

Clínica Psicanálítica & Psicologia Hospitalar

----- ensaios de psicanálise -----

Alfredo Simonetti

Capítulo 1 - A cena hospitalar

- O discurso médico.....
- O poder da medicina.....
- A linguagem da medicina.....
- O paciente.....
- A padronização.....
- A relação médico paciente.....
- A doença
- O adoecimento.....

Capítulo 1

A cena hospitalar

Já definimos a a cena hospitalar como o encontro do sujeito com o adoecimento no contexto da medicina, agora vamos descreve-la e comenta-la a partir de uma óptica psicanalítica. De inicio chama a atenção a constatação de que a cena hospitalar se organiza de modo a excluir sistematicamente a subjetividade. Para o psicanalista, que pratica justamente a clinica da subjetividade, este é o aspecto médico mais relevante em sua jornada pelos campos da medicina.

A psicanálise não pretende corrigir ou substitui a medician pois como afirma Clavreul (1983) todo aquele que comenta ou critica a medicina, sejam quais forem suas convicções pessoais, “irátomar remédio se tiver algummal-estar” (p. 31), então o que se diz aq

ui sobre a medicina inscreve-se na tradição epistemológica do “comentário” que aponta pontos negativos mas também os ganhos e também as associações que um tema desperta , afastando-se da “critica “ que poderia sugerir competição ou tentativa de solução dizendo então o que se deve colocar no lugar desta medicina tão problemática. Não temos nem a pretençonem o poder para tal tarefa.

Geralmente quando uma pessoa adoce a primeira coisa que ela faz é tentar resolver o problema por conta própria, e se precisar, busca os recursos caseiros e comunitários, seja em conversas com os amigos ou em consultas a fabulosa base de dados médicos disponibilizada pelas redes de computadores. Apenas quando tudo isto falha é que ela considera a possibilidade de procurar a medicina institucinalizada, seja marcando uma consulta com um médico, seja procurando diretamente um hospital. Este passo de entrar no mundo médico costuma ser bastante caro , tanto em termos financeiros quanto em subjetividade. Enquanto o governo, o convenio ou o próprio bolsos do paciente custeiam financeiramente o atendimento, a pessoa paga com sua subjetividade ao assumir o seu lugar de paciente na estrutura médica.

A medicina funciona a partir de uma superestrutura composta por três posições, o lugar do médico, o lugar do paciente e o lugar da doença. Estes lugares podem ser ocupados por uma pessoa, por um grupo de pessoas, por uma instituição e até por uma ideia, e quando articulados entre si e revestidos de conteúdos específicos formam o que se costuma chamar de “medicina moderna”, ou “modelo médico”, ou ainda, “ a ordem médica” nas palavras de Clavreul, (1983)psicanalista Frances que dedicou um longo estudo ao tema .

A medicina se caracteriza por um saber racional e científico sobre as doenças e seus tratamentos, e quem ocupa o lugar do médico costuma incorporar o discurso do mestre ou do universitário. De forma complementar espera-se que quem ocupe o lugar do paciente coloque-se na posição de objeto do saber do médico, assumindo um discurso histórico que nada sabendo de si e de sua doença supõe no outro a sua salvação. A posição da doença costuma ser preenchida por uma entidade concebida pela ciência como sendo uma coisa, com existência concreta e externa ao indivíduo, como um inimigo invasor com o qual a pessoa adoentada nada tem a ver, a não ser constituir-se no terreno em que ela prolifera. A subjetividade não ocupa nenhum lugar nesta organização estrutural, aliás ela, quando insiste em aparecer é vista como um empecilho, como algo que atrapalha, algo que nubla a clareza científica e que precisa ser encapsulada para que a ordem médica possa funcionar em sua plenitude. Sobre esta maneira tripartite de pensar a medicina podemos lembrar que Michal Balint (2005) a captou muito bem como demonstra o título de seu livro mais importante “o médico o seu paciente e a doença”.

O médico

O médico está interessado em salvar vidas, mas pouco quer saber do que esta vida significa para quem a vive, é como se não pudesse fazer as duas coisas, como se ao se interessar pelos significados perdesse em eficácia. A razão de a medicina valorizar a subjetividade não é por considerá-la desimportante para o ser humano e sim por considerá-la de pouco valor científico, aliás, desnecessária deste ponto de vista. É possível ser científico e alcançar bons resultados práticos sem levar em conta a subjetividade.

Tomemos uma situação clínica para entender melhor esta questão. Um paciente que chega ao pronto socorro e queixando-se de uma dor no peito, com irradiação para o braço esquerdo, dificuldade para respirar, que começou após uma discussão familiar, referindo também um histórico de tratamento cardiológico anterior. A partir deste ponto o médico já ouviu o suficiente para fazer suas hipóteses diagnósticas: infarto agudo do miocárdio ou problema gástrico ou um quadro conversivo, e não interessa, para o diagnóstico, se a dor começou após uma briga com a filha devido ao uso de droga, ou após uma briga com a esposa por questões de ciúme, ou se o paciente estava com medo de ser demitido e discutiu com a esposa sobre os gastos da casa. O médico até pode ouvir o paciente falar sobre estas coisas, mas fará isto mais por educação do que por interesse clínico pois não mudará em nada suas hipóteses e sua conduta: solicitar exames e colocar o paciente em monitoração cardíaca.

Ao recusar qualquer outro discurso diferente do seu, e conseqüentemente o do próprio paciente, a medicina, através de seu agente médico acaba não prestando atenção em vários elementos apresentados pelo paciente. É próprio da visada totalitária do discurso médico nada querer nem poder saber do que não lhe pertence. O discurso psicanalítico também age assim.

Anita vem ao ambulatório de dermatologia para tratar de furúnculos que aparecem com frequência em suas pernas. Depois de ser atendida várias vezes no pronto socorro por causa de furúnculos inflamados foi encaminhada para seguimento no ambulatório onde fez tratamento com antibióticos. Ela não estava melhorando dos furúnculos e foi encaminhada para uma entrevista com a psicóloga, e na primeira conversa a paciente fez uma associação que a psicanalista considerou bem interessante: Anita comentou a título de brincadeira, que sua enteada tinha muitas espinhas, que este poderia ser um ponto em comum entre elas, quem sabe a era a ligação de sangue que não existe de fato já que a menina é filha do primeiro casamento de seu marido. Depois Anita faz um comentário que a psicanalista não prestou muita atenção: ela disse que a bactéria responsável pelo seu furúnculo é a xvd uma bactéria anaeróbica. A psicanalista não

presta muita atenção ao fato de a bactéria que causa os furúnculos de Anita ser ou não anaeróbica pois ela não tem muito o que fazer com esta informação, na verdade não tem nada o que fazer, esta informação não tem lugar na formalização teórica psicanalítica do caso de Anita.

Aqui o que não é importante não é visto, é assim tanto na medicina como na psicanálise. Mas não é porque não se encaixa no esquema conceitual de quem atende que o elemento se dissolve, ele continua, mais ou menos insistente conforme o caso. Clavreul (1983) chama de “não fatos” uma série de elementos, de informações que o paciente insiste em apresentar junto com seus sintomas: “sofrimentos diversos não justificáveis medicamente, distúrbios funcionais, modificações de humor, do sono, e da vida sexual, e sobretudo a angústia, formam o fundo de um tipo de reivindicação permanente e tagarela, que é acolhido por uma maior ou menor boa vontade por parte do médico, que permanece inteiramente desarmado tanto para dar uma interpretação cientificamente aceitável como para tratá-los, uma vez que os diversos medicamentos que podem utilizar não têm maior especificidade que a antiga terapia” (p 84 CLAVREUL.)

Clavreul argumenta ao longo de seu livro “A ordem médica” (Clavreul 1983) que o afastamento da subjetividade da cena hospitalar não é acidental, não é uma ignorância, não é um desconhecimento do tipo não preciso saber, e também não se deve à personalidade do médico, ele é expressamente requerido pelo método científico, ou seja, ele é estrutural, e por isto mesmo não se resolve com conselhos moralistas aos membros das equipes de saúde do tipo “seja humano”.

Por ser científica, ou melhor, para ser científica a medicina adota o método científico que por sua vez exige de seus praticantes a máxima objetividade possível oferecendo em troca eficácia e um conhecimento, supostamente, o mais próximo da verdade que a humanidade já teria alcançado. Considerando este jeito médico de agir, excluindo sistematicamente tudo que é subjetivo, podemos perguntar? Por que ele age assim, será que ele é um ser humano frio e distante? Certamente que não, a questão não é tão simples assim. Quem tem relações de amizade ou familiares com algum médico sabe que eles são, em geral, seres humanos normais dotados de sensibilidade, subjetividade, e emoções. Ele age assim porque o lugar que ele ocupa, de agente do discurso científico exige esta isenção como forma de maximizar sua eficácia. Se uma objetividade mínima não pode ser mantida é recomendável que o médico se isente de conduzir o tratamento. É por isto, dentro de outras razões, que um médico não deve tratar de seus parentes próximos. Na medicina baseada em evidências os médicos não agem em nome próprio são agentes, funcionários, executantes mais humildes ou mais gloriosos do discurso médico.

Seria a subjetividade apenas desnecessária, ou seria ela também temida e evitada? Será que os médicos a evitam por medo da angústia? Talvez a própria ciência seja um empreendimento humano cujo principal objetivo é lidar com a angústia da existência além de ser um meio de modificar a realidade. Se adotarmos esta abordagem, de pensar na ciência como rota e fuga da angústia, seria interessante identificar de que modo particular os médicos se defendem da angústia, e também se tipicamente eles fogem da angústia mais do que outros profissionais ou com consequências mais complicadas. O “não quero saber disto” em relação à angústia é uma vontade compartilhada por todos os humanos num primeiro momento, e tem suas vantagens pois, nos termos de Clavreul “... No que concerne ao afastamento da subjetividade, não se poderia superestimar o benefício que encontram - cada um para si - o médico e o doente no trabalho científico que constitui o discurso médico. Tudo aí se encontra colocado para que cada um esteja desengajado. O médico que está aí apenas como representante de valores científicos e o doente, para quem se acha demonstrado que seu sofrimento se reduz apenas à dor, um signo como qualquer outro signo faz assim a economia da

confissão de uma outra vertente de seu sofrimento, isto é, sua angústia” p 204 CLAVREUL,)

Esta dificuldade de subjetivação na cena hospitalar reverbera tanto na medicina como na psicanálise. Em relação ao psicanalista trataremos da questão mais adiante ao discutirmos a ética da psicanálise, aqui vamos analisar a questão do ponto de vista do médico: o que faz o médico com a subjetividade? Se por alguma razão, pessoal ou profissional, o médico resolver não mais ignorar a subjetividade o que pode fazer com ela? Passa-la diretamente ao psicanalista tem sido a opção mais frequente, afinal este é o especialista em subjetividade.

Na enfermaria 315 vemos o dr. Felipe residente da cirurgia esmerar-se em retirar os pontos da sutura no abdômen da dona Geralda. Ele trabalha com muito cuidado e carinho para evitar que a paciente sofra e sintar mais dor do que o seu câncer de estomago já tem lhe imposta nos últimos meses. Foi uma longa jornada, desde as primeiras dores, o emagrecimento, o cansaço, a angústia da família em busca de uma consulta médica, até este momento em que o tumor foi finalmente extirpado. Dona Geralda queria contar ao Dr. Felipe que agora sim achava que iria ficar boa, iria voltar para sua casa, que sua filha precisava muito dela porque a família ... Mas o dr. Felipe precisava ainda ver muitos outros pacientes e gentilmente pediu para dona Geralda: a sra. Pode esperar um pouquinho, logo logo eu tiro os pontos e aí eu chamo a menina da psicologia para conversar com a senhora, eu até já encontrei com ela ali no corredor, ela está só esperando eu terminar “

Com especialistas em subjetividade por perto os médicos podem se autorizar, cada vez mais, e sem constrangimento, a cuidar apenas da parte que eles acham que lhe cabe: o corpo. Neste sentido a presença do psicanalista no hospital, ao contrario do que poderia pretender, estaria contribuindo não para a humanização da medicina e sim para uma sutil reafirmação da exclusão da subjetividade do campo médico. Paradoxalmente poderia-se até falar em um efeito desumanizador da presença do psicanalista na cena hospitalar

Mas se o médico, ao invés de recorrer ao psicanalista, resolver lidar ele próprio com a subjetividade como poderá fazê-lo, que instrumentos tem para isto, o que lhe ensinou a faculdade de medicina a este respeito? Praticamente nada. Se alguém argumentar que existe uma disciplina chamada de psicologia médica em todas as faculdades de medicina, gostaríamos de mencionar a maneira como a maioria dos estudantes de medicina lida com esta disciplina: da mesma maneira que os estudantes de psicologia lidam com a disciplina de estatística, ou seja, se puderem pedem para alguém assinar a lista e escapam da sala na primeira oportunidade, declaram que a matéria é importante mas não deixam para se dedicar a ela quando for preciso. Se a subjetividade não faz parte do método científico também não faz parte da pedagogia que se pratica nas faculdades de medicina. Talvez as coisas venham a mudar com o tempo, ou mesmo existam exemplos pontuais de valorização da subjetividade nas escolas médicas, mas no geral aí começa a exclusão da subjetividade do campo médico, pela exclusão da subjetividade do estudante de medicina.

