas e que, na sua opinião, são pessoas criativas, divertidas e socialmente muito interessantes. Pelo jeito, imagino eu, bem mais interessante do que um grupo de amigos médicos. Freud fala das diferenças entre artistas, cientistas e filósofos. Rogério fala de um casal de amigos homossexuais com que se relacionava bem até que num final de semana, durante uma viagem em grupo onde vários casais estavam reunidos no mesmo ambiente, ele, na sala, durante a noite, ouvia os ruídos desse casal no quarto, o que era bastante incômodo porque afinal tratava-se de dois homens fazendo sexo. A partir daí houve uma mudança sua com relação a este casal. Difícil falar de erotismo, homossexualismo, sexualidade.

Isabel comenta que muitas vezes lidar com a diferença é muito difícil e os homossexuais podem não reunir forças suficientes para lidar com a heterossexualidade. Comenta que optam pelo clube do bolinha ou luluzinha exatamente porque não tem nada mais diferente do que a própria diferença sexual entre o homem e a mulher. Fala dos adolescentes que, durante um

determinado período, também se deparam com essa problemática e depois seguem adiante para a vida adulta "normal".

Paulo afinal pergunta como se forma um homossexual. Seria genético? - Porque sempre há um americano falando da possibilidade de um gen ou qualquer outra anomalia nessa área. Francisco compara o homossexualismo com o diabetes, e diz não ser necessariamente hereditário nem congênito, mas passível de se desenvolver a qualquer momento. Rogério comenta que desde a sua juventude, quando frequentava as turmas de rua ou de bairro, era possível constatar retrospectivamente que alguns desde a infância já demonstravam alguma tendência homossexual e que a história pessoal os conduziu a isso.

Falamos também dos homossexuais que ao mesmo tempo sustentam um casamento heterossexual paralelo. Falamos da mentira social. Assim como muita gente bebe e não se diz alcoólatra, cheira e não se diz toxicômano. E mais o machismo fazendo frente ao homossexualismo, como se esse pudesse ser contraído da mesma forma que uma doença. Paulo lembra que só algum tempo depois, quando já havia atendido ao casal durante algumas idas ao seu consultório, passou a ouvi-los, perceber e assistir mais confortavelmente a troca de carinho entre os mesmos. Lembra que aos poucos foi quebrando o gelo e pode ver que "isso não pega".

Comprovo mesmo que sexualidade e medicina são temas quase que excludentes. A equipe médica parece somente poder falar a

partir de casos clínicos de soropositivos ou mesmo a partir dos pacientes aids graves. Parece-me que do ponto de vista médico, o que não for orgânico, o que não puder ser caracterizado como doença é então excluído do discurso médico.

Tudo isso me remete à forma como a histeria era vista até o século passado. Como não tinha uma inscrição no corpo então não podia ser assunto médico. Da mesma forma o homossexualismo. A psicanálise surgiu nesse terreno enigmático. Sexo, droga, histeria, psicose e perversões. Estamos no terreno dos psicanalistas, e talvez próximo dos artistas e poetas. Longe sim da ciência. Por outro lado ouvimos alguém dizer que "o outro quebrou isso em mim". E percebemos também, no início da reunião, uma certa estranheza diante desses assuntos, e alguém até duvidando se seria mesmo o tema da reunião ou somente um papo paralelo mais uma vez sem importância. Ao final o clima era outro, o bate-papo também "quebrou aquele gelo". Marcos lamentou não ter participado do grupo nesse dia, principalmente porque, ao retornar ao CTI, quando se aproximou ao finalzinho da reunião ainda foi fisgado pelo que o tema havia despertado nas pessoas, não sei como descrever, talvez um certo "frisson". Pela primeira vez não estávamos falando do mestre, da perda e da morte. Isso parece fazer toda diferença.

Em certa ocasião, a discussão partiu do próprio grupo de CTI que acabara de passar a "visita médica" e basicamente três casos clínicos chamavam a atenção de todos. Tratava-se de

pacientes graves e internados há algum tempo, com ou sem doença oncológica tratável, mas principalmente com complicações clínicas sérias (renal, cardíaca, neurológica, feridas de escara etc.), o que provocava divergências nas opiniões e condutas entre os membros da equipe. Alguns médicos consideravam esses pacientes PPT, não merecendo assim quaisquer investimentos, enquanto outros inclinavam-se a pensar numa possibilidade de sobrevida ainda que pequena, mas a qual não se consideravam no direito de abreviar mais ainda. Nesse último caso estavam dispostos inclusive a realizar manobras de ressuscitação se necessário fosse. A essa altura uma enfermeira questiona essa ambivalência, e comenta que nesses casos não há um consenso da equipe, e a conduta num momento crítico dependerá basicamente de qual médico for chamado. Muitas vezes está definida na papeleta do doente uma determinada conduta, por exemplo, não ressuscitar em caso de parada cardíaca, e, um outro médico, discordando disso, promove a reanimação do mesmo paciente. A morte é praticamente certa, mas valoriza-se um leve sopro de vida. Júlia fala da angústia que sente ao tratar de pacientes moribundos, onde não houve uma definição por parte da equipe de qual a melhor conduta a ser adotada. Ao mesmo tempo a manutenção desses pacientes no CTI impede a admissão, por falta de leitos, de outros pacientes potencialmente curáveis.

Carla comenta que o parecer do oncologista, que suspendia qualquer investimento em determinado doente, foi mais objetivo do que as condutas da equipe do CTI, as quais como sempre, em

sua opinião, ficavam ambíguas. Isabel e também outros achavam todos ambíguos nas suas anotações e avaliações médicas. Pacientes que inicialmente eram acompanhados por especialistas quando internam no CTI deixam de ser vistos pelos mesmos. Staffs de determinados setores nunca são vistos no CTI. Alguém sugere a presença do responsável pelo doente para orientar a conduta da equipe do CTI. Doente grave é igual a doente sem dono? Isso não acontece quando estamos tratando um familiar da equipe. Alguém comenta que o médico não estudou para decidir sobre a morte ou não do paciente, isso talvez coubesse ao filósofo, ao médico cabe sempre curar. E completa: medicina não é filosofia. Ficamos em torno dos mesmos assuntos polêmicos e sem saída: problemas institucionais, falta de leitos, aumento na demanda dos pacientes e disputas entre cirurgiões e especialistas.

A equipe de uma forma geral julga que atualmente a maioria atingiu uma certa maturidade, maior do que por exemplo há cinco anos atrás. A idéia do grupo e a possibilidade de abordar diversas questões atesta, segundo um deles, essa maturidade. Seria mesmo maturidade a palavra certa? Existe uma demanda por parte das pessoas que já há algum tempo participam desse grupo. Pensei em um paralelo com a demanda de análise na clínica. O que leva um sujeito à análise?

Em determinada reunião, Cláudio interrogou qual seria a melhor forma de responder à pergunta do familiar de um paciente grave: "Doutor ainda tem alguma esperança?" Ele

próprio sempre tende a dizer que sim, e complementa: onde há vida há esperança. Isso me pareceu extremamente simplificado, como se fosse possível reduzir tanto uma situação tão dramática. A maioria costuma optar por uma resposta mais real, e nesse caso, nem sempre escapam da frieza ou do veredicto sumário. Existe uma diferença entre usar o poder médico e determinar o que vai acontecer ao paciente: ele vai morrer, não terá mais do que seis meses etc., e, ao invés disso, tentar traduzir aos familiares o que a situação lhe permite melhor enquanto médico.

Certo dia, recebemos a visita de um norte-americano considerado um mestre, pai do intensivismo, especialidade reconhecida recentemente e relativa à atividade médica no centro ou unidade de tratamento intensivo (CTI ou UTI). Participou, então, de um congresso da sua especialidade e visitou a nossa instituição. Em meio a visitas, palestras e conferências, o mestre deixou escapar algumas "pérolas". Marcos nos relatou uma delas. Ao chegar na sacada do décimo andar do nosso hospital, durante uma visita ao CTI, pode ter uma visão parcial do centro da cidade e, nesse momento, perguntou onde havia sido a chacina da Candelária, acrescentando sarcasticamente que esse poderia ser um bom método de controle populacional. Espanto por parte de todos diante do mestre. Marcos lembra que ficou indignado ao ouvir esse comentário e parece que ainda tentou expressar seu desacordo, mas a conversa com o mestre não foi muito adiante. Durante essa reunião, ao relatar o fato, lamentou não ter expressado melhor e mais claramente a

sua divergência diante do mestre. Reconhece que optou por uma certa neutralidade e afinal estava sendo um anfitrião, hospedando quem ele considerava até há pouco seu ídolo em termos de conhecimentos médicos.

Na mesma ocasião, numa visita conjunta à beira do leito de um paciente no CTI, houve também um certo constrangimento diante do mestre atribuído em princípio a alguns desacertos do ponto de vista técnico, tais como um cateter mal posicionado ou paciente clinicamente algo descompensado, o que enfim poderia causar uma má impressão quanto ao trabalho da equipe médica.

Marcos de alguma forma procura justificar a necessidade de um mestre. Conta-nos a seguinte história: Daniel era um profeta muito reconhecido pela sua perspicácia. O rei então o chamou para tentar desvendar um mistério que acometia o reino. As diversas oferendas que eram feitas aos deuses estavam sempre desaparecendo. Daniel, a pedido do rei, assumiu o encargo e pôs-se a trabalhar. Vasculhou uma caverna fora dos horários habituais de visitação e, surpreso, deparou-se com espertalhões que recolham as oferendas e repartiam as mesmas entre si. Daniel contou ao rei a sua descoberta. O rei ficou muito grato, divulgou a notícia para a população e determinou que aqueles ladrões fossem punidos severamente. Tempos depois o reino foi assolado por uma tempestade e a população atribuiu o fato a um castigo dos deuses revoltados contra a falta das oferendas, ainda que fossem roubadas. A população rebelou-se

contra o rei e o mataram. Marcos conclui dizendo que muitas vezes é melhor sentir-se enganado e, ainda assim, continuar com seus ídolos do que sentir-se órfão.

Mestre, rei, ídolo, onipotência. É importante lembrar o *Furor Curandis*: expressão através da qual Freud nomeou o empenho de curar a qualquer preço, apontando o sadismo inerente ao "querer o bem do outro". Vontade de fazer o bem, vontade demasiadamente humana, transformada em ideal, ou seja, o ideal de fazer o bem. Podemos interrogar: a identidade médica, como, aliás, toda e qualquer identidade, não poderia recobrir os impulsos sádicos ?

## CAPÍTULO 5 - UM RETORNO À ORIGINALIDADE DA PSICANÁLISE

Nesse capítulo consideramos importante resaltar a especificidade da psicanálise através da retomada de alguns conceitos fundamentais, que a diferenciam radicalmente da psicologia ou da medicina.

Dessa forma, constatamos a apropriação de alguns conceitos psicanalíticos, sob a forma medicalizada, através do que a medicina amplia o seu campo e reforça a supremacia do discurso médico. A apropriação, nesse caso, é uma forma de esconder e recalcar a ruptura que a psicanálise traz desde o seu surgimento, transformando-a em mais um dos diversos discursos psicológicos e negando, assim, a importância daquela ruptura bem como a sua originalidade, além de procurar evitar seus efeitos.

Enfatizamos a relevância que noções como o Outro, o Imaginário e a Fantasia adquirem na práxis psicanalítica, tornando assim indispensável seu entendimento. Dando sequência a essa abordagem, apresentamos uma exposição que trata, sob o enfoque lacaniano, de pontos igualmente cruciais, como a questão da relação sexual e a questão da ética do desejo.

### 5.1. Crítica à Psicologia do Ego

Com o objetivo de uma intervenção no campo da medicina visando, entre outros aspectos, a compreensão das dificuldades emocionais do ser humano e a percepção de seus sentimentos, várias técnicas psicológicas surgem em meados do século XX. Para fundamentar suas práticas, buscam na psicanálise os subsídios que sua configuração teórica permite fornecer. Dentre essas técnicas, destacamos a de Michaël Balint, descrita anteriormente no seu exercício prático e aqui discutida nos seus aspectos teóricos. Lacan, no Seminário I, reconhece a experiência clínica, mas enumera algumas críticas às noções introduzidas por Balint e sua esposa, Enid Balint, as quais nos franqueiam uma discussão importante entre diferentes teorias. Longe de fomentar o isolamento da psicanálise podemos, através desse diálogo com outras concepções, torná-la viva e consistente.

Aluno de Ferenczi, que teria sido um dos mais interessantes discípulos de Freud, Balint dedica-se igualmente às questões levantadas pela relação entre o paciente e o analista, entendida como uma situação inter-humana que implica duas pessoas e que, por este motivo, comportaria, a seu ver, uma certa reciprocidade. Ferenczi suscitou diversas questões agrupadas sob a expressão "psicanálise ativa" pois preconizava uma maior iniciativa por parte do analista. Entretanto, Lacan, nesse mesmo seminário, assinala que o próprio Ferenczi não esteve totalmente convencido de suas inovações, tendo declarado que a

experiência as tinha mostrado excessivas, pouco frutíferas, e mesmo nocivas.

Balint, em 1952, ou seja, em um período posterior à influência pessoal de Ferenczi, publica sua teoria do amor primário e amor genital (*Amour Primaire et Technique Psychanalytique*), centrada na análise da noção de relação de objeto e que, como demonstra Lacan, implica um desvio fundamental em relação à experiência analítica. Balint reprova o fato de a psicanálise se ocupar exclusivamente das pulsões e não das relações humanas. Defende a dimensão da relação como possibilidade de definir um objeto que em determinado momento satisfaça naturalmente o sujeito. Lacan, aponta e destrincha o nó que tal teoria encerra:

"O centro perspectivo de Balint na elaboração da noção de relação de objeto é isto — a relação de objeto é aquela que reúne a uma necessidade um objeto que a satisfaz"<sup>45</sup>

É notável que, desde então, o surgimento da Psicologia do Ego se fez acompanhar pelo desenvolvimento da Teoria das Relações Objetais e essas idéias ganharam uma progressiva penetração no campo da psicanálise. Em ambas, ego e objeto desenvolvem suas relações num plano que é, na verdade, dual. Isso explica a concepção da *two bodies' psychology*, na qual as relações humanas estão restritas à dimensão da comunicação e da intersubjetividade, o que, em princípio, possibilitaria a idéia de harmonia e reciprocidade entre dois sujeitos.

45. (Lacan, J.- O Seminário. Livro 1. Os *Escritos Técnicos de Freud*, RJ, Zahar, 1986, p.239).

"Um dos mais comuns conflitos do homem é o determinado pela discrepância entre sua necessidade de afeto e a proporção e qualidade de afeto que o meio pode e quer oferecer. (...) A necessidade de amor, de interesse, de simpatia e sobretudo de ser levado a sério deve ser aceita e até certo ponto satisfeita ..."<sup>46</sup>.

Essa abordagem contraria o cerne da teoria freudiana, na qual o objeto desejado define-se desde o início como o objeto perdido. Conseqüentemente, o desejo humano somente é concebível renunciando-se a uma tal representação de satisfação completa. A idéia de harmonia, que a expressão relação de objeto parece exprimir, rompe e se distancia da originalidade da psicanálise. Este é o aspecto que queremos reforçar: para a psicanálise não existe essa espécie de harmonia que a expressão relação de objeto tenta expressar.

Na concepção de Balint, um objeto é antes de tudo um objeto de satisfação e a definição de objeto, na experiência humana, seria aquilo que satura uma necessidade. Enquanto indivíduo biologicamente capaz de atender as necessidades naturais da criança, a mãe não se constitui como sujeito na relação que estabelece com a criança, mas sim como objeto de satisfação. De acordo com a teoria da relação objetal, a mãe é tomada como o primeiro objeto da criança, configurando-se, assim, uma relação de co-naturalidade, marcada pelo impasse da dualidade. Para a criança, tudo que é bom para ela, vindo da mãe, é natural. Do lado da mãe, por sua vez, seu amor pelo filho teria o mesmo caráter de harmonia preestabelecida no plano primitivo da necessidade, traduzido basicamente pelos cuidados, contato íntimo e aleitamento.