Karla é estudante do 3º ano de medicina, ainda não está no internato, a parte do curso mais prática que acontece no próprio hospital, mas mesmo assim sempre que consegue uma brecha na rotina das aulas teóricas vai até a enfermaria acompanhar a visita dos preceptores com os internos e residentes. Naquele dia o preceptor estava discutindo o caso de um paciente de 70 anos com sérios problemas pulmonares e cardíacos cujo prognóstico era bastante reservado. Karla ficou comovida com o paciente que de alguma forma lhe lembrava seu avô, comoção que não passou despercebida ao preceptor que disparou: algum problema doutora? Não professor, tudo certo, ao que

ele respondeu Ah bem, porque se a sra. Deseja mesmo ser médica vai ter que aguentar, ou então é melhor ir fazer filosofia.

Aos médicos é ensinados desde os tempos de estudante o que fazer com a subjetividade: engoli-la em nome de manter sua objetividade. E depois que esta pessoa se forma e começa a atender pacientes se espera que ela seja humana, que acolha a subjetividade dos pacientes. Como dar o que não se recebeu? Como lidar com a subjetividade do outro quem não lidou com a sua ?

A psicanálise, ao contrário, reconhece bem o valor do “cuidar de si” como caminho para o cuidar do outro, na medida que faz da análise pessoal quase um pré-requisito para a formação do analista. Os médicos que valorizam a subjetividade aprenderam a fazer isto em casa ou na sua vida pessoal pois na universidade o treinamento é bem outro. Apenas a título de contraposição note-se o que acontece na faculdade de psicologia. Se uma aluna que começou a atender seu primeiro paciente se comove com o caso recebera do supervisor uma acolhida protetora e até será incentivada a falar disto no seu grupo de supervisão ou então levar isto para sua terapia pessoal. Há até um nome técnico para seus sentimentos; contra-transferência. A subjetividade do estudante de psicologia é valorizada, merece ser ouvida e analisada. Na medicina a subjetividade do estudante é simplesmente negada. O discurso médico prima por excluir a subjetividade, tanto daquele que denuncia como daquele que o escuta... daí a pretensa objetividade do cientista.... o médico só se autoriza por não ser ele próprio, por ser ele próprio o menos possível”. A medicina procura se resguardar da subjetividade do médico com receio que esta lhe comprometa o raciocínio. Claude Bernard, um dos criadores da medicina moderna, adotava o ideal epistemológico de Bacon, por sua vez um dos pilares do pensamento científico, assim formulado: “nunca ter os olhos umedecidos pelas paixões humanas “ pois as lágrimas turvam a visão e o olhar é órgão dos sentidos que permite ao médico assegurar o valor científico e objetivo de seu trabalho”.(Clavreux pg .188)

Como a medicina a psicanálise também cuida para que a subjetividade do analista não se projete no paciente, mas escolhe um caminho bem diferente da exclusão praticada pela medicina, ela mergulha nesta subjetividade, se envolve com ela, procura conhecê-la a fundo, analisa-a o máximo possível, tanto na análise pessoal quanto na supervisão. O analista tenta ser, o menos possível, um sujeito pois na análise só deve existir um sujeito, o paciente. Espera-se que o analista por ter se submetido a sua análise tenha condições de colocar entre parêntesis, pelo menos enquanto dure o encontro com o paciente, suas fantasias e desejos para que se destaquem as fantasias e desejos do paciente. Enquanto a psicanálise atravessa a subjetividade a medicina a evita fazendo de conta que ela não existe, se na psicanálise existe apenas um sujeito na medicina não existe sujeito algum. Para os médicos o melhor enunciado científico é feito em uma oração sem sujeito.

Uma forma de valorizar e desenvolver a subjetividade dos médicos seria uma aproximação com a literatura e as artes em geral, mas o que assistimos atualmente é justamente um afastamento da medicina não só do campo artístico mas também daquelas disciplinas da área das humanidades. Esta noção intuitiva que associa as artes a compreensão da realidade humana foi experimentalmente testada e comprovada. Segundo uma pesquisa divulgada pela revista Science, ler ficção literária de qualidade e envolver-se com obras de arte aumenta a compreensão dos estados mentais do outro e das complexas relações sociais que caracterizam a sociedade humana, habilidade conhecida como TOM Teoria da Mente. Leitura de não-ficção e ficção popular não tiveram o mesmo desempenho”(referência: revista Sr medico jan 2014(citar como nota Reading Literary Fictions Improves theory of Mind, feita por pesquisadores da The New School for social RESEARCH, EUA).

Na cantina na faculdade de medicina um jovem professor de ginecologia oncológica saboreia um café enquanto lê, com evidente interesse, um pequeno volume de capa

vermelha. Quando lhe pergunto o que esta lendo ele faz cara de quem foi pego em flagrante e mostra rapidamente a capa do livro: aquatrfanfanna , um romance. Eu deveria estar estudando, lendo alguma coisa de útil, não é mesmo?, mas estou aqui me divertindo com este livro de ficção. É assim, culpado que este medico se aproxima da subjetividade, não consegue mais pensar como os médicos de algumas décadas atrás que achavam que literatura, historia e arte o ajudariam no trabalho com pessoas, agora apenas a literatura técnica, baseada em estatísticas e evidencias é que conta.

A bem da verdade é bom que se mencione que já existe algumas iniciativas no sentido de se cuidar da vida subjetiva do médico, são alguns programas no âmbito das associações de classe, (CRM, conselho regional de medician, associação médica) e algumas faculdades de medicina, que mais denunciam a existência do problema do que sinalizam um mudança de paradigma quanto a subjetividade do médico.(Cremesp 2014). A Faculdade de Medicina de Marilia criou o Núcleo de Atendimento Psicológico e Psiquiatrico ao Corpo Discente (NUADI) que realiza orientação aos alunos e encaminhamento para psicoterapia. Segundo pesquisa realizada por este núcleo o nível de estresse entre os estudantes de medicina é maior do que aquele apresentado por alunos de outros cursos. Outro dado interessante desta pesquisa é que as alunas apresentam mais estresse que os alunos. Aqui não podemos invocar a questão da dupla jornada feminina , profissional e dona de casa, para explicar a maior prevlenica do problema nas mulheres pois estamos falando de estudantes que geralmente ainda não trabalham. O que explicaria o maior índice de estresse nas mulheres? Esta questão vai se tornar cada vez mais importante pois estamos assistindo a dois fenômenos na medicina : juvenização e feminilização. Basta entrar em um grande hospital hoje em dia para notar a grande presença de médicos jovens e de médicas. Será que o fato de termos cada vez mais médicas na cena hospitalar vai influenciar a questão da subjetividade na medicina já que as mulheres teriam ,em tese, um lado mais maternal e seriam mais propensas a um acolhimento maior que os homens.? Vai ser preciso espeerarmos um tempo pra se saber a resposta para esta pergunta .

Na Faculade de Medicina da USP , em São Paulo, existe o Grapal (Grupo de Assistencia Psicológica ao Aluno). Segundo Milan , coordenador deste grupo “ o médico enfrenta estesse em três áreas : a profissional (atendimentos difíceis, necessidade de muitos conhecimentos, medo de errar, e falta de perspectiva com a carreira), a situacional (privação de sono, dramas familiares e amororos) e pessoal (saúde). Apesar de todos estes problemas é característica a dificuldade do médico para pedir ajuda quando não esta bem. Segundo estudo do Cremesp (Jornal do cremesp) os médicos levam em media sete anos e meio para procurar ajuda correndo o risco de a doença se agravar. Para facilitar o acesso do médico aos tratamentos foi criado em São Paulo um nucleio de atendimento exclusivo para os médicos dependentes clínicos. O que esta dificuldade de procurar ajuda nos faz pensar ? Dentre as várias possibilidades podemos citar a dificuldade que o médico tem para deixar o lugar imaginário de mestre, de onipotente, para se colocar no lugar de páciente falível e humano. Neste sentido além de um difulcade metodologica paraa presença da subjetividade na mentalidade do médico teríamos também um dificuldade de ordem psicológica mas também ideológica.

O poder da Medicina

O discurso médico científico que organiza a cena hospitalar é da natureza hegemônica, totalitária, não é um entre vários outros, exige adesão ou exclusão, algo do tipo ame-o ou deixe-o. Para que a medicina funcione a contento as pessoas tem que desempenhar o papel já estabelecido com características bem defiunidas e sem lugar para a singularidade, para a individualidade do sujeito. Como vimos a estrutura da medicina é composta por três lugares o domedico, o do paciente, e da doença. Considerando o lugar do médico e o lugar do paciente fica estabelecido que o primeiro sabe e o segundo se

submete, e se submete sem poder colocar em pauta sua intimidade sua singularidade, apenas pode colocar em pauta sua intimidade física. Comentando os vários discursos presentes na cena hospitalar Coutinho Jorge (1983) afirma que “ através das diversas etapas pelas quais se efetua o ato médico, ou seja, as etapas dos diagnóstico, do prognóstico, e da terapêutica o que se configura é um discurso totalitário que exclui a diferença único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar”(p 18).

Quando esta organização é questionada pelo paciente que insiste, minimamente, em ser sujeito, em ser agente e saber algo de si e da doença, querendo ir andando quando a prescrição diz para ir de cadeira de rodas, recusando submeter-se a a uma cirurgia que os trabalhos científicos apontam como o melhor tratamento para o seu caso, e solicitando sua alta quando a equipe recomenda mais alguns dias de tratamento no hospital, aí a medicina se lembra da psicanálise e a solicita para que convença o doente a ocupar seu lugar de paciente e fazer, para o seu bem, é bom que se ressalte, tudo que se espera dele. Se esta é ou não a função do psicanalista no hospital, a de auxiliar do médico, de ordenador da cena hospitalar para que a medicina funcione, é um tema aberto ao debate mas, que é isto que os médicos esperam dos psicanalistas não resta dúvidas.

A ideologia da medicina científica domina, não apenas a cena hospitalar que é apenas um de seus inúmeros cenários, mas a própria cena social moderna, criando o ideal da vida saudável dirigida pela medicina, e modelando na prática, o dia a dia das pessoas em termos de alimentação, higiene, atividades físicas, sexo, ritmo de trabalho, saúde, doença, prevenção e tratamento. A medicina é nossa companhia constante. Clavreul nos lembra que ela “ esta sempre presente em nossa vida, desde o nosso nascimento numa maternidade até nossa morte num hospital, desde os exames pré-natais até a verificação na autópsia.” (Clavreul pg 41)

. A medicina científica tem atualmente o poder que antigamente era conferido a religião, um poder baseado na autoridade e não na técnica como pode parecer, pois “... mais ainda que a eficácia da medicina, é sua cientificidade que constitui a lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos em parte seja verdadeiro e verificável. Quando uma pessoa adoecia ela se perguntava “qual foi o pecado que eu cometi para deus me castigar assim?”; hoje quando se adoecer vem a mente alguma falta contra os bons princípios da saúde e do sanitarismo apregoados pela medicina científica: “ se estou doente é porque não cuidei bem da saúde, me alimentei mal, tive más hábitos de dia, comi demais, andei de menos, fumei e bebi demais, fiquei muito estressado, Se antes era um pecado contra a religião hoje é um erro relacionado as normas da vida saudável. Do pecado ao erro passamos de um fundamentalismo religioso para um fundamentalismo científico, ambos carregados de culpa e medo.

Este fundamentalismo científico vai muito além da questão da saúde, hoje em dia o termo que garante a importância de alguma coisa é dizer que ela é “ científico”, como se fosse um selo de segurança, de autenticidade, e, por outro lado, a crítica mais contundente que se pode fazer a alguma ideia é acusá-la de não ser científica invalidando prematuramente qualquer outra forma de conhecimento, como a religião, a intuição, a arte, a filosofia e a especulação. A própria psicanálise também tem que se haver com esta questão. Cada vez mais ouvimos o questionamento sobre a psicanálise é ou não científica deixando subentendido que a única forma genuína de se buscar o conhecimento seria a científica. Será?

Osho, (1975) um mestre indiano moderno defendendo a validade de outras formas de conhecimento comenta que ao meio dia, sob a clara luz do sol o homem faz ciência, e que na escuridão da noite, onde quase não se enxerga as coisas o homem faz filosofia, e que ao entardecer sob o lusco-fusco do poente o homem faz poesia. A medicina é idealmente uma prática científica do meio dia enquanto a psicanálise se aproxima muito de uma clínica poética do entardecer. Discutindo o tema da cientificidade da psicanálise Chemaman (1995) diz que “... a linguagem psicanalítica não é apenas um utensílio,

mas conserva seu valor metafórico , algumas vezes poético , mesmo que tente assumir uma dimensão científica.”(p. 244) O saber científico e o saber filosófico operam através de ideais, o primeiro um ideal de clareza, o segundo um ideal de universalização, e tanto em um quanto em outro, o que desaparece é o desejo do sujeito com toda a perturbadora força de sua singularidade. A psicanálise ao se constituir em uma clínica do singular, aliás isto é um pelonasmo pois não existe clínica do universal mas apenas ciência do universal, foge dos ideais tanto quanto seja possível valorizando a individualidade.

Voltando a questão do poder da medicina percebemos que a forma como a medicina modela o nosso dia a dia , embora tenha uma justificativa técnica ,acaba assumindo um caráter quase jurídico. O título de livro de Clavreu, A ordem médica já é uma evidencia desta dimensão ideológica da medicina que se manifesta por um enunciado dogmático como bem exemplifica Coutinho Jorge: “coma isto,não beba aqui, não fume, faça exercícios, ... até a sexualidade sofre os efeitos desta ordenação implícita na prescrição, manter relações sexuais periodicamente ajuda a manter a saúde... o que tem por efeito transformar a vida amorosa do sujeito num dever conjugal o que é exatamente a forma como a ideologia dominante encara a sexualidade por onde se depende o conchavo do discurso medico com o discurso dominante, um utilizando o outro para impor seus limites suas leis e seus ideais” (p 14)

O discurso médico é tão poderoso e tão abrangente que fica difícil sair de sua área de influencia . De fato a cena hospitalar é tão grande e parece tão natural que buscar um lugar fora dela costuma provocar espanto e acusações de loucura ou de tentativa de suicídio, como no caso do antropólogo brasileiro Darcy Ribeiro que fugiu do hospital para ir se tratar com os índios. É loucura uma atitude desta ou será que existe vida e saúde fora do discurso médico?

Elisete achava que sim, seu pai pensava que não, e assim o conflito se fez. Ela estava com 30 anos e grávida novamente. A sua primeira gestação, há uma ano e meio, terminara de uma maneira desastrosa. Quando entrou em trabalho de parto prematuro no final de sétimo mês foi levada apressas para a maternidade mais próxima, e não aquela que havia v

isitado e se programado para ter seu filho de parto natural, não queria saber de cesareana de jeito nenhum. Sem sua médica por perto, ela aceitou o atendimento do plantonista do hospital que, ao que conta do seu prontuario médico, não foi cuidadoso o suficiente, e com o pretexto de aguardar a medica de Elisa , acabou deixando que a situação se complicasse com sofrimento fetal e nascimento do bebe praticamente morto através de uma cesareana feita as pressas. Recuperado nos instantes seguintes pela equipe de neonatologia do hospital o bebe sobreviveu ao parto e foi encaminhado a UTI neonatal. Daí para a frente foi um longo e turbulento período de cirurgias no bebe para tentar salvar sua vida. Foram 40 dias de internação e sei cirurgias mas infelizmente ele não resistiu.

Elisete ficou muito abalada. Mas era uma mulher valente e seguiu em frente. Seis meses depois, inesperadamente, estava grávida novamente o que deixou a família toda feliz mas muito preocupada , até porque segundo a medica o nascimento prematuro do primeiro bebe era conseqüencia de uma incontinência cervico uterina, ou seja, o colo do útero de Elisete era complasnete e se abria antes da hora. Portanto esta era uma grávida de alto risco que pedia repouso absoluto nos últimos meses. Foram cinco meses literalmente na cama, ate para fazer xixi e tomar banho. Elisete não reclamava seu desejo de ser mãe era enorme, e seu marido e sua mãe se desdobravam em cuidados.Elisete era professora de história e adepta de uma vida mais natural , chegando mesmo a cogitar a possibilidade de ir viver em uma comunidade de agricultura alternativa. Em relação a gravidez queria ter o seu filho da maneira mais natural possível por isto contratou uma doula. (definir doula) Como a sua médica disse

que que não trabalhava “desta maneira “ ela trocou de médica para uma profissional mais afinada com suas ideias . A nova médica disse que tudo bem, a doula podeira entrar na sala de parto mas que isto em nada mudaria sua conduta, se fosse preciso ela faria sim uma cesareana. O pai de Elisete, um engenheiro elétrico, homem bastante racional e pratico , achava aquilo tudo simplesmente uma loucura. Depois do acontecido no primeiro parto ela deveria se preocupar mis com segurança do bebe e dela própria e deixarestas ideias naturalistas para la, e ele fazia questão de deixar isto claro para sua filha , o que acabava gerando algumas discussões.

No dia do parto as coisas se complicaram. Logo que as primeiras contrações começaram o pai queria que o marido levasse Elisete para a maternidade, mas Elisete e a doula achavam que não era preciso, ela queria ficar em casa o maximo possível indo para o hospital apenas na ultima hora. Com medo de que a situação se repetisse o pai forçava a barra a ponto de elisete dizer que a vida e a casa era dela e madouo pai ir embora. No fim das contas deu tudo certo, ela foi para a maternidade na ultima hora e o bebe nasceu bem, do jetio que ela queria, dentro de uma banheira com água morna , em uma sala de parto especial mantida por uma grande maternidade paulistana.

Se Darcy Ribeiro resolveu *mudar de cena* , preferindo a cena indígena a cena hospitalar , Elisete resolveu *mudar a cena*, decidindo ficar na cena hospitalar, o mínimo possível é certo, e introduzir ai sua singularidade sua subjetividade, a um custo muito alto que talvez apenas ela saib a o quanto, pois alem de enfrentar o descrédito dos médicos, de quem não podia abrir mão totalmente, precisou suportar também a pressão familiar, e quem sabe sua própria insegurança nos prováveis momentos de dúvida. Mas ela foi em frente e sustentou de forma admirável o seu desejo.

É notável a reação médica a esta tentativa de questionar o discurso do mestre e do universitário. A primeira médica simplesmente se recusou a participar da cena conforme proposta pela paciente, a única maneira aceitável para ela de tratar a gestação de elisete era a precoizada pela medicina científica. A segunda médica aceitou a presença da doula mas deixou claro que isto era uma conseção não uma mudança de discurso, ela continua sabendo o que deve ser feito, e vai faze-lo se achar que precisa. É como se ela desce umapiscadela condescendete dizendo “ deixa, pode deixar , se as coisas se complicarem a medicina assume”. Bem , alguém poderia criticar ou recusar esta forma digamos parcial de inclusão de uma outra forma de saber que não o discurso científico e autoriatario? Sim, Darcy fez isto, e algumas mulheres que optam pelo parto em casa parecm seguir na direção de uma recusa total da medicina. Mas não é fácil fazer isto, a história de elisete demonstra que onde se encheriga uma recusa total podemos encontrar, quando olhamos com mais cuiddo, apenas uma forma parcial. Em suas várias discussões com o pai sobre a questão dos risco envolvidos em ser cuidada por uma doula ela acaba argumetnado que a doula que ela contratou era antes uma enfermeira obstetriz que tinha feito curso na universidade e tinha muita pratica ou seja, faz uma referencia ultima ao discurso medico científico como garantidor de seurança de sua escolha. Là no fundo colocamos a base segura do discurso científico msmo quando aparetemente nos valemos de outras formas de tratamento, o que apenas demonstra a força e abrangencia destediscurso como mencionamos acima Embora tenha assumido uma posição de saber Elisete não pode, na situação limite, lutar contra este discurso do mestre. É natural, afinal a ideologia médica não domina nossas mentes, ela praticamente estrutura nosas mentes. De tão poderosa a medicina até pode tolerar alguns descrentes, como Darcy elisete e outros, porque no final, como diz Clavreul “eles não deixarão de recorrer aos ritos de circunstancia, e os ritos serão salvadores e a cura do descrente será também a ruína de sua va revolta.(clavreul p 41)

Um trecho de livro de claveu sobre esta questão das possibilidades de recusa da ordem médica mercê ser transcrito na integra devido a sua clareza e poder de síntese: “ a ordem médica é mais poderosa que o mais poderoso ditador , e ,as vezes, tão cruel. Não se pode

resistir a ela , porque não se tem nenhuma razão a lhe opor... cada um de nos é seduzido , conquistado, menos por seus resultados terapêuticos que pela extensão e e certeza do saber medico, e menos por etas que pela permanencia de sua ordem no momento emque nosso próprio corpo nos abandona. Mas também a medicina nos reduz ao silencio, nenhuma razão é objetável a razão médica, e o medico não recolhe sde seu paciente senão o que pode ter lugar no discurso médico. NÃO SE PODE PRETENDER SALVAR AO MESO TEMPO O DISCURSOMEDICO E ODISCURSO DO PACIENTE “” (p 47)

Embora esteja no código de ética medica que o medico deve oferecer ao paciente as varias opções de tratamento e adotar aquela que ele escolher, os profissionais de saúde tem muita dificuldade em lidar com o paciente que opta pela “plano b”, deixando a recomendação médica de lado. A leitura que o médico faz desta situação é a de que o paciente não quer se curar e sente vontade de se afastar do caso, e muitas vezes o faz, direta ou indiretamente. Parece que a única liberade que é concedida ao paciente á a da alta a pedido e não a da escolha do tratamento. Em medicina paciente difícil é um termo que designa não o paciente grave com uma doença difícil de curar, este é o caso interessante, o termo paciente difícil se refere aquele paciente que não aceita bem as regras do hospital, que não quer desmpenhar seu apapel de doente conforme se espera dele, passividade , submissão e coinfiança na medicina e nos seus representantes médicos e enfermeiros. O paciente pode é claro trocar de médico, mas não trocara com isto o discurso que o dirige que pode ser resumido mais ou menos nos seguintes termos de Clavreul “ o médico sabe melhor do que você o que convem para seu bem, sua liberdade consiste em escolher o seu senhor “ clvreul (p 31.)

Alem disto, do ponto de vista do ideário médico, quem recusa a medicina corre o risco de esta ficando louco ou comentendo suicídio, o paciente pode ir ate certo ponto, alem do qual entre num campo inado, pela morte no caso da medicina e pela loucura no caso da psiquiatria. E nestes casos é muito comuno a nalista ser chamado para confirmar tal avaliação e justificar as medidas coercitivas protetoras adequadas..