46. (Balint, M.; Balint, E. - *O Médico, seu Paciente e a Doença*, RJ, Atheneu, 1988, p. 45)

"Segundo Enid e Michaël Balint, a forma primordial de amor consiste em querer ser amado (...). A partir do que ocorre nas curas analíticas, a partir dos dados antropológicos, a partir eventualmente da observação de crianças, eles puderam supor a existência de uma verdadeira relação de objeto desde os primeiros dias da vida, de um amor intenso que produz, até a vida adulta uma exigência exacerbada"<sup>47</sup>.

A relação mãe-criança seria concebida como uma complementariedade do desejo, situação essa estrutural do ser humano, na qual as perturbações e as falhas nunca seriam senão acidentes. O amor primário corresponderia a essa primeira e primordial relação objetal, que serviria de modelo para outras ao longo da vida, até atingir a sua forma adulta e mais elaborada, que corresponderia ao amor genital.

Partindo de tal relação de objeto, o registro libidinal, sejam quais forem seus progressos, suas etapas, suas fases, será sempre definido da mesma forma.

"Fundamentalmente o registro da satisfação é o mesmo. Há uma satisfação fechada, a dois, em que o ideal é que cada um encontre no outro o objeto, o que satisfaça seu desejo"<sup>48</sup>.

---

47. (Chemama, *op. cit.*, p.112).

48. (Lacan, *op. cit.*, p.243).

Sendo assim, a relação genital é teorizada da mesma maneira que a relação mãe-criança. Vale lembrar, a propósito, que nessa época o acesso ao amor genital tornou-se uma das promessas da psicanálise ou mesmo uma finalidade de sua teoria. Na concepção balintiana, o amor genital atinge, como no amor primário, uma saturação de sua necessidade:

" ... os dois parceiros devem estar constantemente em harmonia. (...) Nesta situação, para não ter medo de uma destruição do ego, é necessário um ego forte. Somente nesta condição surge este estado de felicidade no qual todo mundo torna-se perfeito, todas as necessidades individuais são satisfeitas, todas as diferenças individuais são apagadas, e onde subsiste um único desejo - idêntico - que submerge o universo inteiro e provoca a fusão do sujeito e de seu parceiro em uma "união mística"<sup>49</sup>.

Se a dimensão relacional é susceptível de adquirir maturidade, isso implica que, em um dado momento do desenvolvimento, o objeto satisfaz naturalmente o sujeito, como uma pulsão que encontra seu exercício natural. A experiência analítica, ao contrário, desdobra-se na ordem das relações libidinais. A libido seria o distintivo do humano: Freud privilegiará o salto qualitativo do animal ao humano pela via do desejo e do simbólico, ambos articulados à pulsão, radicalmente diversa do instinto. A necessidade e a satisfação referem-se ao plano da animalidade, na qual se aplica a categoria biológica do instinto; no ser humano, trata-se da pulsão, que nunca se satisfaz como pulsão total. Eis porque toda pulsão, ao contrário do instinto, é parcial.

---

49. (Balint, M; Balint, E. - "L'Amour Genital". In: *Amour Première et Technique Psychanalytique*, Paris, Payot, 1972,

"A característica da pulsão é de ser uma *konstant Kraft*, [pulsional] uma força constante. [...] A constância do impulso proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo. A primeira coisa que Freud diz da pulsão é [...] que ela não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, que ela não tem subida nem descida"<sup>50</sup>

Diante de uma aparelhagem conceitual insuficiente, as relações humanas constituem-se concretamente ao nível das relações interobjetais, fora da referência simbólica e, portanto, também sem a introdução do registro imaginário. O real, encarado de forma isolada e absoluta, ocupa todos os espaços. De acordo com Lacan:

"Balint objetiva o sujeito, mas em outro sentido. Propõe o que chamarei um recurso em apelo ao real, que não é senão um apagamento, por desconhecimento [...] do registro simbólico. Esse registro, com efeito, desaparece completamente na relação de objeto, e ao mesmo tempo o registro imaginário também. É por isso que os objetos tomam um valor absoluto"<sup>51</sup>.

Essa formulação lacaniana é fundamental não só no sentido de tornar flagrantes as diferenças teóricas, como também, ao mesmo tempo de promover uma retomada sempre oportuna de todo um arcabouço originalmente freudiano, muitas vezes negligenciado ou submetido a simplificações bem parciais. Curiosamente, a difusão da psicanálise, realizada sob a influência do pensamento dominante, enfatizou uma certa harmonia e um ideal facilmente assimilável. Perde-se o rigor teórico, através de uma visão reducionista; em troca, facilitam-se as adesões e seus inúmeros prolongamentos.

50. (Lacan, J.- O Seminário. Livro 11, *Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, RJ, Zahar, 1979, pp. 156-157).

51. (Lacan, J.- O Seminário. Livro 1. *Os Escritos Técnicos de Freud* RJ, Zahar, 1986, p. 236).

"Talvez o método psicoterapêutico elaborado da forma mais sistemática seja a psicanálise; mas é necessário perguntarmos se suas técnicas e seus critérios são aplicáveis à toda espécie de psicoterapia; e se são aplicados, darão os mesmos resultados que na situação analítica propriamente dita? Ainda que nós, autores desse livro, sejamos psicanalistas, pensamos que a resposta é não. [...] Poder-se-ia dizer que após um tratamento psicanalítico bem sucedido, um paciente é indiscutivelmente menos neurótico (ou psicótico) mas talvez não necessariamente atinja uma maturidade real; enquanto após um tratamento bem sucedido segundo os métodos de grupo, o paciente não torna-se necessariamente menos neurótico, mas inevitavelmente atinge uma maior maturidade"<sup>52</sup>.

## 5.2. Balint e a Relação Médico-Paciente: Esconder ou Revelar o Impasse ?

Podemos dizer que o estudo da relação médico-paciente iniciou-se com Michaël Balint, na Tavistock Clinic (Londres), por volta de 1950. Detendo-se no que ocorre nesta relação, que vai desde a demanda do paciente à iatrogenia médica, Balint 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"<sup>53</sup>.

52. (Balint, M; Balint, E.- *Techniques Psycho-Thérapeutiques en Médecine*; Paris, Payot, 1970, pp. 19-20).

53. (*ibidem*, p. 37).

No seu contato com médicos das mais variadas especialidades, Balint observou que a clínica geral reunia uma atmosfera rica e propícia para a relação médico-paciente, inclusive por serem os clínicos, na sua opinião, mais abertos às críticas do que os demais médicos.

"Nós propomos a introdução da expressão "clima terapêutico" para traduzir a palavra *setting*. Esse termo, do qual os autores fazem grande uso, pode ser considerado como uma das palavras chaves - até mesmo a palavra chave - dessa obra"<sup>54</sup>.

Suas conclusões baseavam-se no estudo de casos, discutidos em grupos de cerca de 12 médicos supervisionados por um psiquiatra - o grupo *Balint* - que se reuniam semanalmente. Debatiam, à luz de casos reais, os fatos que se passavam na relação entre os clínicos e seus doentes. Dessa forma, Balint sistematizou uma técnica e suas possíveis variáveis. Transcrevemos alguns de seus aspectos e as implicações teóricas pertinentes com relação aos objetivos do nosso trabalho.

Balint considera importante que o coordenador se deixe conduzir para os pontos que os membros do grupo desejem comentar e permaneça inteiramente atento a todas as reações dos presentes. A partir do que é falado nas reuniões do grupo, procura-se um foco principal dentro de suas situações conflitivas, este é então trabalhado extensamente enquanto os demais são, propositadamente, deixados de lado. Espera-se que

---

54. (*ibidem*, p.17).

haja um momento emocionalmente intenso de comunicação entre os membros do grupo, a respeito de determinados conflitos, como um *insight*. Essencialmente, de acordo com essa abordagem técnica, o grupo estaria mais perto de compreender o conflito e capacitado para futuras situações similares.