Certo dia apareceu no pronto-socorro um homem se queixando de um inchaço nos testículos. Ao ser examinado notou-se que havia uma sutura cirúrgica na bolsa escrotal que de fato encontrava-se edemaciada , bastante inchada e com sinais de inflamação, mas não de infecção. Apesar da evidencia de uma cirurgia recente o homem negava ter estado em qualquer hospital nos últimos meses. Depois de alguma insistência dos médicos ele decidiu-se a contar sua história. Tinha 35 anos, era casado , com dois filhos, e trabalhava em um escritório de contabilidade e se definia como evangélico do ponto de vista religioso. Disse que sua vida era tranquila tanto do potno de vista profisional como familiar e matrimonial, a não ser por um aspecto: ele pensava muito em sexo. Sua vida sexual era satisfatória com sua esposa e ele era fiel a ela, mas não parava de pensar em sexo e isto o incomodava e lhe roubava muito tempo e energia. Pesquisando sobre o assunto leu que a testosterona era responsável pelo desejo sexual e que que era produzida nos testículos e então pensou que uma forma de resolver o problema seria a retirada dos testículos. A partir daí começou a ler e estudar na internet sobre a técnica cirurgica mais adeuada ao seu caso e depois de alguns meses de estudo comprou material cirurgico e fez ele próprio sua cirurgia de castração. Segundo o cirurgião que ao atendeu no pronto-socorro a técnica cirúrgica que ele usou foi adequada e o edema poderia ter acontecido mesmo se ele tivessie sido operado em um centro cirúrgico hospitalar, ele “ foi um bom medico de si mesmo “.A equipe do pronto-socorro ficou preocupada achando que este homeme poderia ser louco , então pediu uma avaliação da equipe de psicologia. O psicólogo foi chamado e após uma entrevista concluiu que não havia qualquer sinal de doença mental neste homem, ele era calmo, seu contato social era bstante adequado e parecia compreender bem o que tinha feito e não estava arrependido , queira apenas resolver o problema do inchaço, e disse que tinha conversado com sua esposa sobre tudo isto e que os dois estavam de acordo e

recusou qualquer ajuda de natureza psicológica, tudo o que ele queria era resolver o problema do inchaço. Depois dos procedimentos de drenagem do coágulo que havia se formado na bolsa escrotal, foi prescrito antibiotocoterapia preventivamente, e dada alguma orientação sobre os curativos a serem feitos. Finalmente ele foi, com muita, muita relutância, liberado do pronto socorro. Se para a medicação era loucura ser médico de si mesmo para a psicanálise era significativo o ato de auto-castração, mas para o paciente não havia nenhuma questão. O que faria o leitor se estivesse no lugar do psicanalista chamado, recomendaria a liberação do paciente?

A linguagem médica

A medicina impõe seu discurso e opera a desobjetivação não apenas pelos atos mas também pelo jeito de falar, pelas palavras. Valendo-se de um jargão que o paciente não domina efetivamente, embora conheça de ouvir falar pela ampla penetração do discurso médico nas mais diferentes mídias, a medicina mantém o saber restrito aos iniciados que dominam esta espécie de idioma. É bom que se diga, para evitar um maniqueísmo ingênuo, que este é um procedimento adotado pelas mais diferentes disciplinas, incluindo aí, a própria psicologia e em especial a psicanálise. Imagine o leitor que tenha ido a uma festa, e por um acaso, acabou ficando em uma mesa com um grupo de economistas que conversam animada em seu “economês típico”. Como será que vai sentir-se? Provavelmente tão excluído quanto aquela sua prima que veio lhe visitar e você a levou para sair com seus amigos psicanalistas que também, não menos empolgados, comentam os últimos acontecimentos através do seu “lacanes”. A linguagem é poderosa, tanto aproxima quanto afasta. Lembremos apenas a título de ilustração histórica a polemica, no seio do catolicismo, sobre o uso do latim nas missas, que apenas os iniciados entendiam, ou o uso da língua do povo que toda a multidão de fieis podia entender.

Aparentemente a linguagem médica tem apenas uma função científica, a saber, conduzir o pensamento em busca do conhecimento, mas acaba gerando duas outras consequências. Uma é esta de manter o poder pela restrição do saber, e a outra é a exclusão de tudo o que seja incerto, duvidoso, variável, em uma palavra, subjetivo. Colocando as coisas desta maneira fica parecendo que a desobjetivação é um mero efeito colateral da ciência, mas alguns autores, que abordam o tema de um jeito mais sociológico, nos advertem que as coisas podem não ser tão simples assim.

Estamos acostumados a pensar na ciência como um empreendimento humano que busca alcançar um conhecimento racional do mundo para modificá-lo a nosso favor, mas também podemos pensar na ciência como um gigantesco esforço para eliminar a angústia da vida cotidiana através da exclusão sistemática da incerteza e do desconhecido. A ciência é muito boa para gerar uma sensação de segurança, nos faz bem pensarmos que podemos conhecer a fundo e com exatidão uma doença, isto cria a sensação que somos fortes e que temos como combatê-la. Mas se não é possível conhecer uma coisa de forma exata, precisa e sem contradições, então a ciência considera que não vale a pena o esforço e não leva em conta que esta coisa na sua equação para compreender o mundo. Este fazer de conta epistemológico cria uma ilusória sensação de segurança existencial. Berlinck (2000) chega mesmo a sugerir a existência, de uma espécie de projeto de erradicação do sujeito, a junto sua angústia, no seio da cultura contemporânea que se vale do cientificismo como um instrumento. Desta maneira o apagamento do sujeito passa de efeito colateral a objetivo principal. Como a confirmar esta visão podemos mencionar que o analista que atende em seu consultório privado também se depapara com esta tendência a fuga da subjetividade seja nos sintomas ou nas demandas de cura rápida e indolor dos pacientes que lhe procuram para análise. Nossa época nada quer saber da angústia, esta companheira inseparável da subjetividade, seja no hospital ou fora dele. O analista que labuta no hospital, ao

valorizar a subjetividade e se dispor a lidar, de alguma maneira com a angustia ligada ao adoecimento, encontra-se na contra-mão duas vezes, dentro e fora do hospital.

Mas voltemos ao vocabulário médico e vejamos de que maneira ele contribui, ou é utilizado, nesta tentativa de objetivação do processo do adoecimento. A linguagem médica é unívoca, enquanto a da psicanálise é equivocada. Uma linguagem é unívoca quando cada termo tem apenas um sentido, assim febre é temperatura acima de 37,8, e hemorragia é extravasamento de sangue para fora dos vasos. Por outro lado diz-se que uma linguagem é equivocada quando o mesmo termo pode assumir muitos sentidos, como temos no termo pulso que se refere tanto a um estado físico quanto psíquico, ou, mais significativo ainda, o conceito de inconsciente. Experimente o leitor que trabalha em um hospital explicar para seus colegas o que é o inconsciente e se verá em sério apuro epistemológico pois terá que explicar muitas vezes e de muitas maneiras diferentes e ainda assim terminará com a sensação de não conseguir transmitir claramente o que se entende por inconsciente.

A ciência busca ser a mais unívoca possível, o mais exato que conseguir, eliminando o duplo sentido, enquanto a psicanálise faz dos múltiplos sentidos o seu caminho de trabalho. A psicanálise, por sua vez, não visa evitar o erro e o engano, chegando mesmo a tomá-los como objeto, como caminho epistemológico e clínico, vide a questão dos atos falhos. Neste aspecto da linguagem temos uma antinomia entre medicina e psicanálise, a primeira uma ciência que deve ser construída sobre conceitos fundamentalmente claros e nitidamente definidos e a segunda uma prática na qual, segundo Clavreul (1983) ideias claras e distintas não funcionam muito bem “pois a polissemia é necessária para se explorar a dimensão inconsciente das palavras”. (p. 110) A técnica psicanalítica trabalha desgastando a palavra de todos os seus sentidos e não fixando um só e fazendo e conta que os outros não existem. É pela análise dos múltiplos significados que um significante tem para um sujeito que se faz a análise. Convida-se o sujeito a falar e a falar, a dizer uma e muitas vezes, e de cada vez com um sentido diferente, o significante a que se sente preso até que em algum momento ocorre uma diminuição da força significante. É por uma espécie de diluição e não por uma espécie de resolução exata que opera a psicanálise, o fim de uma análise não é encontrar o valor de x , que permanece podendo ser muitos, o fim da análise se dá quando o paciente não se pergunta mais sobre o valor r de x ; não é pela resolução mas pela dissolução que opera a psicanálise.

A medicina não, seu ideal é o das ciências exatas: encontrar o valor de x , e para alcançar este ideal o médico tem de traduzir o que o paciente diz, sua queixa, em termos que podem ser encaixados e trabalhados pelo discurso médico. Para trabalhar matematicamente eu preciso transformar as coisas em números, nem que sejam letras que funcionam como números, como ocorre no cálculo algébrico. A álgebra médica reduz o sentido dos diferentes ditos do sujeito aquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico. É assim que “uma coisa aqui no peito”, uma agonia, uma angústia, vira simplesmente dispnéia. Isto tem suas vantagens, é evidente, mas leva ao estabelecimento de uma padronização, de uma igualdade e como sabemos o sujeito tem tudo a ver é com a diferença, com a singularidade. Diferentemente do médico que traduz o dito do paciente o psicanalista pontua este dito devolvendo-o ao sujeito com esta nova sintaxe considerando que isto haverá de gerar algum efeito no psiquismo deste último. A medicina fala em terceira pessoa, o dito vira informação, a psicanálise fala em primeira pessoa, a interpretação psicanalítica se esforça ao máximo para manter o dito do paciente. Mas se o analista, encantado com a metapsicologia psicanalítica, traduzir o dito do paciente em termos técnicos da psicanálise estará também, como o médico, apagando o sujeito em prol de sua formalização teórica. Para entender a força que esta linguagem unívoca da medicina sobre a mente do médico basta o psicanalista se dar conta do feitiço exercido pela teorização psicanalítica em sua própria mente. Saber usar a teoria para ampliar a compreensão, evitando que ela não apague a singularidade do

sujeito é uma difícil tarefa para os clínicos, seja eles médicos ou psicanalistas. A teoria é extremamente sedutora, um verdadeiro canto das sereias.

A questão do vocabulário médico inclui não apenas a clínica mas também a forma como o conhecimento é transmitido em medicina. É notória a importância que os psicanalistas atribuem a esta questão e não se cansam de debater sobre a questão do onde e como se transmite o saber em psicanálise. Esta é uma questão retórica em medicina, ninguém fica debataendo sobre a linguagem médica, já está estabelecido que quanto mais clara e unívoca ela for melhor. Basta ler uma revista de medicina para se ver como os artigos e a linguagem são padronizadas. Clavreul (1983) comenta esta questão: “A biblioteca do médico não tem necessidade de ser abundante. É suficiente que se encontremos tratados, os compêndios, mais freqüentemente os resumos e os manuais, e mesmo os folhetos de laboratórios farmacêuticos. Seria vão e injurioso deplorar isto. Um estilo conciso, sem vãs considerações, que se inscreve diretamente em uma prática é o único que convém aos médicos. Nada os convence mais do que um enunciado preciso sobre uma doença, uma indicação terapêutica, ou um remédio novo.” (p.41)

Por tratar a questão da linguagem com excessiva objetividade a medicina esquece-se que a palavra pertence quem escuta, esquecimento este responsável por muita confusão na cena hospitalar. O médico conversa com o paciente, lhe comunica um diagnóstico ou lhe recomenda uma prescrição e sente que já fez o seu trabalho, pensando mais ou menos assim “eu já falei”, esquecendo-se de considerar o que foi que o paciente ouviu. O paciente não faz o que recomendou o médico, ou faz parcialmente, e quando confrontado retruca, honestamente, que não, não foi isso que o médico disse, que foi outra coisa. Outras vezes o paciente reclama que o médico não o informou disto ou daquilo, sendo que o médico de fato o fez. Uma pesquisa feita na sala de espera de consultórios médicos na Inglaterra perguntava aos pacientes que saíam da sala do médico o que este havia lhe recomendado. O resultado foi desconcertante. A maioria dos pacientes não lembravam com clareza o que o médico havia lhe dito minutos atrás. É surpreendente constatar que o paciente não ouve o que o médico diz. Chega a ser paradoxal. O paciente quer muito saber o que o médico acha, mas acaba mesmo escutando o que seu desejo, seu temor, suas esperanças determinam. O que um paciente ouve depende não apenas do que diz o médico mas do que ele, paciente, está sentindo, pensando, temendo ou desejando durante a conversa e estas coisas geralmente não entram no cálculo da comunicação médica. Acontece que existe muito mais coisas entre o emissor, a mensagem e receptor do que supõe a objetividade médica, existe o sujeito.