Segundo Balint, na consulta médica há vários níveis de diagnóstico, desde o sintomático, passando pela etiologia da doença, ao verdadeiramente global, que abrange o conhecimento do doente e o significado de sua doença em determinado momento de sua existência. Ao invés de chegar a esse desejável diagnóstico final, os médicos, na visão de Balint, limitam-se a fazer diagnósticos parciais, nos quais aceitam alguns sintomas e desprezam outros. Priorizam o órgão doente, em detrimento da pessoa, aqui entendida como um todo e reunindo aspectos orgânicos e psicológicos.

Em um dos seus comentários sobre as reduções sofridas na psicanálise, Lacan comenta que, a partir do final da década de 30, "todo um vocabulário desaparece dos artigos analíticos", e nessa "baixa" estão aqueles cuja conotação foi considerada, não só por Balint, mas também por outros autores, muito libidinal. Com isso, ao reduzir ou mesmo excluir a importância do libidinal, os fatos adquirem uma realidade própria, concreta e palpável; são tomados como eventos e cabe ao sujeito compreender o funcionamento destes. Essa realidade passa a ser apreendida através de uma extensa conceitualização, na qual tudo pode ser nomeado e ganhar um sentido próprio. O

real adquire mesmo uma realidade concreta e circunscrita, passível de conscientização pelo sujeito.

Assim, por exemplo, quando Balint nos fala das "iatrogenias médicas", aplica vários conceitos às diversas situações, tais como: a insegurança seria o que conduz o médico a diagnósticos apressados ou a pedir excesso de exames complementares; o narcisismo seria o fato de o médico tratar o paciente com desdém ou desprezar as dúvidas e necessidades de esclarecimentos sobre sua doença; enquanto o sadismo poderia resumir-se à solicitação exagerada de exames complementares endoscópicos sem perceber a angústia que isso provocaria no paciente, ou ainda, a conduta simplista de dizer ao paciente no pré-operatório "tudo correrá bem", ignorando mais uma vez a angústia que uma cirurgia pode desencadear. Diante de uma realidade tão bem caracterizada, restaria ao sujeito apoderar-se de um ego forte que pudesse domesticá-la e, assim, impedir o contrário, ou seja, que essa realidade muitas vezes desumana e cruel saísse vitoriosa.

"Nestas condições, [...] a identidade médica, centrada na capacidade de curar, deteriora-se progressivamente, surgindo, como conseqüências, uma série de dúvidas sobre sua capacidade profissional e temor exagerado de ser criticado pelos colegas"<sup>55</sup>.

55. (Mello Filho, J.- *Concepção Psicossomática: Visão Atual*, RJ, Tempo Brasileiro, 1988, p. 98).

A partir das observações sobre o relacionamento médico-paciente surgiu uma extensa obra sobre as possibilidades do médico dar assistência psicoterápica ao seu doente. Tempos depois, Balint observou que o tratamento não devia visar apenas o paciente, mas também o relacionamento formado, pois, nas suas palavras, "psicoterapia é essencialmente uma interação"<sup>56</sup>. Consequentemente, o ponto nodal na sua obra, passa a ser o papel do médico no "jogo" terapêutico.

Dentre seus enfoques, ressaltamos a presença de um certo ideal puritano que, na visão de Balint, faz da personalidade e da boa vontade do médico os fatores determinantes para o exercício profissional adequado. Destacamos algumas expressões que comprovam uma influência religiosa, e até mesmo moralista, mesclada à sua técnica analítica.

"A missão ou função apostólica significa em primeiro lugar que todo médico tem uma vaga mas quase inabalável idéia sobre o modo como deve se comportar o paciente quando está doente. Embora este conceito pouco tenha de concreto e de explícito, é imensamente poderoso e influi, segundo podemos comprová-lo, praticamente em todos os detalhes do trabalho do médico com o seu paciente. Era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre seus paciente. Precisamente por esta razão surge a idéia de aplicar-lhe o nome "função apostólica". [...] Como consequência disto, o paciente se vê obrigado a aceitar a "fé e os mandamentos" do seu médico e a converter-se, pelo menos superficialmente, ou a rejeitá-los para resignar-se a suportar uma situação de regatear crônico ou, como último recurso, ir a outro médico, cujas "fé e mandamentos" sejam mais exequíveis"<sup>57</sup>. [grifo nosso].

56. (Balint, M.; Balint, E.; Gosling, R.; Hildebrand, P. - *A Study of Doctors*, London, Tavistock Publications, 1966, p.47).

57. (Balint, Michaël; *O Médico, seu Paciente e a Doença*, RJ, Atheneu, 1988, pp. 186-187).

Balint constata que o exercício da medicina acarreta distorções e iatrogenias, o que torna necessária uma conscientização progressiva em torno da complexidade que jaz sob a superfície da relação médico-paciente. Destaca que o remédio mais usado em medicina é o próprio médico e que este, assim como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade. Descreveu vários fenômenos, tais como: o mau uso feito a partir da anamnese dirigida; a atitude interrogativa do médico, útil para camuflar sua hostilidade para com o paciente; o envio sistemático dos pacientes aos diversos especialistas, encobrendo a necessidade de diluir a relação e torná-la mais suportável; a praxe hospitalar de médicos substituírem-se permanentemente e manterem, deste modo, apenas contatos parciais com os pacientes; e, entre outras propostas de trabalho, enfatizou a importância do médico de família e acentuou a perspectiva de, conhecendo mais de perto o paciente, poder prestar-lhe mais ajuda psicológica. Diante desta questão, mostra-se bastante otimista:

"Disponho os médicos utópicos de uma autêntica farmacopéia da substância chamada "médico", que lhes indique como e em que proporções se há de administrá-la, quer dizer, quais são as doses apropriadas para fins curativos, de manutenção ou preventivos ? Creio que a resposta é afirmativa"<sup>58</sup>.

---

58. (*ibidem*, p. 255).

Por último, podemos constatar, através da leitura de seus casos clínicos, uma experiência analítica incontestável, pois, Balint, sem dúvida, inclui na sua clínica aquilo que a sua teoria negligencia. No lugar dos relatos de seus casos clínicos, o que fugiria ao nosso propósito, e para ilustrar essa afirmação, destacamos somente um dos seus próprios "conselhos": "quando em dúvida, não se apresse e escute"<sup>59</sup>.

### 5.3. O Outro, O Imaginário e a Fantasia<sup>60</sup>

A partir de uma crítica à *two bodies psychology*, nos deslocamos de uma concepção dual das relações humanas e retornamos às origens do campo psicanalítico. O que poderia reorganizar essa relação transformando-a numa configuração triangular? Em Freud, é o complexo de Édipo que determina uma reestruturação da dualidade mãe-filho, justamente introduzindo um terceiro — o Pai. Contra a co-naturalidade, instaura-se, institui-se uma ordem não natural, simbólica, estruturante do sujeito e do social. Instituição sexual e social a um só tempo, pois marca o ponto de articulação entre o desejo e a cultura, articulação fundamentalmente conflituosa.

59. (*ibidem*, p. 240).

60. Freud, na "Interpretação dos Sonhos" afirma que a realidade psíquica é uma forma de "existência particular", que toca os desejos inconscientes mas que não se confunde com a "realidade material". Mais tarde, Freud reformula essa distinção e postula que a realidade psíquica é a própria realidade do fantasma, ou seja, realidade psíquica e o princípio da realidade não são opostos, mas coincidem. Aí, portanto, tomamos fantasia e fantasma nesse mesmo sentido, no qual a realidade seria assim, de fantasia. Cf. Freud, "Conferências Introdutórias sobre Psicanálise". Parte III. Teoria Geral das Neuroses. Conferência XXIII, *op. cit.*, Vol. XVI, pp. 419-439).

Como vimos no primeiro capítulo, a primazia do significante sobre a realidade é uma constatação, válida tanto para a ciência quanto para a psicanálise, uma vez que não há mundo para o sujeito senão através da linguagem. Da mesma forma, a constituição do sujeito implica uma alteridade radical: a linguagem. Entretanto, ciência e psicanálise distinguem-se quando diante da irreducibilidade do real ao mundo simbólico. A ciência toma para si a tarefa de superação desta irreducibilidade através da pretensão de um ideal regulador, de um conhecimento completo e sem lacunas. Mas, a psicanálise, ao contrário, entende que essa irreducibilidade é própria e inerente ao ser humano diante do mundo, sendo exatamente essa a noção fundamental e original do campo psicanalítico. A concepção de indivíduo, uno e indivisível, torna-se imprópria e insuficiente diante da relevância que os fatos da linguagem impõem ao ser humano. O inconsciente, estruturado como uma linguagem, atesta que a linguagem, enquanto uma lei simbólica, não recobre todo o real. Na organização do mundo, pessoas e coisas, existe uma falta, um furo, um "fora", que não se inscreve na ordem do simbólico, mas que só pode ser referido a partir deste, enquanto representação e discurso.

Lacan assinala que o Outro — lugar do tesouro dos significantes — num primeiro momento é a mãe. Entretanto, esta relação, do sujeito ao Outro, se engendra por inteiro num processo de hiância, de falta. O sujeito oscila nessa hiância, fundada pelo significante, mas causada pela impossibilidade de recuperar a parte perdida dele mesmo, que

pudesse preenchê-lo, satisfazê-lo, pois esse objeto falta. Não se trata, em nenhum momento, de uma relação complementar entre o sujeito e o Outro. O que aqui depreendemos é a dialética presença x ausência introduzida pela mãe, enquanto Outro; isso porque a mãe é não toda, faltante.

Ao contrário do que a teoria de Balint nos faria supor, o registro simbólico manifesta-se efetivamente na criança. Em uma dimensão radicalmente diversa da relação de objeto ou da satisfação das próprias necessidades, a criança utiliza-se da linguagem enquanto reconhecimento do desejo. Não mais satisfação de uma necessidade, mas sim desejo - aquilo que humaniza a criança e a torna sujeito. Freud demonstrou, através do jogo *Fort* (ausência) - *Da* (presença), como os primeiros jogos infantis consistem em evocar a presença na ausência, e em rejeitar o objeto na sua presença. Observou o jogo no qual seu neto lançava e recolhia um carretel de madeira amarrado a um pedaço de cordão,

"de maneira que aquele desaparecia [...] e o mesmo proferia seu expressivo o-o-o-ó. Puxava então o carretel, por meio do cordão, e saudava o seu reaparecimento com um alegre "da"("ali"). Essa, então, era a brincadeira completa: desaparecimento e retorno"<sup>61</sup>.

61. (Freud, S.- "Além do Princípio do Prazer" (1920), *op. cit.*, Vol. XVIII, pp. 25-26).

Imaginário, em psicanálise, é o registro da experiência subjetiva em que prevalecem as imagens, sendo a imagem do próprio corpo uma experiência primordial. Diante da sua imagem no espelho, a criança identifica-se com ela, e o faz sob o olhar do Outro, a mãe. Exatamente o olhar do Outro é o que indica a anterioridade do campo simbólico. Trata-se de um momento de constituição do eu, o qual requer desenvolver-se, pois não existia previamente. Não se trata de uma questão biológica ou desenvolvimentista.

"Para a criança, há inicialmente o simbólico e o real, contrariamente ao que se acredita. Tudo que vemos se compor, se enriquecer e se diversificar no registro imaginário parte desses dois pólos"<sup>62</sup>.

A relação do ego ao outro, tanto a esse semelhante em relação ao qual inicialmente ele se formou, como também em relação às suas sucessivas identificações, é uma estrutura essencial na constituição humana. É a partir dessa função imaginária que podemos conceber e explicar o que é o ego para a psicanálise. Quando consideramos a sua articulação com o simbólico, o ego, ao invés de uma função de síntese e autonomia, adquire uma função dinâmica, a partir da qual podemos ver suas limitações e suas defesas, as quais o orientam para a ilusão e o desconhecimento. O ego não pode ser confundido com o sujeito. O sistema de linguagem, no qual se desloca o nosso discurso, ultrapassa infinitamente toda intenção consciente que pudéssemos supor independente. A todo

---

62. (Lacan, J.-O. Seminário. Livro 1, *Os Escritos Técnicos de Freud*, RJ, Zahar, 1986, p.250).

instante o sujeito diz mais do que ele pensa dizer e a criança ilustra muito bem esse fato, na medida em que, muito precocemente, nos surpreende ao exprimir advérbios ou expressões, antes mesmo de conhecer os nomes de objetos mais simples.

Na psicanálise, o narcisismo corresponde ao processo pelo qual o sujeito assume a imagem de seu corpo como sua, e se identifica com ela ("eu sou essa imagem"):

"...posso ressaltar que estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. As pulsões auto-eróticas, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo - uma nova ação psíquica - a fim de provocar o narcisismo"<sup>63</sup>.

Dessa forma, não é concebível uma experiência primária do nosso corpo, isto é, uma experiência direta, sem passar pela via do significante. O corpo só nos é acessível, secundariamente, através da ordem simbólica que o humaniza, mediatizando, dessa forma, a experiência narcísica e imaginária, que o marca como nosso.

---

63. Freud, S. - "Sobre o Narcisismo: uma Introdução" (1914), *op. cit.*, vol. XVI, p.93).

O sentimento de nossa interioridade é efeito da identificação, ou seja, não existe interioridade enquanto tal, o que existe é que tal ou qual discurso num momento dado de seu desenvolvimento propicia ao sujeito apropriar-se como uno, inteiro e completo. Nesse momento o sujeito é um, supõe-se instalado na dimensão do ser. Essa é a concepção freudiana do narcisismo: momento no qual o sujeito se vê inteiro e se ama.

O sujeito aparece identificado a um conjunto de representações que, enquanto tais, o individualizam. Algumas representações constituem o sujeito e o ego é a sede dessas identificações, o lugar do sentimento de interioridade. O ego se diferencia pelo contato com o mundo, e é aquele que diz "não" ou "eu quero", que diz "a gente", que fala dos outros e se exprime nas diversas situações. O ego persegue uma função de síntese e unidade. Essa unidade surge como uma perspectiva, um anseio ou um horizonte.

"Ou seja, estamos muito mais o tempo todo pretendendo a unidade, "construindo-a" (e é na medida desse "trabalho" que ela existe) incansavelmente do que contando com ela como uma posse assegurada de uma vez por todas - que pese a força da ilusão de que já possuímos nossa identidade e unidade. [...] No convívio com nossos semelhantes, esse esforço contínuo do sujeito é patente. Uma hora pensamos de uma forma, em outra hora de outra forma. Nossas opiniões estão continuamente mudando. Então quem eu sou? Essa pergunta que perpassa todo o quadro da existência do sujeito, obriga-o a um trabalho contínuo"<sup>64</sup>.

64. (Freire, A.B; Fernandes, F.L.F.; Souza, N.S.- *A Ciência e a Verdade - um Comentário*, RJ, Revinter, 1996, p.108).

O imaginário apóia-se na ilusão do eu como agente autônomo, presente na origem do sujeito desde o começo de seus atos. Essa experiência imaginária seria uma forma do sujeito desconhecer sua dependência radical da ordem simbólica na qual foi engendrado. Na identificação imaginária, Lacan descreve o estágio especular, onde a criança coloca sua identidade fora dela, na imagem de seu duplo. Uma imagem narcísica, jubilatória, banhada pela perfeição e completude. Ainda que simultânea, deve ser diferenciada da identificação simbólica, na qual o sujeito identifica-se com algum traço significativa da cadeia simbólica; assume uma forma concreta através de seu nome, por exemplo. No narcisismo imitamos o outro no nível da semelhança, enquanto na identificação simbólica, o outro nos instiga exatamente no ponto em que é inimitável e foge a qualquer semelhança. Oscilamos entre um ideal narcísico inatingível e a conquista de um "estilo próprio" possível. Um fato que deve ser ressaltado:

"é a identificação simbólica (o ponto de onde somos observados) que domina e determina a imagem, a forma imaginária em que parecemos dignos de amor a nós mesmos"<sup>65</sup>.