O paciente

A medicina cuida do paciente, ninguém pode duvidar disto, mas como uma mãe zelosa, as vezes superprotetora, pode acabar sufocando o filho com seu amor. De um ponto de vista psicanalítico pode-se dizer que a medicina cuida do paciente embora não cuide do sujeito. Não é verdade que o médico não ouve o paciente, ele ouve, mas daquilo que ouve presta atenção apenas na parte que contribui para o raciocínio científico, escuta apenas aquilo que tem valor de informação, o mais ele deixa pra lá. Havia, há algum tempo, na televisão brasileira um programa chamado “Qual é a música?” Era um competição musical na qual os participantes tinham que adivinhar uma música pelas notas tocadas por um maestro em um piano. Ganhava quem adivinhasse o nome da música com menos notas. Os mais habilidosos eram capazes de identificar a música as vezes com apenas uma nota tocada. Este é o ideal da medicina. Espera-se que os médicos sejam tão bem treinados, conheçam tão bem as doenças que sejam capazes de dizer o que está acontecendo com o mínimo de informação possível. Os especialistas são capazes de fazer uma hipótese diagnóstica razoavelmente certa com umas poucas palavras pronunciadas pelo paciente. Pronto, daí para a frente não interessa mais o que o paciente tem a dizer sobre a sua doença, mas o paciente insiste, ele quer tocar a música

toda, e o médico, do ponto da medicina científica não precisa mesmo da música toda, ele é bastante capaz de trabalhar com umas poucas notas, notas estas, diga-se de passagem, que não envolvem a singularidade do paciente, suas vivências internas nem sua história pessoal, referem-se aos sinais e sintomas universais que estão presentes em todas as pessoas com aquela patologia. É assim que funciona a medicina, mas a psicanálise vem lembrar que a fala do paciente não é apenas informação para o médico, ela é elaboração para o próprio paciente. Diante de um diagnóstico rápido, e geralmente acertado, o paciente sente-se inseguro pois acredita que não passou todas as informações para o médico, e além disto não se sente acolhido, ficando mesmo ressentido por não ter sido escutado por alguém a quem atribui transferencialmente um saber sobre sua pessoa.

Quando consideramos o progresso tecnológico da medicina atual, em especial a medicina por imagem, percebemos que as coisas tendem a ficar cada vez pior. Por enquanto o paciente ainda fala, funciona como uma espécie de informante, mas daqui há alguns anos não mais será necessária sua palavra, este papel do sujeito como informante se tornará obsoleto. A medicina busca marcadores biológicos que, independente do que diga um paciente, seja capaz de fazer o diagnóstico e as máquinas de ressonância magnética e de tomografia computadorizada dirão mais sobre o seu corpo do que suas palavras. O sujeito não precisará dizer mais nada, nem mesmo a queixa, bastará apresentar passivamente seu corpo e aguardar o veredicto do que vai mal em seu organismo. Que valor tem a longa e confusa descrição de um paciente sobre a sua sensação de queimação no estômago diante da imagem clara de uma endoscopia? Que valor terá a elaborada descrição das dificuldades para urinar de um paciente diante do exame de “psa” (explicar em nota) e do ultrassom de próstata para diagnóstico do câncer de próstata?

A medicina se constitui cada vez mais em uma clínica da imagem, e assim vai se sobrepondo a uma clínica da escuta. Dito assim parece que a escuta vai ser desnecessária, mas isto é um engano, pois uma clínica não se faz apenas com diagnósticos, é preciso uma terapêutica e a função terapêutica da palavra não foi, e não há sinais de que venha a se tornar desnecessária do ponto de vista do sujeito, embora, seja desnecessária do ponto de vista da medicina.

Era um atendimento domiciliar. Américo tanto insistiu que consegui ser transferido para sua casa em um esquema de home-care, coisa que seu médico e sua família eram contra. Ele tinha quase 80 anos e sofria com um câncer de intestino descoberto há seis meses em um estágio relativamente avançado que não permitia grandes intervenções terapêuticas, e que praticamente não respondeu ao tratamento quimioterápico. Naqueles dias ele sofria muito com os repetidos edemas pulmonares que precisavam ser drenados para que ele respirasse um pouco melhor. Há uma semana ele havia sido transferido para a UTI devido a uma complicação pulmonar, mas insistiu que não queria ficar mais ali e fez a família não apenas pedir a transferência para o quarto como também prometer que mesmo que ele piorasse muito não seria mais internado na UTI. A família concordou e agora ele insistia, já que seu quadro era estável, em ir para casa com home-care. Lá estava seu escritório onde ele podia trabalhar, e quanta coisa havia para ele fazer. Américo era padre, o vigário da cidade, e fazia parte as suas atribuições organizar a festa anual da padroeira da cidade, um evento que ele cuidava, e fiera crescer, nos últimos vinte anos. O médico que cuidava dele era seu amigo pessoal e embora relutante aceitou a transferência para o domicílio. O psicanalista vinha realizando atendimento no hospital e agora passou a atendê-lo em casa. No hospital as conversas giravam em torno deste questão de ele poder controlar sua própria vida, seu próprio tratamento e nas reuniões da equipe e da família o psicólogo sustentava que seria importante preservar esta sua autonomia. O psicólogo não dizia, mas pensava, que este era seu trabalho, criar condições para a emergência do desejo do sujeito. Durante um dos atendimentos no domicílio o médico chegou para

sua visita rotneira e Americo se queixão de que não estva muito bem, vc esta se sentido mal, pergundou dr. Tavares? Não, não é mal estar . Então o que é , insistiu o méedico, dói em algum lugar, não consegue respirar? Não não é isso, e... , acho que é uma ausência de bem estar. O medico relaxou e comentou ah bem, isto é conversa de psicólogo , e olhando para o psicólogo, disse isto agora é com vc. Se fosse mal estar era com a mediciana e ele saberia muito bem o que fazer com aquela demanda, onde dói, como começa, o que piora, o que melhora e etc. Mas ausência de bem estar o deixava desarmado, o que fazer com esta conversa? Ele não sabia, isto não era um sintoma listado nos protocolos que ele seguia para o tratamento de seus doentes, então o que não esta nos protocolos médicos mas insisite em se fazer presente na cena hospitalar encaminha-se a conversa para o psicólogo. O discurso do paciense só é levado a serio quando se encaixa no discurso da medicna. “a fala do sujeito é ouvida apenas para ser descartada imediatamente, onde se depreende a função silenciadora do discurso medico e seu posicionamento exatamente inverso ao da psicanálise a onde a função eminentemente silenciosa do analista produz a proliferação da fala do sujeito , não constituindo, pois, obstáculo a emergência do sujeito.” E o psicólogo se pos a conversar com Americo. Não insisitu em querer saber o que quer dizer ausência de bem estar , deixou que ele falasse do que quisesse e ele queria falar novamente das preocupções da festa, do seu medo de morrer antes do dia da festa e depois de algum tempo disse que á era hora de parar com a conversa, estava sentido-se bem, mas um pouco cansado, queria dormir.

A Padronização

Uma forma eficaz de se abafar a subjetividade é se recorrer a padronização. Talvez seja mais apropriado dizer que a padronização, ideal perseguido pela cena hospitlar moderna, com o intuito de aumentar eficácia e segurança dos procedimenos da medicina produz também uma dessubjetivação que é bem vinda embora não seja o propósito primeiro. Todo hospital que se preza busca as chamadas certificações, Ona (citar as acreditaç~es)ISSO , ISSO aqueilo. Estas certificações são protocolos minucniosos de funcionamento que garentem uma qualidade mínima aos serviços prestados pela instituição. Estes protocolos padronizam todas as ações, passo a passo , sem deixar lugar para a individualidade. O que acontece é que a singularidade, a individualidade e a subjetividade são desestruturantes, desarrumantes, e a cena hospitalr buscam o máximo de arrumação possível. Se o paciente quiser passar pelo processo de adoecimento do seu jeito vai ter que brigar muito para isto pois o hospital tende a determinar como o pciente deve viver e morrer em suas dependências. O trabalho do psicanalista no hospital tem muito , muito mesmo, a ver com esta questão, já que por definição visa o sujeito, e a singularidade de seu desejo. O psicanalista se constitui em uma das poucos possibiidades que o paciente tem, na cena hospitalar, de se constituir como sujeito .

A vestimenta é um aspecto da vida hospitalar particularmente influenciada por esta padronização. O branco símbolo da profissão médica é onipresente, já para vestir os pacientes cada hospital adota o seu padrão, avental, batas e lençóis de uma determinada cor, o que não pode é o paciente usar suas próprias roupas , as vezes ate gorros, meias e “paninhos particulares “ podem ser questionados. Pequenos detalhes na vestimenta podem ser importantes para o paciente em sua tentativa de manter-se minimamente suejito no meio deste adoecimento. Se não controla os procedimentos hospitalres ao menos controla seu penteado, seus olhos, sua roupa , seus brincos , etc.Sobre isto Coutinho Jorge (1983) comenta que “ a exigencia do uniforme, tanto para o medico quanto para o doente hospitalizado – do mesmomodo que no exercito ,no presídio e no convento – parece adquiririri sua significação não apenas na necessidade de identificação

imediate do sujeito ou das regras de higiene e de assepsia, mas também da uniformização”(p 13)

Cada vez mais os protocolos vão dominando a cena hospitalar. Protocolo é uma sequência de ações previstas e estabelecidas para se resolver um problema. Há protocolo para tudo no hospital, protocolo para a internação, protocolo da enfermagem para receber o paciente no quarto, protocolo de queda, protocolo de parada cardíaca, há protocolo, para o que é útil e desejável, como por exemplo o protocolo para evitar a troca de pacientes através de um sequencias de conferências sobre nome, sobrenome, idade, filiação, pulseiras no braço; mas também há protocolos inúteis e mais atrapalham do que ajuda. É por incrível que pareça existe até protocolo para o atendimento psicológico. O que temos aqui é o discurso médico engolindo o discurso psicológico, que no afã de ser legitimado no hospital deixa-se levar por esta maníaca necessidade de previsão, controle e padronização da medicina. Que a medicina valha-se dos protocolos até pode ser, afinal muitos benefícios para o paciente e para a ciência vem daí, mas a psicologia o que consegue com isto? Nada, ao contrário, perde sua especificidade que é cuidar justamente do que é singular, particular, diferente, ou seja, do sujeito. Este ponto marca uma radical diferença na cena hospitalar entre a psicologia hospitalar e a psicanálise. A psicologia costuma entrar sem muitas críticas neste movimento de protocolos enquanto os psicanalistas adotam uma postura mais crítica e resistem a isto, até porque no instante em que não resistem deixam a psicanálise de lado, pois como definimos acima a psicanálise é uma clínica em pé, entre muitos, pela palavra e direcionada para o sujeito e como sabemos o sujeito some diante de qualquer padronização.

Muitas razões levam a esta assimilação da psicologia pela medicina e uma delas é a questão da produção científica e da publicação dos trabalhos. O psicólogo não está no hospital apenas como clínico está também como pesquisador, como aluno de mestrados doutorados, e para que um trabalho seja publicado as revistas científicas exigem que tenham sido feitos dentro dos preceitos da medicina baseada em evidência, ou seja, protocolos e quantificação. Esta questão da publicação não é uma veleidade egoísta nem é periférica pois tem a ver também com o lado econômico, pois é pelo número de publicações que os profissionais, as equipes e serviços conseguem financiamentos de suas atividades, e embora pouco se fale desta questão a psicologia hospitalar e a psicanálise no hospital são também formas de se ganhar a vida, forma de se ganhar dinheiro.

Ao adoecer e procurar a medicina a pessoa assume o papel de paciente, papel que já está minuciosamente escrito com falas e ações muito bem estabelecidas, na verdade muito bem padronizadas não admitindo variações individuais, não podendo ser modificado de acordo com a personalidade do paciente. Qualquer pessoa pode assumir este papel, mas assumido este papel praticamente deixa de ser uma pessoa (ocorre uma despersonalização, na expressão de Angerami(1996) que fala que ao adoecer a pessoa deixa de ser sujeito das atenções e vira objeto das atenções.