Para a psicanálise, a anterioridade do registro simbólico em relação ao sujeito é uma condição inerente do ser humano. Nele estamos imersos desde sempre. Entretanto a sua posterior articulação com o registro imaginário é o que identifica o sujeito a um traço na cadeia significativa e concretiza o que chamamos identificação simbólica. Mas essa operação deixa um

65. (*ibidem*, p.107).

resto, uma falta, na qual podemos situar a diferença entre desejo e demanda. É exatamente neste ponto que assinalamos e reforçamos uma crítica à Psicologia do Ego, responsável pela difusão de noções incompatíveis com a teoria freudiana, e na qual, a questão central do desejo humano é reduzida de tal forma que se encerra em uma suposta dualidade, fechada e completa, entre demanda e satisfação.

O Complexo de Édipo instaura a impossibilidade de completude e, ao mesmo tempo, a possibilidade de emergir um sujeito. De saída, estabelece uma falta de correspondência entre o sujeito e o objeto de desejo. No lugar da idéia de satisfação, o que temos, na verdade, é a relação do próprio sujeito com o seu objeto de desejo, perdido para sempre e que, por isso mesmo, é o que causa o sujeito. "O sujeito se deixa representar, contra uma ordem natural, e faz isso ao preço de um objeto perdido". É nesse sentido que o mito edipiano é um fato de estrutura na psicanálise. O desejo do sujeito é assim definido a partir da falta radical que o objeto impõe à estrutura; um objeto muito bizarro para o qual Lacan inventou um nome — objeto a. Não existe antes e constitui-se desde sempre como perdido. Sujeito fica então pendurado na linguagem e o acesso ao objeto se faz pela articulação do significante. O que move o sujeito é o significante (S) que fica no lugar do objeto a perdido.

"Tudo parte da possibilidade de nomear, que é, ao mesmo tempo, destruição da coisa e passagem da coisa ao plano simbólico, graças ao que o registro propriamente humano se instala. É daí que se produz, de maneira mais e mais complicada, a encarnação do simbólico no vivido imaginário. O simbólico modelará todas as inflexões que, no vivido do adulto, pode tomar o engajamento imaginário, a captação originária"<sup>66</sup>.

Conforme vimos, na teoria das relações de objeto, de forma contrária à experiência psicanalítica, o objeto é aquele que convém verdadeiramente ao sujeito. A idéia central consiste numa relação que conjuga uma necessidade a um objeto capaz de satisfazê-la. Isso significa que o objeto é sempre um objeto de satisfação. Tudo se passa no plano das necessidades, o que equivale a dizer que o desejo não entra em questão. A falta é sempre uma falta "natural" (necessidade), e o outro é justamente o objeto (consequentemente natural) que proverá a necessidade e, enfim, a satisfará. De acordo com Balint, podemos inferir que a criança não reconhece o outro, senão em relação à sua própria necessidade. E mais, o ideal de reciprocidade presente na suposta dualidade mãe-criança, seria extensivo a todas as relações humanas, igualmente concebidas, tais como a relação médico-paciente, a relação analista-analisando e a relação sexual.

O Outro nunca satisfaz completamente nossa demanda, e é isso que transforma-a em desejo. Lacan expressa essa incompletude pela famosa pergunta: "Che vuoi?" ou, Que queres

---

66. Lacan, J.- O Seminário. Livro 1, *Os Escritos Técnicos de Freud*, RJ, Zahar, 1986, p.250).

de mim ? ou ainda, O que o Outro quer de mim? Atribuimos a nossa existência a um Outro que saiba mais e melhor de nós do que nós mesmos e, ao mesmo tempo, a resposta que esperamos do Outro, de forma pronta e satisfatória, não existe.

A histeria atesta a incapacidade do sujeito em preencher a identificação simbólica e assumir, dessa forma, um lugar marcado pela castração, a qual presentifica a sua falta constituinte e o Nome-do-Pai. Nesse sentido, espera que o Outro complete o que lhe falta e resiste à ordem simbólica expressa na castração, condição na qual todos somos marcados pela falta constituinte e "barrados" no gozo absoluto. A resposta pela qual ansiamos aponta para o impossível do real, tal como a castração ou a proibição do incesto aponta para o simbólico.

Diante do vazio suscitado por essa pergunta criamos uma fantasia:

"A fantasia funciona como uma construção, uma trama imaginária que preenche o vazio, a abertura deixada pelo desejo do Outro: ao nos dar uma resposta clara à pergunta "que quer o Outro?", ela nos permite escapar da situação insuportável e sem saída em que o Outro quer algo de nós, mas na qual, ao mesmo tempo, somos incapazes de traduzir esse desejo do Outro numa interpelação positiva, numa missão com que possamos nos identificar"<sup>67</sup>.

67. (Žizek, *op. cit.*, pp. 112-113).

Esse vazio insuportável é o que tentamos preencher com a fantasia. Diante dessa pergunta sem resposta, geradora de angústia, por escapar à possibilidade de simbolizar ou ser respondida no terreno simbólico, lançamos mão da fantasia, um entrelaçamento do real, simbólico e imaginário.

A fantasia surge como uma resposta ao enigma insustentável do desejo do Outro e impossibilidade de preencher essa falta no Outro. Mas é também a própria fantasia que nos permite desejar algo:

"A definição habitual de fantasia ("um cenário imaginário que representa a realização do desejo") é, pois, um tanto enganosa, ou pelo menos ambígua: na cena da fantasia, o desejo não é preenchido, "satisfeito", mas constituído (seus objetos são dados etc.) - graças à fantasia, aprendemos "como desejar"<sup>68</sup>.

Aqui, em nossa discussão com a Psicologia do Ego, longe de qualquer idéia de satisfação, estamos situados na fantasia, tecida, entrelaçada pela falta de resposta do Outro e que constrói um "como desejar" armando cenários fantasísticos. A fantasia esconde o fato de que o Outro se estrutura na falta, em torno de algo que não pode ser simbolizado, em torno do real que não pode ser completamente apreendido. O fantasma, ao mesmo tempo, vela e revela essa falta, esse "furo" insuportável. Tal como o jargão médico, nesse mesmo sentido, pode esconder e revelar a inconsistência presente no discurso

68. (*ibidem*, p.116).

médico. A resposta que esperamos do Outro não existe. Sujeito e social são, a um só tempo, marcados por essa falta, a qual aponta sempre para a inconsistência do Outro.

O que existe atrás da fantasia? Nada. A fantasia é um roteiro fundamental que recobre um vazio, uma falta, uma impossibilidade absoluta. A fantasia mascara exatamente esse "nada", pois é um nada que atormenta e angustia, precisa ser tamponado. Não é um "nada tranquilo", é um "nada que beira o insuportável". Um real insubordinável à ordem simbólica. O registro simbólico (grande Outro) e o registro real (gozo - pulsão de morte) são incompatíveis, não se encaixam, não há possibilidade de acordo ou subordinação entre eles.

"Uma vez que o campo do significante é penetrado pelo gozo, ele se torna inconsistente, poroso, perfurado - o gozo é aquilo que não pode ser simbolizado, sua presença no campo do significante só pode ser detectada pelos furos e faltas de consistência desse campo;..."<sup>69</sup>.

A fantasia estrutura-se em torno desse real que não pode ser simbolizado, seria uma tentativa de domesticá-lo. E o desejo? O desejo está em relação com a inconsistência do Outro. É a falta, o furo, o que nos escapa, torna o Outro inconsistente e, nessa operação, dá margem ao nosso desejo. É exatamente nessa inconsistência que ancoramos o nosso desejo. Desejo de preencher uma falta que, por estrutura, é irremediável e, por isso mesmo, nos faz desejanter. Somos

69. (*ibidem*, p. 120).

determinados por esse percurso e obrigados a percorrê-lo para alcançar o objeto de nosso desejo. Um percurso que aponta para a falha do simbólico e para o impossível do real, velados e revelados na fantasia.