Em um sábado pela manhã a aula no curso de especialização em psicologia da saúde desenrola-se tranquilamente até que na hora do intervalo uma das alunas, ao se levantar para ir a continha pisa de mal jeito e cai. Não se machuca e tenta se levantar imediatamente, mas logo descobre que não consegue colocar o pé direito no chão tamanha é a dor que sente no tornozelo. Pronto, a partir deste ponto Aline não manda mais em si mesma, as amigas se aproximam e ajudando-a sentar-se novamente passam a tomar conta dela carinhosamente. O que foi? Tá doendo? perguntam solícitas enquanto examinam seu pé de forma muito cuidadosa, não tardando o diagnóstico, torceu o tornozelo, nem a prescrição: é melhor colocar gelo. De nada valem os protestos de Aline tentando manter o controle de sua situação, não foi nada, já passou, eu vou tomar café. De jeito nenhum, dizem as amigas, pode piorar você ficar andando,

fique aqui que eu vou buscar o café para voce. O que você quer , café ou suco? Sim, talvez seja bom ser cuidada, talvez Aline sinta-se importante e querida, ou talvez sintasse presa e sem liberdade , sem poder nem mesmo decidir se vai tomar um café. Quando resolveu que ia embora para casa no fim da aula as coisas pioram ainda mais: alguém já haiva ligado para seu namorado, sem ela saber, e ele estava vindo busca-la r de carro. Se um simples torção de tornozelo, sem maiores consequências prorduz este efeito devstador na autonomia de uma pessoa o que dizer de uma doença de fato que leve inclusive a hospitalaização. Tomar água, e ir ao banheiro, coisas rotineiras, deixam de ser e se transformam em ponto de discussão, passam a precisar de autorização, é assim o mundo do hospital perde-se a autonomia. O paciente não decide mais nada, nem mesmo o jeito como se deita na cama é de sua autoria, já esta prescrito , pernas para cima , cabeceira elevada, mudar de posição de 4 em 4 hs para evitar escaras, e por ai vai. Para algumas pessoas esta posição de objeto das atenções não incomoda, então esta tudo certo, mas para outras pode ser fonte de sofrimento extra acrescido ao sofrimnto da doença. Para estas ultimas talvez seja importante a presença de um psicanalista que lhe possibilite recuperar o lugar de sujeito, nem que seja decidindo se a janela fica aberta ou fechada. E se a janela não puder ser aberta, porque as vezes pode mesmo fazer mal ao paciente, o psicanalista continua seu trabalho, que para bem alem de fechar ou abrir janelas, constitui-se mesmo numa oferta de escuta que facilite ao paciente a assunção de seu lugar de sujeito falando seja la sobre o que for. Para a psicanálise quando não há mais nada a ser feito ainda há uma coisa a ser feita: falar.

Relação médico paciente

Fala-se muito na relação médico-paciente, na verdade deseja-se muito a realção médico-paciente pois é esta uma das três coisas que mais fazem faltam na medicina, as outras duas se referem a acesso e custos. A medicina moderna não costuma ser criticada por falta de competência, as reclamações principas são em relação a dificuldade de acesso aos serviços médicos, aos altos custos destes serviços (sejam para governos, convênios ou particulares) e a ausência de uma relação mais humana entre os profissionas da saude e o paciente. Qualquer pessoa que adoece e passa a ser cuidada pela medicina gostaria de sentir que quem cuida tem um interesse genuinino por sua pessoa, que tem tempo para lhe ouvir, além é claro de ser competente. Se ela encontrar atendimento competente devera se dar por satisfeita , pois as outras duas coisas, interesse pessoal e etempo para escutar são artigos muito raros na cena hospitalar. Será que é legitimo o paciente esperar algo mais do que a competência técnica da medicina? Légitimo ou não é o que acontece pois a maioria de nos ao doecer acaba entrando em uma espécie de regressão psicológica e demanda não apenas cuidado técnico mas também amor. Na hora da doença, como em qualquer hora de grande perigo clamamos por deus ou pela mãe, mas também procuramos o médico. O lugar do médico e de mãe tem uma coisa em comum: decodificar o discurso queixoso. Clavreul (1983) argumenta que “ o doente que recorre ao médico esta na situação da criança que recorre a mãe , pelo fato de que a um e outro imputa, a pessoa que apela, umdiscurso no qual podem interpretar seu apelo” (p 156) CLAVREUL. A mãe sabe o que significa o choro, ou podemos diezer que ela da um significado ao choro do filho, e o médico também dá um umsignificado médico as queixas do paciente relegando o que não tem significado no discurso médico.

A pergunta mais importante não é sobre o que pode esperar o paciente, e sim qual a escolha ética da meidicina? O que ela se propõe a oferecer , técnica e amor , ou apenas técnica? Na hipótese de um escolha pela tecnica e amor poderíamos perguntar de onde vira este amor, pois como demonstramos acima, nem a faculade de medicina nem o discurso médico incluem o amor e subjetividade entre seus temas . Mas, se como ensina

Lacan (1992) ,“amar é dar o que não se tem” ,(p. 49) então haverá esperança mesmo assim de chegarmos a uma medicina mais humanizada..

O corpo médico dos hospitais modernos divide-se em equipes formadas pelo chefe, os assistentes, os residentes, os estagiários, fisioterapeutas, psicólogos, secretárias, etc. Se por um lado isto cria uma estrutura de referencia e amparo para o paciente, afinal vai ter sempre alguém da equipe no hospital para atende-lo, por outro lado torna a relação medico-paciente uma coisa obsoleta, colocando em seu lugar a relação paciente-equipe, uma relação no mais das vezes bastante impessoal. Não é raro um paciente ser internado, operado e ter alta sem nem ter visto a cara do dr. Fulano o chefe da equipe que o operou. O serviço é organizado de forma que os assistentes cuidam do pré e do pós operatório e o chefe entra em cena apenas no tempo principal , momento que geralmente o paciente já se encontra anestesiado. Em um importante hospital de São Paulo o serviço de cirurgia bariátrica opera diariamente nove pacientes. Note-se bem, nove pacientes por dia, cinco dias por semana, quatro semanas por mês, onze meses por ano, e isto há vários anos seguidos; uma verdadeira linha de produção. Há uma vantagem óbvia neste arranjo: o acesso de mais pessoas a um tratamento , mas a impessoalidade é um preço a pagar, ou há um maneira de introduzir uma relação médico-paciente individualizada neste contexto? O que nos interessa aqui é marcar que a impessoalidade é outro mecanismo pelo qual a subjetividade se esvai no hospital. É aquela história da solidão no meio da multidão: o paciente entre tantos mas com pouca intimidade a transferência se rarefaz.

A relação médico-paciente é bastante assimétrica do ponto de vista da intimidade e da subjetividade. O médico se relaciona muito mais com o corpo do paciente do que com a pessoa do paciente. O psicanalista sabe conversar mas não pode tocar o corpo do paciente, já o médico está autorizado a tocar o corpo todo do paciente, nenhum pedaço lhe é vedado , mas raramente se põe a conversar com o paciente, é fato que faz bastante perguntas ao paciente mas anamnese não é a mesma coisa que uma conversa. O discurso médico favorece a intimidade física mas esta não se faz acompanhar de uma intimidade subjetiva.

Na sala de cirurgia número dois do Hospital Universtiaro Grajau , as 3 hs da madrugada a equipe se prepara-se para realizar mais uma cirurgia de emergência. Este hospital está localizado em uma das regiões mais violentas da cidade de São Paulo, e já faz parte da rotina as cirurgias para tentar salvar a vida de homens baleados em assaltos e confrontos com a policia. O cirurgião principal e seus assistentes já estão paramentados , com as mãos enluvadas para o alto, procedimento preconizado para evitar contaminação, esperando pacientemente que o anestesista autorize o inicio do procedimento. Quando o anestesista finalmente autoriza o inicio da cirurgia anunciado que o paciente já encontra-se anestesiado o cirurgião comenta: “ gosto muito do ser humano, mas do pescoço para baixo” mostrando que o seu campo de trabalho começa no campo cirúrgico colocado perpendicularmente ao paciente na altura do pescoço. Do campo cirúrgico para cima fica a cabeça do paciente a cargo do anestesista do campo cirurgico para baixo estão o torax, a barriga e o resto do corpo , e este o campo de trabalho que o cirurgião se refere. Quem olha esta cena pode achar que este cirurgião é um homem frio , que não tem emoções. No caso em questão pudemos verificar que isto não é assim, ele é um cirurgião em treinamento há quatro anos, prestes a conseguir seu titulo de especialista em cirurgia geral, um homem tímido mas muito gentil , que diz ter dificuldades em conversar com as pessoas sente-se melhor com elas quando estão anestesiadas.

A possibilidade de explicar este caso baseando-se numa idiosincrasia do cirurgião em nada diminui a outra vertente explicativa: um exemplo extremo, quase anedótico, embora bastante real, do típico desinteresse da medicina pelo discurso do paciente. O

paciente ideal para a medicina seria “um corpo que fala”, mas que fala pouco e diz apenas aquilo que tem sentido dentro do raciocínio médico.

Para Clavreul (1983) não há diálogo no encontro entre médico e doente, visto que este último está voltado a se calar para deixar a palavra apenas aos sintomas . tampouco há , bem entendido, diálogo entre o psicanalista e seu paciente, mas isto é uma outra história que constitui precisamente o objeto da cura psicanalítica” p 195 CLAVREUL. Este reparo na parte final da frase, sobre a inexistência na psicanálise de uma relação complementar , pessoal e íntima, entre analista e paciente, é uma bem vinda advertência contra a tentação de se tomar a psicanálise como gabarito da medicina. Nem o médico nem o psicanalista colocam sua subjetividade em cena. Na psicanálise esta manobra tem o nome de o lugar do morto. Seria , a posição do médico a mesma coisa?

Ambas são posições tomadas de forma calculada, sem nada de acaso ou acidental, são propositalmente escolhidas por se considerar que desta forma se alcança melhor resultado clínico, mas enquanto na medicina a subjetividade é excluída tanto do médico quanto do paciente , na psicanálise ela é excluída da posição do analista para por em destaque a subjetividade do paciente. Dizer que a subjetividade é excluída só é exato para a medicina já que na psicanálise a subjetividade do analista é apenas velada para que todo o realce fique com a subjetividade do paciente. O lugar do morto é um semblante , o analista sabe que não está nada morto, reconhece a existência de suas pulsões e desejos e , apenas faz de conta que nada há , já o médico talvez acredite mesmo que se livrou de suas particularidades emoções e desejos ao adotar a objetividade científica. O psicanalista leva em conta no seu cálculo a sua subjetividade através da contra-transferência e de mais ou menos horas de análise pessoal, ou seja, a subjetividade do analista é pessoalmente reconhecida e tecnicamente velada, já a do médico, que não entra no seu cálculo clínico, na verdade atrapalha, é excluída tanto pessoalmente quanto tecnicamente , ou seja, é sistematicamente excluída da pessoa do médico e do método por ele usado, o científico . O analista por reconhecer a existência da subjetividade oferece sua presença, seu corpo, para a projeção da subjetividade do sujeito. Lacan (1958 ?) diz que se o paciente paga a análise com dinheiro e angústia o analista também paga, paga com sua presença: “ paga também com a sua pessoa, na medida em que, haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares da transferência” (p. 593) . Já o médico nada tem de similar , não tem nenhum recurso teórico ou técnico para lidar com a subjetividade , então só lhe resta considerá-la inexistente. Ao que parece Lacan está certo, na psicanálise é outra história e tal vez a analogia mais adequada seja entre o lugar do morto, e o lugar do paciente como definido pela medicina. O paciente ideal seria um sujeito morto em um corpo vivo . Parece um pouco exagerado falar em sujeito morto já que o significante com o qual a medicina gosta de se identificar é vivo , então é mais preciso dizer que paciente ideal é sujeito quieto em um corpo vivo.

A doença

Dois personagens e uma ideia, assim se organiza a cena hospitalar: o médico, o paciente e a doença. Desta última quase nada falamos até aqui mas é preciso fazê-lo pois sem discutir a noção de doença reinante na medicina pouco se compreenderá do que se passa na cena hospitalar. Se a psicanálise se organiza em torno da noção de inconsciente a medicina por sua vez se organiza em torno da noção de doença. A discussão sobre o conceito de saúde e doença, o normal e o patológico, é um campo vasto com penetrações filosóficas , antropológicas e sociológicas além da clínica propriamente dita.

A Organização Mundial de Saúde define saúde como o mais perfeito estado de bem estar biopsíquico social. Muito bem, esta noção faz bastante sucesso no campo da psicologia hospitalar pois quebra a hegemonia da questão biológica, mas pense o leitor,

quem você conhecer que encontra-se neste idílico estado de saúde? Provavelmente ninguém, ou pelo menos ninguém por mais de alguns instantes. Mas então estaríamos todos doentes? Também não, o que acontece é que esta definição não serve para clínica. Na verdade este conceito, que vamos denominar de *saúde ideal* é uma ótima definição quando tomada no contexto para o qual foi proposta: ela é uma noção de saúde pública com claros objetivos sociais e políticos. Pode ser criticada como utópica mas não deve mesmo ser um tanto utópica toda estratégia política que tem como objetivo direcionar os esforços técnicos e comunitários em direção a metas sociais futuras? Esta ênfase no social é para lembrar aos governantes que na saúde infantil, por exemplo, não basta dar antibióticos as crianças é preciso levar em conta saneamento básico. Já para o pediatra de plantão no pronto-socorro infantil esta definição é ampla demais, pois deste jeito ele teria que tratar todas as crianças que passam pela porta do hospital. Então do ponto de vista clínico esta saúde ideal não é de muita valia. Vejamos outra noção.