#### 5.4. Não Existe Relação Sexual!

Com relação à sexualidade, a organização simbólica do inconsciente contém uma falta determinante, qual seja, a falta de inscrição diferenciada dos dois sexos. Em outras palavras, podemos dizer que não há representação psíquica daquilo que a diferença anatômica entre os sexos apresenta. Existe uma discordância entre apresentação física e representação psíquica: nem tudo que se faz presente na anatomia se faz representar no psiquismo. Em "Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica", Freud nos diz: "o que se faz representar no inconsciente não são os dois órgãos genitais, mas sim o falo" (Freud, 1925). Impõe-se aqui, precisamente o caráter simbólico da representação inconsciente, ou seja, a diferença sexual tem inscrição no inconsciente como significante. Dessa forma, a construção da sexualidade implica outros elementos e nem de longe resume-se a uma concepção biológica ou física. Noções como inata ou apreendida não são adequadas ao nosso contexto.

A idéia de correspondência e harmonia sexual afirma-se, dessa forma, impossível e inexistente. A crença, vivamente

sustentada, de uma complementaridade sexual ou da possibilidade de união genital plena não seria compatível com as concepções freudianas em torno da sexualidade. Da mesma forma Lacan, refere-se ao objeto desejado definindo-o desde o início como objeto perdido. Assim o desejo humano somente é concebível renunciando-se a uma tal representação de satisfação completa:

"No homem as manifestações da função sexual caracterizam-se por uma desordem eminente. Não há nada que se adapte. A este nível encontra-se mais um espaço de explosão, ruptura, desagregação, divisão, fracionamento, inadaptação e inadequação"<sup>70</sup>.

O conceito de incesto, crucial na psicanálise, é enunciado como uma posição subjetiva onde a relação sexual é suposta possível. O incesto, entretanto, não se resume ao desejo sexual pelo genitor do sexo oposto, essa seria somente a expressão de uma ânsia maior de estabelecer uma união completa e preencher uma falta. Mas aqui estamos falando de uma falta irreparável na qual, e somente assim, o sujeito é estruturado. Essa é uma condição inerente ao ser humano.

Na medida em que não temos no inconsciente a inscrição homem ou mulher, e diante da evidência de um desejo que remete ao próprio sujeito e à sua falta primordial, a idéia

70. (Lacan, J. - O Seminário. Livro 1, *Os Escritos Técnicos de Freud.*, RJ, Zahar, 1986, p. 162).

de uma relação sexual, bem como qualquer suposição de completude e harmonia, torna-se improvável, pois sempre estamos em posições diversas e singulares com relação ao desejo. Da mesma forma, a reciprocidade aparentemente presente na relação sexual presta-se à nossa vã insistência em querer crer que, além desse (a) parceiro(a), não existe nenhum Outro. Nos instalamos numa visão dual, quando, de fato, é flagrante nossa constituição triangular e pulsional. Também por conta dessa impossibilidade estrutural, podemos deduzir que, de fato, as relações humanas se estabelecem em suplência a essa condição que marca a emergência do sujeito. Suplência no sentido de preencher a falta de, inteirar, fazer as vezes de, enfim, suprir uma falta, nesse caso, irremediável. São essas as formulações que conduzem à afirmação lacaniana, bastante profunda e radical, quanto à impossibilidade da relação sexual.

#### 5.5. Por Que a Ética do Desejo?

A psicanálise desmancha, como vimos, a ilusão imaginária da completude e onipotência narcísicas. Desfaz esse "castelo de areia". Mas ao desmontar o ideal de harmonia e reciprocidade entre os homens, o que a psicanálise propõe no seu lugar? Não seria muito desoladora essa perspectiva? É exatamente nessa perspectiva aparentemente desoladora que a psicanálise introduz o desejo humano.

O suposto saber da psicanálise postula a relação dos homens entre si, a partir do que concerne às regras fundamentais da vida em sociedade, isto é, a ordem simbólica que determina a emergência do sujeito e do social, marcados pela castração - falta constituinte e interdição ao gozo absoluto. Ordem simbólica expressa na própria linguagem e nas leis do discurso. Presumir que a psicanálise possa reformular essas interdições em termos mais aceitáveis, não é o caso, como vimos, apesar das reduções que vários autores propuseram nos últimos anos. A promessa de acesso ao amor genital promove uma adaptação, um encaixe, uma ilusão de satisfação, onde só o desejo tem a perder. Em prol de um ideal imaginário vemos sucumbir o desejo; diante da promessa de um objeto de satisfação constatamos a tentativa ineficaz de aplacar o pulsional; vende-se, assim, uma ilusão facilmente assimilável de aparente conforto e isenção de conflitos.

O tema principal de Freud, em *O Mal-estar na Cultura*, refere-se ao antagonismo irremediável entre as exigências pulsionais e as restrições impostas pela cultura.

"O trabalho psicanalítico nos mostrou que as frustrações da vida sexual são precisamente aquelas que as pessoas conhecidas como neuróticas não podem tolerar. [...] A civilização, porém, exige outros sacrifícios, além do da satisfação sexual"<sup>71</sup>.

71. Freud, S., "O Mal-estar na Cultura" (1930[1929]), *op. cit.*, Vol. XXI, p. 129.

O homem está condenado a buscar um inalcançável princípio do prazer, pois nenhum objeto está de acordo com suas metas. É esta a condição que causa o sujeito, causa a sua existência e à qual está atrelado. É enquanto faltoso que o objeto funciona, ou melhor, faz funcionar, movimenta o desejo, inclusive o próprio desejo de saber científico. O desejo faz lei (*Totem e Tabu*) e a lei ao mesmo tempo abre a trilha por onde o desejo advirá (*Lei do Incesto*).

Não ceder de seu desejo - a ética da psicanálise - é, para além do imaginário, que tudo pode e tudo quer, se reconhecer marcado pela falta e interditado no gozo absoluto. Não mais expectador do Outro, na espera de uma resposta que nunca virá, mas integrante do Outro e que, para não ceder de seu desejo, faz ato. "Ele se acreditava ativo, e ele era passivo. Compreendendo aquilo que fazia sua passividade, ele enfim pode agir"<sup>72</sup>.

---

72. (Chemama, *op. cit.*, p. 32).

**CONCLUSÃO: Um Percorso Pessoal e um Percorso de Pesquisa.**

A partir de minha experiência profissional, inicialmente como médica, percebo que, durante muito tempo, permaneci dentro do saber médico, com o olhar médico, submetida a uma forma de pensar regida pela objetividade. Relutei bastante em contrapor à prática médica a práxis psicanalítica. Prevaleceu durante muito tempo a idéia de que elas não se misturam e de que esse tema seria inviável. Na verdade, é surpreendente como a extensão, o domínio e as certezas do saber médico, às vezes mais do que os resultados (pois também falham), ultrapassam em muito o ato médico e permeiam toda a sociedade. De fato, constatamos que não é fácil escapar do discurso médico, pois, de toda forma, médicos ou não, sempre utilizamos ou recorreremos a ele. Isso torna-se mais evidente ainda, quando adquirimos o seu saber e a sua prática.

A própria forma através da qual me aproximei da psicanálise continha um ranço médico, uma idéia de consulta acabada e de conceitos fechados - que aliás entendo ser até tentadora. É sempre muito bom poder explicar tudo e tornar os fatos palpáveis e concretos. Dar um sentido a tudo que acomete o ser humano e reservar para os casos inexplicáveis os termos constitucional, idiopático ou outros semelhantes. E o que fazemos nós com os fenômenos tão incertos e imprevisíveis da natureza e de nossa existência? Longe de tratar-se de uma questão meramente filosófica, isso se insere e repercute em

alguns dos aspectos mais íntimos de nossa vida.