A saúde também pode ser definida como um estado que permite a uma pessoa levar a sua vida de forma habitual. A ênfase no funcionamento faz com que esta concepção seja conhecida como *saúde funcional*. Se a pessoa consegue levar sua vida cotidiana sem ser muito importunada por nenhum de seus órgãos ela é saudável, já se a cabeça dói constantemente, ou se o intestino não funciona, ou os olhos ardem constantemente, a ponto de ela ter que prestar atenção a estes órgãos ao invés de seguir fazendo as coisas de sua vida então ela esta doente. Este conceito de *saúde funcional* é bastante significativa no contexto deste trabalho primeiro por ser uma posição adotada também pela psicanálise. No final do livro "Estudos sobre a histeria", comentando sobre o tratamento Freud (1893) afirma que "... haverá muito a ganhar se conseguirmos transformar o sofrimento histerico em uma infelicidade comum, e com uma vida mental assim restituída a saúde ... p 328, v. 20, 1893.....)." O que podemos entender por "infelicidade comum" senão aquela com a qual as pessoas convivem em sua vida cotidiana? Também Lacan (1975) se aproxima desta posição ao dizer, comentando sobre o final de análise em uma conferencia para os alunos da Universidade de Yale, que: "uma análise não deve ser levada muito longe. Quando o analisando pensa que esta feliz em viver, é o bastante" (p 11) Assistimos, na atualidade, no campo das classificações dos transtornos mentais o inicio de um debate envolvendo a noção de prejuízo funcional. Até agora, nas classificações de doenças, a CID (1992), e o DSM, para que um paciente recebesse um diagnostico ele tinha que apresentar um certo número de sintomas e além disto estes sintomas deveriam provocar prejuízo funcional importante na vida da pessoa. Na elaboração das novas edições, a CID 11 e o DSM V foram apresentadas propostas para a retirada deste requisito, de maneira que bastaria simples presença de tais e tais sintomas para que se fizesse o diagnóstico. Um dos quadros onde este tema tem sido debatido é o do TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade). Pela nova proposta se a criança for hiperativa não importa se isto prejudica ou não sua vida escolar ou familiar, ela será diagnosticada com TDAH. Isto significa, do ponto de vista psicopatológico, uma medicalização da vida onde aspectos antes entendidos como parte da vida cotidiana passam a ser considerados patológicos, independente de suas consequências funcionais. Além das consequências sócias e economicas com o enorme aumento de diagnósticos e tratamentos para estes pacientes, há que se notar a padronização do modo de vida não restando mais espaço para a singularidade e para a individualidade.

Bem importante no campo do psiquismo a noção de *saúde funcional* já não tem a mesma relevância na medicina. É claro que a medicina valoriza a funcionalidade do individuo, até porque um dos objetivos sociais da pratica medica seria manter o homem produtivo, mas onde a funcionalidade deixa de ser relevante é como definidora de quem deve ou não ser tratado medicamente. Tomemos como exemplo principal as doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, cujos portadores funcionam bem na vida e mesmo assim precisam ser tratados.

Um terceira concepção de saúde que podemos analisar é aquela que define saúde como o silêncio dos órgãos, sugestiva expressão criada Lerich(1936 apud Cangulhem 1943 p. 57)) . Se os órgãos não se manifestam então estamos saudáveis, mas se eles começam a se fazerem presentes , se temos que nos lembrar deles , então estamos doentes. Certa vez uma paciente com transtorno de pânico ilustrou claramente esta concepção dizendo “ então eu lembrei que peito existe” para se referir a sensação de angustia , de sufocamento que passou a lhe incomodar diariamente. É assim, enquanto não nos lembramos do corpo estamos saudáveis. O poeta Lenini chegou a tentar um acordo com seu corpo para viver bem . Dizem que ele propôs ao seu corpo “ não me incomede , me deixe viver, que quando você quiser morrer, eu deixo”.

Esta abordagem tem uma característica de muito interesse para o psicanalista, é a ideia de que só haveria doença com consciência. Suponhamos que uma pessoa que esta procurando emprego acabe descobrindo , no exame admisional, uma pequena mancha no rx de tórax sugestiva de tuberculose. Ela não tem nenhum sintoma, não tem tosse, não tem febre, não tem cansaço, nada mesmo que atrapalhe a sua vida cotidiana. Podemos dizer que ela esta doente? Leriche diria que não pois ele nega o titulo de doença às formas ditas silenciosas das doenças , tais comoun câncer latente de rimdescoberto na ocasião de uma autopsia praticada após umamorte ocorrida em umacidente automobilístico.Este conceito de doença como silêncio dos órgãos pode ter seu valor do ponto de vista da história da medicina e sua evolução, mas é evidente que ele não pode ser adotado pelos médicos atuais pois em muitas situações quando o órgão se manifesta o processo patológico já vai muito adiantado como acontece no câncer de ovário ou mesmo na hipertensão.

Do ponto de vista psicopatológico a noção de consciência da doença é um critério muito valorizado, ele marca , por exemplo, a distinção entre neurose e psicose. O neurótico seria aquele que tem noção de que seus sentimentos , fantasias e comportamentos são exagerados, estranhos, embora não os controle , são , como dizem “ maior que eu “. Já os psicóticos não fazem esta critica aos seus próprios pensamentos e vivencias , embarcam totalmente, acreditam de fato , não acham que algo de estranho acontece com eles mas sim que algo de estranho acontece no mundo. A consequência da presença ou ausência de “critica “ (termo usado na psiquiatria para designar a noção de consciência da doença) para o tratamento é notável. O neurótico busca tratamento, o psicótico é levado. Nenhum clinico recebe no consultório um paciente se queixando de que “ eu sou psicótico , eu vejo coisas, ouço vozes e acredito em coisas que ninguém acredita”. Um paciente com estes sintomas só chega ao consultório porque é levado pela família, e com muito esforço por parte desta diga-se de passagem. Já o neurótico procura o clinico e se queixa “ eu sei que não é bem assim, mas eu não consigo parar de pensar ou sentir isto , preciso de ajuda “.Para a o psicanalista a noção da doença silenciosa poderia ser seria uma porta aberta para a subjetividade penetrar no campo médico, mas apesar da coragem de Lerich sua abordagem não é muito presente na cena hospitalar.

Além das três concepções que vimos ate aqui, saúde ideal, saúde funcional e e saúde silenciosa , temos uma quarta concepção neste pequeno inventario da questão saúde-doença; a *saúde normativa*. Esta abordaem considera que a saúde é o que é o mais frequente naquelas pessoas que conseguem levar uma vida normal. Dentre os vários sentidos do termo normal podemos destacar a acepção matemática , ou mais precisamente estatitica, na qual o termo significa um tipo de média, uma faixa na qual podem ser colocados a maioria dos participantes de uma amostra, ficando uma pequena minoira nos extremos superiores e inferiores da distribuição. Este perfil estatístico é chamado de “curva de distribuição normal” e de fato ele representa bem uma serie de caracteres do ser humano. Vejamos a altura por exemplo, a maioria inquestionave do seres humanos tem uma altura entre, digamso 1 metro e quarenta centimentros e dois metros epoucos centimentos, abaixo disto, os anões, e outra minoria, que sofrem de

gigantismo acima disto. Desta maneira normal é aquilo que aparece na maioria das pessoas, e doença é aquilo que “sai da norma”. Assim ser saudável em termos de pressão arterial, de glicemia, de função tireoideana, de colesterol, é ter as taxas referentes a estas funções dentro de certos limites.

Mas como estes limites (normas) são estabelecidos? Em primeiro lugar pela observação pois de fato a vida acontece dentro de certos limites biológicos, como frequência cardíaca, temperatura, metabolismo etc, sendo inviável fora delas. A partir das medidas obtidas quando se observa a maior parte da população considerada saudável chega-se aos valores normativos. Então, se os valores obtidos no exame do paciente individual estão dentro das normas estabelecidas a partir das medidas da população em geral então está tudo bem, mas se estão acima ou abaixo, suspeita-se de uma doença.

Dito desta maneira fica parecendo que é tudo muito exato e preciso, uma verdadeira medicina baseada em evidências, mas é bom nos lembrarmos que evidências não dão em árvores, e que os dados obtidos pela ciência não são frutos naturais, são consturidos como esculturas, a partir de pedras concretas, é fato, mas também a partir de certas escolhas humanas. No fim das contas são construções elaboradas pelo homem. É interessante notar como os valores normais parecem mudar com o tempo. Antigamente glicemia de 100 era normal, agora glicemia de 100 já é pré-diabetes. O que houve mudou o corpo do homem ou mudou o jeito da medicina definir a doença? O corpo do homem não muda tão rapidamente assim, então claramente mudou o jeito de definir a doença. Acontece que os estudos científicos não são tão exatos quanto costumam parecer. As variáveis são inúmeras, e podem ser incluídas ou excluídas dependendo do que se deseja ressaltar ou descartar, de maneira que o valor exato para diagnosticar diabetes pode ser diminuído por interesse da indústria farmacêutica para vender remédios, ou da indústria alimentícia para vender adoçantes, ou ainda pelos interesses dos médicos para terem mais pacientes, ou também o interesse dos profissionais de educação física interessados em criar uma cultura da saúde aumentando o público para as academias por exemplo. Tudo isto demonstra que os limites, as normas de saúde não são apenas fruto da biologia ou da matemática, mas que respondem a forças sociais e culturais como bem demonstra o outro sentido do vocabulo norma, ou seja, lei, regra. Não há nenhum problema em que existe uma força social determinando o que é doença, afinal somos seres sociais e tudo em nossa vida inclui também aspectos culturais e sociais. O perigo é exatamente quando nos esqueçamos disto achando que a doença é de fato uma coisa 100% natural.

Apesar destes senões é esta noção de saúde normativa que domina a cena hospitalar suplantando as outras três noções, a de saúde ideal e de saúde funcional, e a saúde silenciosa. Mas quando tentamos aplicar esta mesma noção ao campo da vida subjetiva, do comportamento humano a noção de saúde como aquilo que corresponde ao que a maioria faz, as coisas ficam ainda mais complicada pois isto impede a emergência da singularidade, da individualidade. Qual seria o tempo normal de desânimo e tristeza diante de um diagnóstico de câncer? Quanto tempo seria considerado normal para o luto de um pai que perdeu seu filho repentinamente? Quanto de ansiedade consideraremos normal em alguém que está na fila de espera para o transplante de um rim? Claramente a noção de doença como norma, seja técnica ou social, não é muito adequada ao campo psíquico, aliás as outras três noções também não. Ao que parece ainda estamos em busca de uma noção de saúde doença mais satisfatória tanto clinica quanto teoricamente, um conceito que, nas palavras de Garcia (2011) (“incorpore a singularidade de cada um, inclusive suas características genética (parte objetiva) sem deixar de lado o que cada um sente e ressentido (parte subjetiva) de seu próprio corpo e no seu próprio corpo” p43 Enquanto aguardamos esta novidade chegar a medicina, fazendo jus ao seu pragmatismo, a toda sua clinicalidade, vai tralhadado com a noção de que doença é qualquer alteração na realidade corporal que coloque em risco a vida do paciente agora ou no futuro próximo, esteja ele consciente ou não tanto da alteração

quanto do risco. É uma noção de doença que prescinde da consciência do paciente, portanto é possível dizer que a doença como pensada pela medicina não inclui a subjetividade.

A doença como coisa

Estudioso das formas de simbolização da doença Laplantine (1991) destaca duas maneiras de se conceber a doença, como um “ser” ou como uma “função”. No modelo ontológico a doença é concebida como um ser independente do paciente, uma entidade com vida própria, uma coisa que vindo de fora invade, funcionando o corpo do homem meramente como o terreno no qual prolifera o mal. A patologia começa com uma lesão, que leva a uma alteração da função que produz então o sintoma, como quando uma bactéria invade o pulmão, produz um abscesso que por sua vez altera a ventilação pulmonar levando o sintoma da dispneia e tosse.

Há uma clara separação entre o paciente e sua doença evidente desde o linguajar médico e do próprio paciente: “ voce tem pneumonia, voce é portador de leucemia, eu peguei aids “. O paciente tem, porta, pega alguma coisa, ele não é a coisa; o paciente tem a doença ele não é a doença. Esta separação tem algumas consequências vantajosas e outras problemáticas. Este modelo leva a uma abordagem geográfica, de localização da doença, permitindo então a ação, por exemplo, da cirurgia que vai lá e retira a coisa. A eficácia da medicina moderna é de alguma forma tributária desta distinção, pois, segundo Clavreul (1983) “ graças ela a medicina pode isolar o que constitui seu objeto, a doença, e fazer seu estudo considerando-a semelhante em todos os homens, com exceção de algumas variantes que se relacionam tanto a própria doença quanto ao homem no qual ela evoluiu. Esta foi de dúvidas que só esta distinção permitiu a medicina ocidental desenvolver-se tanto.” (p ?) Do ponto de vista do paciente esta separação pode ser tranquilizadora pela desimplicação subjetiva que o leva a pensar “ eu não tenho culpa, o que está estragado é um órgão e não eu “ mas por outro lado pode encobrir aspectos subjetivos relevantes para o paciente.

No outro modelo, o *modelo funcional* a doença é entendida como um desequilíbrio, uma falta ou um excesso em um processo que costuma ser normal e que passa a ser mórbido pelo desvio e não simplesmente pela existência ou ausência de algo. Primeiro ocorre um desequilíbrio, um excesso ou uma carência, que leva a uma lesão, que por sua vez produz o sintoma. Tomemos como exemplo uma carência de insulina que eleva o nível de glicose no sangue, o que acaba lesando o endotélio dos vasos sanguíneos, gerando como consequência diminuição da circulação periférica, determinando uma amputação do pé. Pode-se pensar que no fundo tudo começou com uma lesão no pâncreas que determinou a carência de insulina numa tentativa de se voltar ao modelo ontológico, mas teríamos que a própria lesão pancreática já teria sido produzida por um excesso ou falta de outra substância.. Não é um órgão doente que cria um problema mas uma função desviada. Tal desvio pode se referir a um desequilíbrio do paciente com seu entorno, entrando este tomando de forma tão ampla quanto o meio ambiente ou de forma mais restrita tomado como sua dieta, ou suas relações familiares.. Neste modelo a doença não é, ela acontece.

A noção médica de doença oscila entre os dois modelos mas claramente com preferência pelo modelo ontológico que considera a doença como uma coisa, um inimigo a ser erradicado a qualquer custo e o que custar. Este pendor torna-se mais compreensível quando nos damos conta de que o modelo estrutural ao distinguir nitidamente o homem de sua doença combina-se melhor com a clareza buscada pelo método científico, e permite que se mantenha a exclusão da subjetividade. E também a ideia de que o paciente nada tem a ver com sua doença se encaixa perfeitamente no

discurso médico que retira a subjetividade da cena hospitalar não apenas do paciente e do médico, como já vimos, mas também da doença como estamos vendo agora. O discurso médico ao afirmar “voce foi atingido por uma doença, seu corpo está habitado por uma doença na qual você não está engajado pessoalmente autoriza o paciente a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre.

A psicanálise pende mais para o modelo funcional cujo paradigma pode ser assim definido por Brou: a origem de todas as doenças reside no excesso ou na deficiência da excitação dos diversos tecidos acima e abaixo do grau que constitui o funcionamento normal. Lembremos aqui a contribuição da psicanálise freudiana ao problema da angústia na qual postula-se a transformação automática da libido reprimida em angústia como forma de manutenção de um nível mínimo ou ótimo, de tensão. A angústia é entendida como mera reação fisiológica ao excesso de excitação nervosa não descarregada. Esta teoria é uma tentativa de aplicar o princípio da homeostase ao sistema nervoso e o princípio da Constância de Fechner à psicopatologia, e estes dois princípios, o da homeostase e o da constância são correlativos do modelo funcional da doença. Neste modelo há, claramente, uma continuidade entre a fisiologia normal e patológica, afinal a doença não é qualitativamente diferente da saúde, mas apenas quantitativamente diferente. Trata-se de um desequilíbrio e não de um contraste. Analogamente, para a psicanálise é valiosa a aproximação entre a vida normal e neurose, como bem o demonstra o livro de Freud (1901) denominado de “Psicopatologia da vida cotidiana”

Outro ponto de aproximação entre a psicanálise e o modelo funcional é o caráter relacional que releva deste último e que é ponto central da teorização psicanalítica. Comparativamente temos que o modelo ontológico é mais anatômico-geográfico e o funcional mais fisiológico-histórico, o primeiro valorizando locais específicos do corpo e o segundo olhando o corpo como um todo, como um sistema onde a relação fisiológica entre os vários órgãos e a relação do indivíduo com seu meio é que explica o processo patogênico. Uma das características da psicanálise é a ideia de que o sujeito é o que é em função de sua história individual, de seus vínculos históricos com as figuras parentais. Na abordagem de Lacan (1998b) a importância da dimensão relacional é radicalizada ao dizer que: “o desejo do homem é o desejo do outro” (p. 634), na afirmação de que “e mais que qualquer outro exemplo, a definição de psicanálise como uma clínica sob transferência. Entretanto, este pedor da psicanálise para o funcional não pode ser levado muito longe pois afinal de contas se o ponto de vista econômico e o ponto de vista dinâmico da metapsicologia freudiana são claramente funcionais o terceiro ponto de vista o tóxico, que não é de menor importância para a psicanálise, é de um tom ontológico inegável.

Embora seja possível e epistemologicamente produtivo estabelecer estas correlações entre a psicanálise e os conceitos pertencentes ao discurso médico (Modelo ontológico, modelo funcional, saúde ideal, saúde funcional, saúde silenciosa e saúde normativa) não podemos nos esquecer e que a psicanálise tem seu próprio discurso sobre as doenças. Vejamos como a psicanálise enfrenta a questão.

O conceito de patológico em psicanálise é bem mais amplo do que na medicina. O termo *pathos*, em grego, significa doença, mas significa também paixão, sofrimento e passividade. A medicina foca o primeiro quando fala de patológico e a psicanálise se espalha pelos outros sentidos se propondo a trabalhar com as paixões do sujeito, com seu sofrimento psíquico excessivo, com sua condição de passivo, como aquele que sofre a ação, que é afetado, e não daquele que deixa de fazer o que tem que ser feito. Assim a psicanálise acohe e trata do *pathos* e não da doença.

Mas a principal diferença é que a psicanálise não depende do diagnóstico patológico para se colocar em ação, ela não se guia pela noção de normal e patológico tanto quanto a medicina, que faz deste conceito o ponto central para seu movimento de

bascula entre tratar ou não tratar um paciente: se há doença trata-se, do contrario não. Na psicanálise as coisas não funcionam assim, o que determina o tratamento é uma demanda não uma indicação baseada em uma norma, seja ela técnica ou social. Em tese um cardiologista não medicara seu paciente se seus níveis pressóricos não estiverem acima de determinada norma estabelecida, mesmo que o paciente peça, e por outro lado tentara convencer uma paciente que não quer tomar remédios a fazer-lo se os níveis pressóricos forem muito elevados, ou seja, não conta muito a demanda, o que pede o paciente, e sim a norma estabelecida para o tratamento.

Enquanto isto um psicanalista, por sua vez, poderá aceitar para análise alguém que demande atendimento por causa de um sofrimento que se costuma considerar normal, como por exemplo, uma separação amorosa recente, e poderá não atender uma paciente com um quadro de obesidade mórbida, do ponto de vista medico, mas que veio ao analista apenas em busca de um laudo para cirurgia e não para tratamento, ou seja, aqui conta mais a demanda, o pedido ou não de tratamento, e não a necessidade de tratamento suposta pela medicina ou por quem quer que seja que não o paciente.

No hospital esta divisão esquemática entre indicação e demanda acaba se esfumando pois os limites são rompidos de ambos os lados. Temos médicos sendo demandados a realizar procedimentos cirúrgicos sem indicação médica, como cirurgias estéticas e cirurgias bariátricas para paciente pouco obesos. Atualmente os pacientes procuram os médicos para melhorarem seu desempenho não porque estejam doentes. E por outro lado também temos analistas sendo solicitados, ou se propondo, a atender pessoas sem demanda, que não pediram para serem atendidas, situação rotineira nas enfermarias dos nossos hospitais.

A psicanálise não se encanta tanto com o conceito de doença como a medicina que faz dele o seu norte. O analista vai escutar o paciente sobre sua doença, mas o escutara sobre qualquer coisa, a doença é tema privilegiado no hospital, mas não é essencial para o trabalho psicanalítico, se o paciente quiser falar de outras coisa o analista o ouvirá. Com todo respeito a medicina, e ao nosso desejo de viver e ter saúde, para a psicanálise a doença é a circunstancia que põe em evidencia o sujeito, seu verdadeiro objeto de trabalho. A doença é porta de entrada, pode ate ser o caminho mas nunca o objetivo do trabalho psicanalítico.

A psicanálise trabalha mais com a noção de pathos do que a doença, esta preferência trás maior amplitude mas diminui a exatidão das formulações, ou seja, o conceito de patológico da psicanálise é vago enquanto o da medicina busca ser o mais exato possível. A psicanálise reconhece que se esta exatidão da medicina é boa do ponto de vista pratico, operacional, é problemática do ponto de vista da subjetividade, e como este é o seu objeto ela se propõe a trabalhar com a não-clareza, não faz dela seu inimigo, suportando-a e procurando ser receptiva a ela. Como demonstramos acima, ainda não é possível reponder de forma completa e satisfatoria a pergunta sobre o que é normal ou patológico. Diante disto, num passo psicanalítico, propomos então que trabalhemos com a “pergunta mantida”, ou seja, se não temos uma resposta ótima mantemos a pergunta presente como forma de nos lembrar da questão. Existem casos que são evidentemente patológicos, e existem casos que são evidentemente normais, estes são os fáceis, mas existem os casos onde a dúvida se instala, e diante destes vale bem o recurso da “pergunta mantida”. Quando temos uma resposta, e especialmente quando a consideramos boa, quando ela toca nossa veio teórica, (citar em nota expressão atribuída ao psicologo joão carlos) pramos de pensar. As perguntas abrem espaço para a emergência do sujeito; enquanto as respostas e, em especial as padronizadas, costumam fechar o espaço. É por isto que as vezes uma pergunta incomada mais do que uma afirmação. Evidentemente que a estrategia da pergunta presente não serve para o trabalho médico hospitalar, nesta cena são necessarios marcadores bioló

gicos que apontem claramente a existência de uma condição mórbida a pedir intervenções terapêuticas. Mas mesmo diante de necessidade de respostas exatas os médicos mais experientes sabem que quem tem apenas uma hipótese diagnóstica não tem nenhuma.

O adoecimento

Na cena hospitalar, contexto do encontro, ou desencontro, destas diferentes concepções sobre o patológico queremos fazer uma distinção entre doença e adoecimento, a primeira entendida como uma alteração na realidade corporal e o segundo como uma situação na qual o sujeito se relaciona, seja de que forma for, com esta alteração corporal, ou seja, doença é uma alteração corporal e adoecimento é a doença em conexão com o sujeito. A alteração corporal se estabelece a partir do discurso médico, é ele que a constitui e enuncia sem qualquer participação do sujeito, já o adoecimento só se instaura a partir das vivências do sujeito em relação sua doença podendo ir desde a total negação até a mais alta angústia, passando inclusive pelas doenças imaginárias dos hipocondríacos. Com esta esquematização chegamos próximo da proposição de Leich que chegava a falar de uma doença do doente e de uma doença do médico. Então a psicanálise e a medicina não cuidam mesma coisa por caminhos diferentes, um físico e outro psíquico; cada uma se dedica a entidades diversas: a doença e adoecimento.

O hospital é um cenário rico e complexo, com muito elementos, e se aqui demos grande destaque a desobjetivação é apenas porque este elemento é o mais relevante para a psicanálise e não porque ele seja o mais importante na cena toda. Ao se comentar o modelo médico é preciso sempre muito cuidado para não se cair numa crítica ingênua que desvalorize sua eficácia relativa aos sintomas, e ao prolongamento da vida. A figura do médico que habita nosso imaginário, aquela figura compassiva, com mansuetude, culta e pronta para ouvir nossas aflições raramente é encontrada na mesma pessoa do competente especialista atualizado com os últimos avanços da medicina científica. Dizem que o saber científico sobre os astros exclui o olhar romântico sobre as estrelas, mas vamos nos lembrar que este mesmo olhar que economiza a poesia já levou o homem a lua, e muito mais.