Enquanto que a idéia de indivíduo permite um certo enquadramento, a idéia de sujeito, se estamos falando de sujeito do inconsciente, subverte essa ordem. Foi exatamente a partir desta noção de sujeito, que estabelecemos um ponto de ruptura com o discurso médico e, ao mesmo tempo, delineou-se o ponto de partida dessa pesquisa. Estamos no terreno das paixões e das pulsões, e este, para a psicanálise, é o terreno específico da razão, o solo de onde ela brota e que ela ordena.

"A introdução de uma ordem de determinações na existência humana, no domínio do sentido, se chama razão. A descoberta de Freud é a redescoberta, num terreno não-cultivado, da razão"<sup>73</sup>

Ao finalizar este trabalho, retomo uma trajetória pessoal e profissional entrelaçadas desde o início: o esboço inicial, a forma como, aos poucos, as idéias transformaram-se na pesquisa, as inúmeras conversas e reflexões em torno da importância desse projeto, uma experiência profissional aqui traduzida de forma sistematizada, a sua íntima relação com as minhas "fantasias" e, dessa forma, a expressão de um percurso revestido de toda uma subjetividade, desde a sua origem até a escolha, na reta final, do título do trabalho.

73. (Lacan, *op. cit.*, p. 12)

Nesse sentido, não poderia deixar de lado aquilo que permeou, tanto no conteúdo claramente expresso como nas entrelinhas, toda a sua configuração. O que antes aparecia como vagas idéias, dispersas e fragmentadas, adquire, através de um percurso singular (muito trabalhoso, e não poderia ser diferente), uma mudança na minha posição subjetiva.

Do indivíduo ao sujeito ou da medicina à psicanálise, trata-se aqui de uma passagem que subverte aquilo que estava instituído e, nesse lugar, surge um trabalho marcado pela subjetividade e pelo reconhecimento do desejo, trajetória sempre imprevisível e renovada a cada momento. Esse foi um deles.

## BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F. - *La Médecine Psychosomatique*, Paris, Payot, 1970.
- ASSOUN, P.L. - *Introdução à Epistemologia Freudiana*, Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- BALINT, M.; BALINT, E. - *O Médico, seu Paciente e a Doença*, Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1988.
- BALINT, M.; BALINT, E. - *Techniques Psycho-Thérapeutiques en Médecine*, Paris, Payot, 1970.
- BALINT, M.; BALINT, E. - *Amour Primaire et Technique Psychanalytique*, Paris, Payot, 1972.
- BALINT, M.; BALINT, E.; GOSLING, R.; HILDEBRAND, P. - *A Study of Doctors*, London, Tavistock Publications, 1966.
- BELFORT, A. - "Lacan: Linguagem, Sujeito e Corpo". In: *Cadernos da SPID (Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle)* n 9, RJ, 1992.
- CANGUILHEN, G. - *O Normal e o Patológico*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1982.

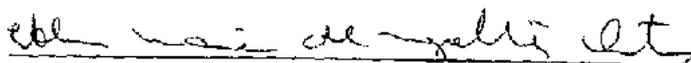
- CANGUILHEN, G. - "O que é a Psicologia ?" In: *Tempo Brasileiro*, nº 30/31, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- CHEMAMA, R. - *Éléments Lacaniens pour une Psychanalyse au Quotidien*, Paris, Éditions de l'Association Freudienne Internationale, 1994.
- CLAVREUL, J. - *Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*, São Paulo, Editora Brasiliense, 1983.
- CHAUÍ, M. - *Introdução à História da Filosofia, Dos Pré-Socráticos a Aristóteles*, Vol. 1, São Paulo, Brasiliense, 1994.
- DESCARTES, R. (1637) - *Discours de la Méthode*. In: *Oeuvre et Lettres*, Paris, Gallimard, 1953.
- DONNANGELO, M.C.F. - *Medicina e Sociedade*, São Paulo, Pioneira, 1975.
- DUMONT, L. - "Gênese". In: *O Individualismo*, Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1985.
- FOUCAULT, M. - *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1980.
- FOUCAULT, M. - *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro,

- FOUCAULT, M. - *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*, Rio de Janeiro, Graal, 1993.
- FOUCAULT, M. - *História da Sexualidade III: O Cuidado de Si*, Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- FREIRE, A.; FERNANDES, F.L.F.; SOUZA, N.S. - *A Ciência e a Verdade: Um Comentário*, Rio de Janeiro, Revinter, 1996.
- FREUD, S. - *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago, 1976 (os volumes relacionados abaixo referem-se a essa edição):
  - "Estudos sobre a Histeria" (1893-1895), Vol. II
  - "Três Ensaios sobre Teoria da Sexualidade" (1905), Vol. VII
  - "Psicanálise "Silvestre" (1910), Vol. XI
  - "Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise" (1912), Vol. XII
  - "Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise I)" (1913), Vol. XII
  - "Totem e Tabu" (1913[1912-13]), Vol. XIII
  - "Sobre o Narcisismo: uma Introdução" (1914), Vol. XIV
  - "Conferências Introdutórias sobre Psicanálise" (1917 [1916-1917]), Vol. XVI.
  - "Além do Princípio do Prazer" (1920), Vol. XVIII
  - "Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos" (1925), Vol. XIX
  - " O Mal-estar na Civilização" (1930[1929]), Vol. XXI
- KOYRÉ, A.- *Études d'Histoire de la Pensée Scientifique*, Paris, Gallimard, 1966.
- LACAN, J. - *O Seminário. Livro 1, Os Escritos Técnicos de Freud*, Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

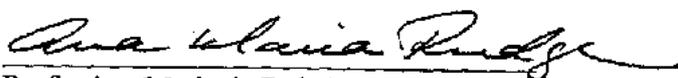
- LACAN, J. - *O Seminário. Livro 2, O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar, 1992.
- LACAN, J. - *O Seminário. Livro 7, A Ética da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar, 1991.
- LACAN, J. - *O Seminário. Livro 10. A Angústia*, Documento de Circulação Interna do Centro de Estudos Freudianos de Recife, s/d.
- LACAN, J. - *O Seminário. Livro 11, Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- LACAN, J. - *O Seminário. Livro 17, O Averso da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar, 1992.
- LACAN, J. - "Radiophonie" . In: *Scilicet*, Paris, Seuil, 1970, n 2/3.
- LACAN, J. - "La Science et la Verité". In: *Écrits*, Paris, Seuil, 1996.
- LÉVI-STRAUSS, C. - *Antropologia Estrutural*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1985.
- LECLAIRE, S. - *O Corpo Erógeno*, São Paulo, Escuta,

- MACHADO, R. - *Ciência e Saber: a Trajetória da Arqueologia de Michel Foucault*, Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- MCDUGALL, J. - *Em Defesa de uma Certa Anormalidade*, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1983.
- MANNONI, O. - *Freud e a Psicanálise*, Rio de Janeiro, Ed. Rio, 1976. ✕
- MELLO FILHO, J. - *Concepção Psicossomática: Visão Atual*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1988.
- NASIO, J.D. - *Lições sobre os Sete Conceitos Cruciais da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar, 1989.
- SAFOUAN, M. - *Estruturalismo e Psicanálise*, São Paulo, Editora Cultrix, 1968.
- SAUSSURE, F. - *Curso de Linguística Geral*, São Paulo, Editora Cultrix, 1994.
- STENGERS, I. - *Quem tem Medo da Ciência? Ciências e Poderes*, São Paulo, Siciliano, 1990.
- ZIZEK, S. - *Eles Não Sabem o que Fazem: O Sublime Objeto da Ideologia*, Rio de Janeiro, Zahar, 1992.

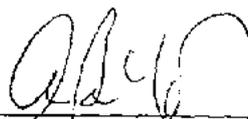
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Maria Cristina Ribeiro Barbosa intitulada "Da medicina à Psicanálise: Um percurso na direção do sujeito", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Prof. Esther Maria de M. Arantes (Orientadora)  
PUC-Rio



Prof. Ana Maria de Toledo Piza Rudge  
PUC/Rio



Prof. Alexandre Belfort S. Alves da Silva  
PUC/Rio

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro, 16.1.1997.



Jurgen Heye  
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas