

O LUGAR DO SUJEITO E DO GOZO NOS PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DOS SINTOMAS

*Leonardo José Barreira Danziato**

*Leonardo Barros de Souza***

RESUMO:

Trata-se de um relato de pesquisa onde se investigou qual o lugar sujeito e do gozo nas práticas e discursos médicos. Buscamos assim delimitar as estratégias práticas e discursivas utilizadas pelo campo médico para lidar com fenômenos paradoxais que implicam o corpo em suas várias dimensões, e que fazem obstáculo ao encaminhamento dos tratamentos. São fenômenos que a partir da psicanálise podemos definir como o caráter singular do sujeito e as intensidades pulsionais do corpo. Para tanto consideramos o discurso médico de uma forma ampla, não unicamente restrito à medicina, mas como uma “ordem médica”, que implica uma determinação não unicamente discursiva, mas fundamentalmente bio-política. Realizamos a partir daí uma discussão com o intuito de politizar as práticas e discursos médicos, de forma a garantir uma apreciação dos efeitos político-subjetivantes dos processos contemporâneos de medicalização dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Sujeito. Gozo. Ordem médica.
Relato de pesquisa

O saber que o corpo tem sobre os caminhos do gozo não é um saber menos imperativo que o do discurso médico. Ele constitui seu intransponível limite. Ele se afirma até a morte e à loucura contra uma segurança que nos é imposta à força de nos ser proposta, contra a sabedoria das nações, esse lugar-comum do bom senso (Jean Clavreul, 1983).

Introdução: O discurso médico

O lugar que o discurso médico ocupa no mundo contemporâneo já foi tema de trabalhos e pesquisas de diversos autores, alguns já considerados clássicos como os

*Psicanalista. Doutor em sociologia pela UFC, Professor titular do programa de pós-graduação em psicologia da Unifor, Analista membro da Invenção Freudiana – Transmissão da Psicanálise. Endereço: Rua Álvaro Correia, 455 apto 1101, Mucuripe. Cep: 60165-230 / Fortaleza-CE. E-mail: leonardodanziato@unifor.br

** Psicanalista, Doutorando em psicologia pela UNIFOR, Analista membro da Invenção Freudiana – Transmissão da Psicanálise. Endereço: Rusa do Jangadeiro, 104, Mondubim, Fortaleza-CE. Cep: 60761-780.

textos de Canguilhem e Foucault. As preocupações desses autores encaminham-se para uma discussão acerca do caráter imperativo desse discurso, que já comandou uma série de reformas políticas, práticas e discursivas no mundo moderno, e intensificou-se com a biopolítica contemporânea (FOUCAULT, 2008).

O discurso médico – e não necessariamente a medicina ou os profissionais médicos – deve ser considerado como algo mais amplo do que a prática médica cotidiana, pois ele se configura hoje como uma “ordem” (CLAVREUL, 1983) que engloba não só os profissionais diretamente envolvidos com este campo, mas uma gama interminável de práticas e discursos que norteiam não só as políticas públicas de saúde, mas também as minúcias da relação do sujeito com seu corpo em seus processos de subjetivação. As dietas, as intervenções cirúrgicas, sejam estéticas ou não, e as prescrições biopolíticas organizam uma série de proposições que, podemos dizer, constituem uma nova moral, cuja pretensão é de estabelecer um “controle saudável” sobre o corpo e a vida dos sujeitos.

Não se trata de recusar os avanços da ciência médica, pelo contrário, buscamos politizá-la considerando seus efeitos ampliados não só dirigidos aos doentes, mas como uma ideologia contemporânea que implica muito mais do que as prescrições e os vãos hospitalares. A obra de Foucault (1979) já demonstrou o caráter político do discurso médico, situando-o na lógica higienista que fundamentou todo o reformismo sanitarista dos séculos XIX e XX, mas também na constituição de processos de subjetivação modernos e contemporâneos que passam inevitavelmente pela relação biopolítica com o corpo e o sexo.

Não pretendemos adentrar diretamente nessa discussão acerca do caráter político e imperativo do discurso médico no mundo atual, buscamos apenas situar o campo no qual devemos estabelecer nossa investigação, anunciando que não o trataremos aqui como uma prática dita científica, mas especificamente como uma “prática discursiva”, que comanda os processos de subjetivação contemporâneos.

O problema

Em sua já conhecida conferência sobre psicanálise e medicina, Lacan (2001) levanta uma discussão acerca das impossibilidades de se escutar os clamores do sujeito e do seu sofrimento no discurso médico, mas muito particularmente de uma cegueira própria deste discurso em ouvir as manifestações de gozo que aderem à malfadada

queixa dirigida aos médicos. Em sua proposição fundamental sobre o assunto sugere a existência do que denomina uma “falha epistemo-somática” (Lacan, 2001, p. 11), denunciando assim algo mais grave do que uma surdez do discurso médico, mas também uma cumplicidade quanto ao reconhecimento e identificação do sujeito com seu adoecimento. Afirmo ele:

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isso pode implicar que ele está totalmente preso à idéia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. *Em muitos casos ele vem pedir do modo mais manifesto que vocês o preservem em sua doença*, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquele que o permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença (LACAN, 2001, p. 10, [grifo nosso]).

Diante desta proposição constituímos nossa interrogação fundamental: seria possível aos médicos, e mais especificamente, aos limites do discurso médico considerar a possibilidade do doente não vir em busca da cura, mas sim de uma manutenção, de uma autenticação e uma cumplicidade para com seu sofrimento? Seria possível para esta estrutura discursiva considerar esse paradoxo, tão bem nomeado pela psicanálise como a dimensão do gozo? Será que no cotidiano da prática clínica médica as manifestações de gozo não seriam realmente consideradas, nem teriam nenhuma função na determinação das estratégias do tratamento? Ou por outra, quais as estratégias de consideração ou recusa de uma posição singular do sujeito e da dimensão do gozo no campo médico?

Ao seguirmos as indicações lacanianas não nos sobraria muitas possibilidades de resposta. Até porque a posição de Lacan quanto à medicina acompanha a sua análise sobre a relação da psicanálise com a ciência. Assim, tanto a medicina como todos os saberes que compartilham da estrutura discursiva da ciência realizariam o que denominou de uma *forclusão do sujeito* (LACAN, 1998). Ou seja, nesta lógica discursiva não haveria espaço para a consideração do que viria a caracterizar o sujeito do ponto de vista psicanalítico, ou seja: sua singularidade e sua clivagem subjetiva – *spaltung* – nem tampouco a escuta dos paradoxos daí decorrentes, entre eles o gozo como sofrimento e satisfação com a própria queixa. Evidente que a noção de gozo em psicanálise é muito mais ampla do que meramente isso, mas interessa-nos aqui delimitá-lo de uma forma possível de visualizar numa prática como a clínica médica.

A posição de Lacan, portanto, é muito clara com relação tanto ao discurso

médico quanto ao discurso científico de maneira geral. Como versões do que denominou de *discurso do mestre* (LACAN, 1992) essas estruturas discursivas padeceriam de um desconhecimento radical das implicações do sujeito com seu desejo ($\$$), assim como com relação ao real que seu fantasma encobre ($\$ \diamond a$), e ainda, desconsiderariam o gozo implicado com o que se fala e com as intensidades pulsionais do corpo. Essa posição não determina uma valoração dos discursos fazendo supor uma hierarquia onde o discurso do analista seria predominante ou melhor que qualquer outro. A *topologia dos quatro discursos* (LACAN, 1992) elaborada por Lacan não se propõe a isso, mesmo porque eles são alternantes e estruturais, não cabendo uma primazia de um sobre os outros; não há aí uma modelagem, mas uma topologia para a qual os discursos são atraídos.

Portanto, não é que haja um fechamento por parte de Lacan com relação aos outros discursos, já que, como dissemos, os discursos são alternantes e movimentados por uma causação do que Lacan denomina o Real; entretanto, parece ter se solidificado uma posição no campo lacaniano, de aceitação tácita desta rejeição radical por parte do discurso da ciência – e mais especificamente do discurso médico – de toda implicação do sujeito com sua clivagem e com o gozo que porta na letra do seu dizer.

Não discordamos dessa posição, nem pretendemos recusá-la ou comprová-la. Como uma pesquisa, buscamos tornar mais minuciosas essas considerações, investigando como essas invariantes estruturais do sujeito – sua clivagem, sua singularidade e o gozo que porta – apresentam-se no campo médico, na prática clínica mais especificamente, e quais as estratégias práticas e discursivas utilizadas para com elas lidar.

É necessário considerar que a estrutura discursiva guarda um saber (S_2) que a depender de onde se localiza vai ter uma determinada função. Assim, tornou-se inevitável supor, que tanto a clivagem do sujeito, quando o gozo que porta, apresentar-se-iam também na prática médica – e não exclusivamente na clínica psicanalítica – determinando assim, estratégias práticas e discursivas para manejar seus efeitos, mesmo que fossem na forma de uma rejeição ou de um recalçamento. Quais seriam essas estratégias então? Poderíamos observá-las e descrevê-las?

Assim, como um objetivo geral, buscamos investigar como se apresentariam a dimensão do gozo e do sofrimento psíquico nas práticas clínicas e nos discursos medicalizados da contemporaneidade; por outro lado, seria importante analisar os efeitos subjetivantes – ou desubjetivantes – dos processos de medicalização das

subjetividades e dos sintomas psíquicos na clínica médica.

Consideramos crucial para as práticas clínicas – sejam elas psicanalíticas ou médicas – a investigação dos efeitos desses processos de medicalização do sofrimento psíquico, sofrimento este formulado através de sintomas, muitas vezes corpóreos – o que não quer dizer necessariamente orgânicos. Entendemos que essas operações podem se situar como mais uma dessas estratégias da biopolítica contemporânea, que visa, com certa ingenuidade, a colonização do real do corpo e das subjetividades, encobrendo-os com um saber e uma prática que faz mais do que supõe.

Como dissemos o discurso médico hoje se constitui como uma nova moral corpórea que tampona as impossibilidades próprias da subjetividade humana com promessas ingênuas de “felicidade farmacológica” ou cirúrgica. Sabemos que um dos efeitos possíveis da medicalização apressada e desregrada, pode ser um agravamento dos quadros clínicos por conta de um apagamento do sujeito e da sua responsabilidade subjetiva com seu sofrimento. Da mesma forma, mas não menos grave, deparamo-nos com o risco de uma “identificação com o sintoma”, determinado por diagnósticos apressados e meramente classificatórios, de maneira que o sintoma deixa de ser uma interrogação sobre a vida e o desejo, para se tornar uma mórbida paralisia identificatória.

O lugar do sujeito e do gozo no campo médico

Um primeiro passo do nosso trabalho foi interrogar se e como o lugar do sujeito e do gozo se apresentaria no campo médico, e se esse campo conseguiria escutar e dizer algo sobre seus efeitos, assim como determinar algum tipo de encaminhamento prático no manejo dessas variáveis.

Com esse intuito realizamos um levantamento bibliográfico sobre o tema especificamente no âmbito discursivo médico. Nesta primeira abordagem, não foi possível observar a produção de estratégias práticas propriamente ditas, pois parece haver neste ponto uma dificuldade discursiva característica do campo médico: como não há uma teoria do sujeito, nem tampouco do gozo, os autores deparam-se com as implicações do singular e dos paradoxos do gozo em seus pacientes, mas para fazer suas considerações necessitam lançar mão de outros saberes, muito especificamente da filosofia, em sua vertente relacionada à pragmática da comunicação.

Ayres (2003), por exemplo, trabalha a concepção de sujeito a partir da noção de um

“sujeito autêntico”, marcado pela autonomia e responsabilidade nos processos de saúde (p. 52). Sua discussão no que diz respeito ao modo como o sujeito se insere nas práticas de saúde está pautada pela preocupação linguística, denotada fortemente nos experimentos linguísticos que menciona como exemplos que embasam sua discussão, enfatizando o caráter instrumental da razão.

O viés cognitivo é um traço forte dessa visão de sujeito, uma vez que são propostos objetivos e meios para perseguir a saúde ideal, colocando a questão do sujeito na ordem orgânica, enquanto um processo inteligível de adaptação e acomodação: “Não é, portanto, da ordem do como fazer, segundo interesses e recursos conhecidos, que se trata a saúde. É da ordem do que fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo” (Ayres, 2003, p. 50).

Caprara (2007) se posiciona de modo diferente, buscando embasamento na teoria hermenêutica. Saliencia que na perspectiva hermenêutica os indivíduos têm que ser considerados enquanto sujeitos, que vivenciam uma experiência subjetiva da doença (p. 927). A interpretação hermenêutica coloca em cena o caráter singular, trazendo à discussão a influência da vivência que cada um tem de sua doença como questão fundamental para se pensar a saúde.

O autor chama a atenção para a importância da concepção hermenêutica dentro da prática clínica: “O médico tem de adequar sua intervenção clínica considerando o paciente enquanto sujeito, tomando em conta a experiência da doença, as percepções do paciente, adquirindo uma sensibilidade e uma capacidade de escuta que vão além da dimensão biológica.” (Caprara, 2007, p. 929). Um caráter individual é atribuído à experiência, trazendo à tona o sentido que há em perguntar ao paciente se ele se sente doente (p. 927).

Pensar saúde numa perspectiva hermenêutica implicaria, pois, em pensar o equilíbrio: “ter cuidado com a própria saúde significa evitar os excessos, prevenindo o uso de medicamentos ou exames de laboratório desnecessários” (CAPRARA, 2007, p. 927). Aqui é possível traçar um esboço do lugar que o gozo tem dentro do discurso médico, o gozo, enquanto aquilo que rompe o equilíbrio necessário à saúde é doentio, patológico, o gozo é aquilo que coloca o sujeito num estado adoecido, longe da mesura necessária ao estado saudável. A estratégia secular, que remonta ao comedimento grego (Foucault, 1984) apresenta-se aqui, mesmo que adaptada a uma prática médica.

Goulart e Chiari (2010) destacam a forma como a concepção biomédica interpreta a doença como um desvio em relação às variáveis biológicas, afastando-se da

norma. Chamam ainda a atenção para a necessidade da consideração da dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, bem como dos padrões e variabilidades na comunicação verbal e não-verbal (p. 2). No mesmo passo, Serodio e Maia (2009) enfatizam o entendimento como capacidade necessária à prática médica, destacando que a concepção humanista vai além do entendimento, é: “... muito mais gesto e conduta do que saber: é a capacidade de agir guiada pela reflexão, mas com base nos sentimentos e em certos traços do caráter conhecidos como virtudes” (SERODIO e MAIA, 2009, p. 282).

Aqui mais uma vez se faz alusão à comunicação como fator a ser incorporado dentro das capacidades médicas, como algo necessário à formação médica. Há uma forte idéia de que médicos capazes de se comunicar melhor são médicos mais capacitados a interagir com os pacientes e atuar na promoção de saúde. Estamos diante de estratégias práticas e discursivas comuns ao campo médico: a idéia de que os “furos” da prática possam ser razoavelmente sanados por um aprimoramento no processo comunicacional ou mesmo na “relação médico-paciente”.

Não estamos desconsiderando a importância prática e da pertinência dessas preocupações e estratégias, mas não podemos deixar de sinalizar a ingenuidade de uma “pragmática da comunicação” e de uma posição humanista ou relacional, quando remetidas ao campo do gozo, pois a clínica psicanalítica e a própria definição de gozo nos ensinam que, nesses casos, não se trata de uma problemática de comunicação, nem tampouco de uma aceitação empática por parte do profissional. O gozo como um paradoxo e como uma “satisfação pulsional” (LACAN, 1988) resiste a todas essas investidas. Como bem definiu Freud (1976) há um caráter “masoquista original” nesta satisfação que ultrapassa qualquer esclarecimento, pedagogia ou afeição. A “pulsão de morte” (FREUD, 2006 [1920]), como hipótese fundamental que sustenta essa paradoxal satisfação, impõe seus limites ao funcionamento do campo do simbólico, a saber: a linguagem, a comunicação, o esclarecimento, o amor, etc.

Obviamente que não podemos “exigir” que essas proposições oriundas do campo psicanalítico fundamentem uma prática médica. Mas podemos, a partir daí, apreciar uma concepção de sujeito e suas decorrentes estratégias, inerentes a esse campo, apontando seus limites e paradoxos, assim como seu pano de fundo discursivo. Eis aí o que buscamos realizar com nossa pesquisa.

Considerações a partir da pesquisa

Não faremos aqui um relato pormenorizado dos meandros da pesquisa realizada. Apresentaremos apenas aspectos cruciais do nosso trabalho assim como suas conclusões para indicar uma possível discussão e interlocução.

Metodologia

Para descrever rapidamente a metodologia utilizada, devemos dizer que a pesquisa contou com o apoio do CNPQ, do PROBIC e do PAVIC, esses dois últimos programas de pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Trabalhamos com duas formas de pesquisa e com um “Instrumentos de Coleta de Dados”: uma “pesquisa bibliográfica”, com o intuito de resgatar autores que discutem as práticas e os discursos médicos em seus efeitos políticos e subjetivantes, mas também realizar um arrolamento de como essas questões são abordadas e teorizadas especificamente no campo médico; e uma “pesquisa de campo” quando trabalhamos com dois instrumentos de coletas de dados: entrevistas semi-estruturadas com os profissionais médicos. A escolha do instrumento de coleta de dados na pesquisa de campo se justifica por conta do objetivo de investigar o discurso dos profissionais de medicina, no intuito de identificar as estratégias que utilizam para lidar com aquilo que é da ordem do sujeito.

Realizamos dez (10) entrevistas com profissionais de formação médica variada. A escolha pela variedade da formação desses profissionais se deu na tentativa de abarcar uma maior multiplicidade das práticas médicas, assim como em não se ater à prática psiquiátrica, geralmente considerada a mais próxima do campo da psicologia.

Para a elaboração da entrevista constituímos oito (8) categorias de análise dos dados: C1 – Tipo de trabalho, C2 – População, C3 – Procedimentos clínicos, C4 – Demanda do paciente, C5 – Aspectos subjetivos do tratamento, C6 – Sujeito, C7 – Gozo, C8 – Estratégias clínico-discursivas, esta última subdividida em C8.1 – Biopolíticas, C8.2 – Clínico discursivo-práticas e C8.3 – Éticas. A estrutura do roteiro de entrevista, mesmo sendo semi-estruturada, foi orientada por essas categorias, assim como, a análise dos dados se deu a partir das mesmas.

Análise dos dados

Como dito anteriormente, realizamos uma análise dos dados a partir das oito “categorias de análise de dados” acima citadas (ver metodologia). Mesmo circunscrevendo a interpretação a cada categoria, não desconsideramos o caráter inter-relacional que se impõe. Mesmo porque não seria possível uma conclusão de qualidade sem cruzar os dados obtidos. Por isso mesmo muitas vezes realizamos uma análise conjunta de duas ou mais categorias, já que em alguns pontos não é possível discernir muito bem os limites de cada uma.

C1- tipo de trabalho / C- 2 população

Não podemos deixar de considerar que a instalação de um discurso – e muito especialmente o discurso médico – não se realiza unicamente pela via da informação, mas também e fundamentalmente através de estratégias político-discursivas (Foucault, 1999) que incluem o corpo, seu investimento, seu disciplinamento (Foucault, 1977) e sua produção biopolítica (Foucault, 1979; 2008). Toda a discussão que Foucault (Foucault 1979) realiza com os marxistas acerca das diferenças entre os conceitos de “ideologia” e “discurso”, parece aqui se apresentar.

Essas considerações abrem uma discussão importante acerca de como opera a influência do discurso médico nas diferentes classes sociais. Apesar de não desconhecermos as diferenças sociais embutidas nos campos de atendimento médico (público e o privado), não foi possível, a partir de nossas investigações, inferir diferenças sugestivas acerca de uma influência dos fatores sócio-econômicos nos resultados desses processos de medicalização.

Estamos aqui diante de uma interlocução de variáveis que dizem respeito ao caráter sócio-econômico da população e os modos e conteúdos informacionais e discursivos que incidem e afetam esses sujeitos. Sabemos que este aspecto ultrapassa os objetivos e o campo de nossa pesquisa, mesmo que neles interfiram. Não pudemos retirar daí, portanto, maiores conclusões. Entretanto, podemos supor que temos aqui variáveis não apenas de ordem sócio-econômica, mas também educacionais, estéticas, midiáticas, políticas que determinam diferenciadamente os efeitos na instalação do discurso médico e na conseqüente produção de uma demanda de medicalização.

Essa proposição deve ser considerada pelo fato de que mesmo sem as informações “necessárias” que os pacientes de consultório particular de classe média e alta obtêm, os pacientes oriundos de atendimentos públicos e de classes sociais mais simples, ainda

assim, parecem submetidos à “ordem médica” – em sua lógica da verdade – mesmo que de formas diferenciadas, já que também “encaminham-se” nos sistema de saúde portando uma demanda ampla de medicalização dos seus males.

Deixamos aqui para uma pesquisa posterior o discernimento das estratégias de inscrição e estabelecimento dos discursos – sejam médicos ou outros – e suas diferenciações por classes sociais.

C-3 procedimentos clínicos

Constatamos que, quanto à estrutura prática e discursiva da clínica médica, há uma padronização dos procedimentos clínicos, o que não é propriamente uma novidade. Mas este nos parece ser um ponto crucial, pois a escuta por parte do profissional é determinada pela estrutura discursiva na qual está inserido (Lacan, 1992), o que determina também o encaminhamento do tratamento e, conseqüentemente, a disposição do sujeito e de suas possíveis manifestações de gozo na prática: sendo escutadas, consideradas, rejeitadas ou submetidas a quaisquer outras estratégias.

Entendemos que essa padronização dos procedimentos faz parte da estrutura discursiva médico-científica, sendo indispensável e necessária para a praticidade e objetividade do cotidiano clínico. Entretanto, exatamente por isso ela pode incorrer numa burocratização da escuta e num “ascetismo cientificista”, relegando fatores subjetivos na direção do tratamento, pois como diz Lown (2008),

Em geral os médicos se concentram na queixa principal por que as escolas de medicina não lhes ensinam a arte de ouvir. Embora se dê ênfase à história médica, na verdade nem ensinam sua obtenção nem sua compilação. Entre os médicos circula um cínico aforismo: “se tudo o mais falhar, fale com o paciente”. Outro fator que concorre para essa situação é que a investigação que vai além da queixa principal leva tempo, e tempo é dinheiro (LOWN, 2008, p. 32).

O que se observa ainda, é que a justificativa para essa padronização não é exclusivamente científica – como fazem crer os relatos médicos – mas também de ordem econômica e fundamentalmente discursiva, já que, como uma ciência, e, portanto, com pretensões de universalização, a medicina arrisca-se em prescindir de uma escuta do sujeito em sua singularidade. Como diz Clavreul (1983): “... o que o médico observa é o que pode se inscrever num certo tipo de saber, com exclusão de qualquer outra coisa, é isso que pode constituir uma teoria, pelo menos um diagnóstico,

que tenha uma coerência. O resto não tem existência para ele.” (CLAVREUL, 1983, p. 82).

A escuta pode com isso perder seu estatuto de fundadora da clínica médica, assim como o próprio doente pode malograr em seu estatuto de sujeito, como alguém que teria algo a dizer sobre seu sintoma; o que interessa a essa escuta é o que pode haver de objetivo a se extrair daquilo que se manifesta no fenômeno mesmo da doença. A padronização dos procedimentos parece, ela mesma, uma estratégia discursiva de desconsideração dos aspectos subjetivos e singulares da fala do paciente. Por meio de uma formalização da escuta, os procedimentos podem se manter restritos ao que Lacan denomina um mero sujeito do enunciado (Lacan, 1998b). Como diz Clavreul (1983): “... constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso, a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico” (CLAVREUL, 1983, p. 50).

Benoit (1988) também considera os efeitos dessa posição discursiva, já que, segundo o autor, foi condição ímpar para o desenvolvimento da medicina enquanto ciência, uma recusa da vida íntima do paciente, uma vez que esta não é passível de ser objetivada. No mesmo sentido Clavreul (1983) chama atenção para o modo como o médico deve se deter única e exclusivamente àquilo que tem lugar no discurso médico:

(...) a medicina nos deixa subjetivamente divididos. Cada um de nós é seduzido, conquistado, menos por seus resultados terapêuticos que pela extensão e certeza do saber médico, e menos por estas que pela permanência de sua ordem no momento em que nosso próprio corpo nos abandona. Mas também, a medicina nos reduz ao silêncio. Nenhuma razão é objetável à razão médica, e o médico não recolhe de seu paciente senão o que pode ter lugar no discurso médico. Não se pode pretender salvar ao mesmo tempo o discurso médico e o discurso do paciente (CLAVREUL, 1983 p. 48).

Observar que praticamente todos os nossos entrevistados confirmam a lógica da padronização dos procedimentos, não é uma surpresa. Pelo contrário, apenas confirma a idéia de uma submissão quase que total dos médicos ao que Clavreul (1983) denomina de “ordem médica”. O que nos interessa é saber até que ponto essa padronização é seguida ou “subvertida” de alguma forma na prática clínica, e quais as estratégias utilizadas para tal.

C-3 - demanda / C-4 – aspectos subjetivos

Considerando a demanda como o que vai além da necessidade – tal como define Lacan¹ –, podemos dizer que, de maneira geral, os médicos entrevistados reconhecem que se manifesta na clínica uma solicitação para além da queixa médica propriamente dita, que consideram como algo de ordem subjetiva. Entretanto eles não a definem nem acham que devam tratá-la. Se uma demanda se apresenta como algo que vai embutido na queixa “necessária” do paciente – como uma demanda de “amor” (LACAN, 1995) – ou seja, um algo a mais em adição à queixa comum, devemos constata-la como inevitável na relação de troca entre médico e paciente. Na medida em que se fala, necessariamente se endereça uma demanda.

Há, portanto, um reconhecimento da demanda por parte dos médicos, de maneira que a escutam, muitas vezes a respondem e em outras recusam. Mesmo sem saber, lidam com ela. Parecem confundi-la com o “pedido de cura”. Esse equívoco pode aprisionar a direção do tratamento numa fixação à demanda, determinando um não entendimento do que se apresenta no discurso do paciente em termos de um sujeito. A resposta excessiva a essas demandas aprisiona a prática médica, limitando-a a um fazer de resposta ou recusa da demanda, Como diz Lacan (2001),

Responder que o doente lhes demanda a cura não é responder absolutamente nada pois a cada vez que a tarefa precisa que deve ser realizada com urgência não corresponde pura e simplesmente a uma possibilidade que se encontre ao alcance da mão – digamos um aparelho cirúrgico ou a administração de antibióticos (e mesmo nestes casos resta saber o que disto resulta para o futuro) – algo fica fora do campo daquilo que é medicado pelo benefício terapêutico, algo que se mantém constante e que todo médico sabe bem do que se trata (LACAN, 2001, p.10).

Tal constatação acerca da consideração da demanda na prática médica nos leva a perceber, portanto, um reconhecimento por parte dos médicos de alguns aspectos subjetivos, uma vez que alguns chegam a relatar seu manejo como determinante do sucesso ou do fracasso do tratamento:

Você vê que na relação medico-paciente, quando existe uma boa interação, o paciente se sente apoiado, protegido e fica muito mais tranquilo, e os resultados do tratamento dependem da relação, vai ter uma interferência do fator psicológico dentro do bom andamento do processo terapêutico. Às vezes é questão de o médico passar uma certa segurança, conversando com ele, as vezes ele está hipervalorizando o problema. Então tem um aspecto

1 O conceito de “demanda” perpassa toda a obra de Lacan, o que nos impede de citar uma única referência. Ver Lacan, J. O Seminário, 4: A Relação de Objeto. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.

psicológico para o acompanhamento. (Entrevistado E9)

Observamos que a consideração dos aspectos subjetivos dá-se pela via do que poderíamos denominar, a partir da psicanálise, de um aspecto sugestivo da “transferência”, denominado no campo médico como “relação médico-paciente”. Apesar de não muito bem definida, a influência dessa “relação” se apresenta constantemente no discurso dos entrevistados, sempre em seu caráter sugestivo e de confiabilidade na pessoa do médico. No campo médico, esse seria um fator fundamental na adesão do paciente ao tratamento.

Não levam em conta, contudo, a “clivagem subjetiva” tão cara à psicanálise, pois se postam numa estrutura discursiva, onde a figura do médico ocupa uma posição de mestre. Caso o paciente não se submeta às prescrições do mestre, isso é entendido como um problema da “relação”, ou como uma dificuldade do paciente. Não por acaso, os artigos científicos oriundos do campo médico estão sempre às voltas com as dificuldades comunicativas dessa “relação”.

Quer dizer, apesar de constatarem, e até mesmo levarem em conta os aspectos subjetivos dentro do tratamento, tal consideração parece se apresentar muito mais como um limite e um obstáculo externo à prática médica do que como um aspecto que pudesse determinar uma investigação sobre as limitações de tal prática. As subjetividades dos pacientes são consideradas como um “estorvo” a ser ultrapassado, e exatamente por essa “negativação”, não se revertem como um fundamento para a gênese de uma crítica interna, acerca dos limites da prática e do saber médico.

Já encontrávamos em Benoit (1988) essa preocupação para quem uma reflexão no sentido de uma epistemologia da teoria médica é algo necessário, como forma de possibilitar um deslocamento na posição discursiva dos médicos a respeito de suas impossibilidades. Apenas a partir dessa revisão de sua própria teoria a medicina poderia rever algumas de suas posições a respeito das suas impossibilidades, de seus limites. Salienta o autor que: “... a prática atual da medicina está seriamente em débito por falta de uma teoria verdadeiramente satisfatória e operante da medicina” (BENOIT, 1988, p. 91).

Essa crítica pode se fundamentar também no fato de que não foram encontradas

em nossas pesquisas bibliográficas², quaisquer teorizações ou pesquisas no âmbito médico que se debrucem sobre a problemática das limitações e dos fracassos dos tratamentos. Mesmo encontrando uma série de trabalhos que discutem índices de adesão ou não ao tratamento medicamentoso, especialmente de forma quantitativa, ainda assim não encontramos nestes nenhuma discussão de cunho qualitativo acerca dos motivos dessa não adesão. Curiosamente *o termo fracasso parece não existir na bibliografia médica*. Isso fica mais claro ainda diante das respostas de todos os entrevistados que, ora negam conhecimento de algum trabalho nesse sentido, ora afirmam sua existência, sem que, no entanto, deem quaisquer detalhes complementares que pudessem dar acesso a estes. O máximo que encontramos foi uma discussão acerca da futilidade do tratamento (Mota, 2009), que aborda o assunto diretamente, mas apenas interroga acerca da necessidade e/ou futilidade do tratamento para pacientes terminais.

C-5 - sujeito / C-6 - gozo

No que tange à ideia de sujeito, tal como concebida no campo da psicanálise, ou seja, o sujeito em sua singularidade, observamos que na fala dos entrevistados há também um reconhecimento de uma manifestação dessa singularidade como algo que escapa à lógica discursiva médica. Alguns chegam a se referir a um caráter mais amplo dos problemas “psicossomáticos”, incluindo aí o estilo de vida e determinadas escolhas do sujeito.

O paciente que tem queixa de azia tem causa emocional, alimentar, enfim. Se você trata um paciente com ulcera peptídica, que é uma ulcera psicossomática, e ele continua com os mesmos fatores, ele vai ficar bem, porque tratou a ulcera, porem vai continuar com o mesmo problema, mesma alimentação e vai voltar à ulcera. (Entrevistado E1)

O individuo não é sempre o mesmo. Ele tem altos e baixos. Você tem que respeitar os altos e baixos e seguir em frente, mas sempre com o seu objetivo. Pra ele os índices tem que estar assim. Caiu? Caiu, mas vamos recuperar. E colocar metas atingíveis. (Entrevistado E4)

Observamos, pois, que há um reconhecimento, mas imediatamente uma tentativa de situá-lo, adequá-lo, ou conscientizá-lo. A preocupação fundamental não é outra senão a adesão ao tratamento, momento no qual a prática médica se depara tanto com as

² Realizamos uma pesquisa via internet em busca de pesquisas que abordassem a temática do “fracasso do tratamento médico”, e não foram encontrados artigos referindo-se especificamente ao tema.

singularidades do sujeito, como com a dimensão do gozo. Neste momento a concepção de sujeito própria ao campo médico – uma concepção prioritariamente “cognitivo-comunicacional” – delata sua insuficiência, já que os reclames são uníssonos quanto aos entraves e obstáculos à adesão necessária ao tratamento.

Nessas circunstâncias é que observamos a inevitável apresentação das manifestações de gozo do sujeito sendo entendidas na maioria dos casos, seja como uma resistência ao tratamento, sob a forma de um boicote, ou como uma espécie de ganho secundário proveniente do adoecimento – em ambos os casos uma concepção “empírica” e, portanto, ingênua da dimensão do gozo. Em alguns relatos constatamos:

Tem pacientes, primeiro que eles se comprazem com a doença. Os hipocondriacos gostam de estar doentes, é uma forma de responder, de chamar atenção pra eles mesmo. Pra que as pessoas se preocupem com eles. Tem pacientes que gostam de estar doentes. Assim como tem pacientes que se sentem culpados por alguma coisa e as vezes até inconscientemente eles mantêm um processo patológico. Como uma especie de auto-punição. Não em nível de consciência, mas eles fazem isso. (Entrevistado E1)

Observamos basicamente duas estratégias clínicas que buscam vencer essas sabotagens ao tratamento: uma primeira pela via do esclarecimento e da conscientização e outra na proposição de uma relação médico-paciente, que parece caracterizar mesmo que de forma longínqua uma sugestão transferencial. Não encontramos dentro dos relatos uma discussão sobre os limites e os fracassos dessas duas estratégias ou uma reflexão sobre o caráter de sugestão da dimensão transferencial na relação médico-paciente.

Entendemos que aí se apresentam duas apreensões ingênuas dos conceitos que aqui tratamos: por um lado uma concepção restrita do sujeito delimitado ao seu aspecto cognitivo, que parece ser a concepção dominante de sujeito nas discussões teorias médicas, mesmo as mais esclarecidas, como as de Ayres (2003 e 2007); e por outro lado não parecem se dar conta de uma relação de poder que se apresenta no drama transferencial da relação médico-paciente.

A própria limitação desta concepção de sujeito, entendido aqui como um mero sujeito cognitivo, um aprendiz que deve submeter-se ao discurso do mestre-médico determina uma superficialidade na consideração da relação de poder que se apresentam inevitavelmente em toda relação transferencial. A segunda estratégia que reconhecemos – a de se fiar na relação médico-paciente – parece utilizar a sugestão transferencial como uma forma de convencimento do paciente a uma servidão “voluntária” perante a

vontade do médico.

Se radicalizarmos a concepção de gozo, articulando-o às noções de pulsão de morte e repetição tal como desenvolvidas por Freud (1920) e Lacan (1988b) constatamos uma diferença discursiva ainda maior. Pois os entrevistados parecem não aceitar a idéia de que o sujeito promova sua própria destruição, idéia essa contida, como referimos, nas concepções psicanalíticas de pulsão de morte e gozo. Dizemos isto porque ao serem interrogados sobre a possibilidade de o paciente querer não ser curado, de maneira geral essa idéia foi recusada, explicando esse paradoxo do gozo (Lacan, 1988) por outras vias. Alguns chegam mesmo a afirmar que o paciente “*sempre quer ser curado*” (Entrevistado E4).

Tal refutação parece ser consequência do horror que essa idéia de gozo e destruição comporta. Nesse ponto parece haver um apego a uma idéia humanista do sujeito, que busca sempre o melhor. Entretanto, a clínica psicanalítica nos informa sobre a “atração do traumático” (DANZIATO, 2006) e como o sujeito, identificado com seu sintoma pode escolher “...ou pior” (LACAN, 2003 [1971-72]).

C-7 – estratégias clínico-discursivas

Dentro da lógica discursiva da prática clínica médica, estamos propondo uma categorização subdividida em três tipos de estratégias discursivas que denominamos:

1. Estratégias biopolíticas;
2. Estratégias clínico-discursivas-práticas;
3. Estratégias éticas.

O que chamamos estratégias diz respeito a uma lógica de lugares que compõem uma topologia que situa os componentes dentro de uma determinada configuração discursiva que determina a fala em suas relações com a verdade (LACAN, 1992) e o poder (FOUCAULT, 1999). Essa estrutura situa o sujeito que fala e o outro em lugares específicos, sustentados por uma política discursiva da verdade. Como propôs Foucault (1999) não podemos nos retirar de uma “economia política dos discursos”, o que implica o exercício do poder de enunciação da verdade. Obviamente que nos referimos aqui aos lugares e à relação de poder próprios do dispositivo clínico médico, mas que não é dele exclusivo.

Nosso intuito com isso é demarcar as estratégias político-discursivas que perpassam as práticas clínicas e biomédicas, mais especificamente na relação médico-

paciente e salientar a forma como uma enunciação da verdade opera na determinação de uma direção do tratamento, seja ela científica, política ou ética.

C-7-1 – estratégias biopolíticas

A lógica biopolítica realiza uma redução da vida subjetiva do sujeito a seu funcionamento meramente orgânico, estabelecendo um ideal moral que implica um bem-estar com seus efeitos políticos de verdade, que fica explícito na polêmica definição de saúde da Organização Mundial de Saúde: “um estado dinâmico de completo bem-estar *físico, mental, espiritual e social* e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1947). Essa estratégia busca orientar e modificar o funcionamento no estilo de vida do sujeito através de táticas que podem se apresentar na forma de uma nova moral médica: prescrições quanto à higiene pessoal, a dietética alimentar e sexual, a estética do corpo e a domesticação do gozo.

Encontramos essa idéia de uma totalidade do sujeito, mas na forma do que poderíamos denominar paradoxalmente como uma totalidade fragmentada, ou seja, os aspectos assim referidos como “*físico, mental, espiritual e social*” são citados, aparentemente considerados na prática, mas sem repercutir na posição de poder na qual o discurso biopolítico se posta. Esses aspectos na verdade apenas constam como simples enunciados sem maiores consequências na direção do tratamento, pois terminam por serem submetidos à lógica biomédica.

Lembrando que cada vez mais devemos ver um paciente como um todo, não como uma parte. Levando em conta essa posição mais holística, o paciente como ser social, emocional, físico, que todas as repercussões interagem. Por isso mesmo cada vez mais é preciso que você tenha um grupo, uma equipe, para, em determinadas circunstâncias, fazer um tratamento conjunto com o paciente. (Entrevistado E1)

Em outra passagem essa redução se explicita:

A grande maioria de procura hoje é uma solicitação da mídia a uma solicitação 'você tem que ser magra'. Tá certo. Você tem que ser magra e tem que ir a um endocrinologista. A grande maioria das vezes ela não precisa de um endocrinologista, talvez ela precisasse de um educador físico ou de um nutricionista. (Entrevistado E4)

Como se vê não há uma interrogação do imperativo biopolítico “você tem que ser magra”, mas apenas um deslocamento em direção a outra prática. Quando pensamos que o limite da lógica biopolítica se apresentaria o que se revela é apenas um limite de uma prática profissional. Até são aceitos os limites da prática médica, contanto que não se questione a verdade biopolítica de que se deve ser magra.

Apesar da dominância desse discurso não podemos desconsiderar que há uma falha, uma entropia como sugere Lacan (2008) em toda estrutura. Parece mesmo que todo o drama que se encena na prática médica gira em torno desse fracasso insuportável que o sujeito e o gozo impõem aos ditâmes médico-científicos, mas que marca uma centralidade por onde orbitam essas práticas.

C-7-2 – estratégias clínico-discursivos-práticas

Consideramos as estratégias clínico-discursivas-práticas como vias por onde os profissionais encaminham a direção da clínica na tentativa de alcançar uma maior adesão do paciente ao tratamento. Encontramos fundamentalmente três estratégias que podemos definir como:

- 1.1.1.1.1. Estabelecer uma boa relação médico-paciente;
- 1.1.1.1.2. Conscientização e esclarecimento do paciente quanto à importância de sua participação no tratamento;
- 1.1.1.1.3. Encaminhamento para outros profissionais;

Pudemos observar que são estratégias que se articulam, já que no entendimento dos entrevistados, uma “boa” relação médico-paciente abre o caminho para uma conscientização, um esclarecimento e uma boa adesão ao tratamento. Sabemos, a partir da psicanálise, que a estratégia de conscientização desconhece uma lógica do inconsciente e seus obstáculos, muito especialmente o gozo. Desde Freud (1974) sabemos que a constatação de uma dedicação transferencial à figura do médico não garante uma adesão ao tratamento e em muitos casos determina mesmo uma resistência e seu fracasso caso não seja devidamente manejada.

Mais uma vez nos deparamos com o que Lacan (2001) denomina uma “falha epistemo-somática” (p. 11) uma inobservância do lugar do sujeito e do gozo nos

processos de medicalização. Diz Lacan,

Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capas de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer (p.12).

Essa posição discursiva ilustra muito bem o que poderíamos denominar, utilizando das proposições lacanianas (Lacan, 1992) sobre os quatro discursos, de uma alternância de discurso. Se por um lado o médico ocupa uma posição de mestre dirigindo a consciência e ministrando um esclarecimento na relação médico-paciente, por outro o que dá sustentação e garantia “científica” ao seu lugar é uma constante referência a uma verdade biopolítica inerente à função política do saber contemporâneo – uma função de agente característica do discurso universitário (Lacan, 1992). Nesse caso o sujeito ou se apresenta como uma verdade desconhecida e, portanto, inconsciente (como encontramos no discurso do mestre) ou então, como uma produção determinada por um agenciamento do saber universitário, na forma de um sujeito consciente ou esclarecido.

Essa estrutura discursiva universitária que sustenta o processo de medicalização não é exclusividade da clínica médica, pois como uma topologia ela ancora as mais variadas práticas e discursos. Talvez seja isso que sustente a lógica multidisciplinar referida por vários profissionais entrevistados muito comum a diversas áreas.

E a partir da aceitação ou não dele, eu vejo que aquele paciente não está conseguindo lidar com a doença dele no ponto de vista psicológico. Eu encaminho pros profissionais, que nós temos psicólogos aqui. Não temos psiquiatra, mas temos psicólogos. (Entrevistado E3)

Eu acho que o paciente não tem consciência disso. E eu acho que deva ter uma equipe multidisciplinar que saiba abordar isso. Eu não sei. Eu acho que tem que mostrar ao paciente alguma forma, fazer psicoterapia, alguma coisa assim e a gente não é pra culpar um dedo, ou uma perna ou um joelho, uma coisa que tá dentro da cabeça da gente. Senão, se o paciente não se conscientizar ele não vai ficar bom não. (Entrevistado E6)

Essa lógica multidisciplinar não implica, contudo, uma retirada ou mesmo uma crítica à dominância biopolítica, pelo contrário, o que parece é que os diversos saberes buscam uma complementaridade no caminho de um ideal de adesão e de submissão do sujeito aos tratamentos. Delatam assim uma cumplicidade piedosa de cada uma com a falha recalçada dos outros.

C-7-3 – estratégias éticas

O que consideramos estratégias ético-discursivas não se referem a uma concepção jurídica ou burocrática da direção do tratamento. Aplica-se muito mais a uma posição ético-política que sustenta a prática médica diante, tanto das demandas trazidas pelos pacientes, como em relação aos ideais morais e biopolíticos concernentes aos discursos e tratamentos oriundos dos processos de medicalização.

Sendo assim não esperamos encontrar essas estratégias de uma forma prescritiva, explícita por parte dos profissionais envolvidos, já que entendemos que elas podem se apresentar numa enunciação velada, própria a cada discurso. Senão vejamos:

A maioria sempre quer alguma coisa..E isso faz com que a gente chame a medicina de iatrogênica. De você causar mais mal do que bem. Muitos tratamentos são feitos desnecessariamente, né? Na Europa o pessoal chama de tratamento desnecessário. Porque realmente a evolução natural daquela doença naquela extensão - o paciente vai morrer com câncer. E o ideal seria um tratamento paliativo, e a gente ter uma estrutura de tirar a dor, aliviar determinadas coisas que seriam básicas para ele levar até o final da vida. Mas, qualidade de vida ele não mais tem. (Entrevistado E3)

Não há referência explícita à palavra ética, apenas exemplos de preocupações nos tratamentos. Alguns entrevistados comentam sobre a conduta do paciente, como se essa conduta fizesse os médicos tomarem algumas decisões complicadas. A proposição sobre a posição do médico encontrada é a de um profissional que responde à demanda do paciente.

O discurso médico está vinculado a uma demanda, e as demandas advêm de certas condições discursivas no laço social. A esse respeito Almeida e Schramm (1999) salientam a importância das chamadas “novas demandas sociais” na posição que o paciente ocupa. Para os autores o paciente passivo (a semântica da palavra paciente já é um indicativo de tal posição) que outrora visitava os consultórios médicos procurando seu saber e sua orientação passa à posição de um paciente ativo, que “consome” saúde, conhece seus direitos (p. 16).

Essa posição que os profissionais de saúde precisam ocupar os retira de uma posição de curadores, dando-lhes a obrigação de “satisfazer o cliente”, numa proposição que Almeida e Schramm (1999) chamam a de uma medicina dos desejos (p. 16). O advento das diversas tecnologias que incidem sobre o corpo que já não aparecem mais

como ofertas de cura e recuperação, mas sim como proposições de um melhor arranjo imaginário do corpo, ou de um aprimoramento de seus potenciais, impõem um novo paradigma ao fazer médico, uma modificação que mais do que nunca os assenta nesse lugar de respondentes das mais variadas demandas que lhes chegam.

A nova configuração das políticas de saúde que pressupõe um direito à saúde como condição básica de cidadania põe os médicos numa espécie de posição de devedores, cabe aos médicos atender a procura dos pacientes, uma vez que estes têm direito ao atendimento, aos objetos medicinais oferecidos como ícones de saúde. Benoit (1988) chama a atenção para o fato de que falar de objeto medicinal não remete tão somente aos medicamentos, mas sim a todo objeto que é produto do saber médico, concreto ou não, assim figuram nessa categoria também as prescrições, receitas e orientações dadas ao paciente (p. 72).

Postados nesse lugar outro, se projeta no âmbito social um oferecimento de saúde (promoção de saúde) em todos os graus: o médico deve não apenas responder à demanda de saúde do paciente, mas também estar aliado aos avanços biotecnológicos num oferecimento constante de melhoria, de obtenção de um potencial do corpo melhor que aquele de outrora.

O problema disso – e os relatos de nossos entrevistados vão nesse rumo – é que esse fato produz uma demanda de largas proporções da qual os profissionais não conseguem dar conta, uma vez que existe aí um furo, este mesmo que Lacan denominou falha epistemo-somática (Lacan, 2001). Isso se salienta partindo do fato de que os entrevistados se dão conta dos efeitos iatrogênicos dos tratamentos medicamentosos, não se referido, no entanto, ao que fazer com tais efeitos.

Considerações finais

Diante das nossas interrogações iniciais acerca dos limites do discursos e da prática médica para lidar com as manifestações do sujeito e do gozo, assim como sobre as estratégias possíveis encontradas nesses tratamentos, podemos dizer na foma de uma conclusão geral, que *constatamos a apresentação dessas manifestações do sujeito e do gozo na prática médica, chegando mesmo a serem comentadas e consideradas na direção dos tratamentos*. Os profissionais remetem-se constantemente à isso como um “obstáculo” ao que deve ser ultrapassado. O que se observa, portanto, é uma “*resistência do discurso*”, como já havia formulado Lacan (1992). Não se trata, pois, de uma

limitação pessoal dos médicos mas uma “impossibilidade” de lidar com esses fenômenos, determinada pela estrutura discursiva que ancora suas práticas.

Outra dificuldade que compactua com a anterior é o fato de não haver no campo médico uma teoria do sujeito nem tampouco do gozo que permita a consideração desses aspectos. Como dissemos, os autores que pensam essas questões, de uma maneira geral, lançam mão de outros saberes – seja a filosofia, a sociologia, a psicologia, a hermenêutica, entre outros. Curiosamente nesta lista não se apresenta a psicanálise, com raras exceções. Tanto os teóricos como os práticos reduzem essas problemáticas a uma pragamática da comunicação e de uma “apreciação hermenêutica” do sujeito.

Uma idéia preponderante é que os médicos necessitam uma melhor formação dirigida à interação e comunicação com os pacientes, muito especialmente voltado para a prática clínica. Entretanto, essa preponderância não parecer produzir efeitos na formação medica acadêmica.

Constatamos também que há por parte dos médicos um reconhecimento das demandas, de maneira que muitas vezes respondem e em outras rejeitam sair da padronização dos procedimentos. Se por uma lado confundem as demandas “pessoais” embutidas na queixa com um “pedido de cura”, por outro as rejeitam como obstáculos de ordem psicológica. Nesses casos encaminham para um profissional da área.

Isto implica em que o tratamento médico permanece ingenuamente limitado e aprisionado à uma tentativa de responder a demanda dos pacientes. Não se dão conta de que existe um “além da demanda” que inclusive faz resistência ao tratamento.

Nesses casos usam como estratégia uma padronização dos procedimentos clínicos, de maneira à não deixar contaminar a pureza dos dados com demandas de outra ordem. Com essa padronização recusam outra dimensão da fala, mantendo o sujeito apenas em sua lógica da “enunciado” (LACAN, 1998B).

Quer dizer, os aspectos subjetivos que se apresentam na prática clínica, geralmente são considerados obstáculos, e imediatamente negativados. Há uma grande dificuldade, tanto discursiva, como prática de reconsiderar esses aspectos em sua positividade (FOUCAULT, 1999), ou seja, como uma via de interrogação dos limites da clínica médica. Como dissemos, o sujeito e o gozo são considerados como um “estorvo” a serem ultrapassados, não operando assim, como um fundamento para a gênese de uma crítica interna, acerca dos limites da prática e do saber médico.

Consideramos um dado bastante sugestivo o fato de não encontrarmos referências, nem teóricas, nem de pesquisa, sobre o fracasso do tratamento nas

produções do campo médico. Seja a morte ou a falta de adesão, sempre são refutados como efeitos nefastos pelos quais os médicos não se responsabilizam. Trata-se ou do inevitável destino, ou de uma falta de conscientização, de resistência, ou impedimentos por parte do paciente. A lógica discursiva médica permanece intocada. Estaríamos remexendo aqui com o narcisismo do campo médico, com uma impossibilidade narcísica de lidar com os limites, com os fracassos e com a morte?

Por fim, podemos concluir que o sujeito e o gozo se apresentam na prática médica, promovendo a contituição de estratégias para lidar com esses fenômenos. Como dissemos, há um reconhecimento mas uma imediata tentativa de negativá-los, adequá-los, pelas vias da conscientização, do comedimento. Todas essas estratégias giram em torno da problemática da adesão ao tratamento, seus entraves e obstáculos. Trata-se e uma concepção empírica e ingênua tanto do sujeito como do gozo.

A “falha epistemo-somática” realmente se apresenta quando constatamos uma completa recusa da idéia de que o paciente possa promover seu adoecimento e sua destruição. A crença na demanda de cura é inabalável, e o paradoxo do gozo recusado.

A falta de interrogação direta da prática por parte dos médicos, produz como consequência uma nefasta “despolitização”, no sentido de não interrogarem suas crenças e procedimentos. A ordem médica, como denomina Clavreul (1983) se confirma na forma de um “imperativo biopolítico”. A função política do sujeito e do gozo seria exatamente demonstrar os limites e os furos dessa “ordem biopolítica”. Abriria-se assim uma boa oportunidade de politizar essa “tecnologia médica”; mas o que ocorre estrategicamente é outra coisa: desloca-se a responsabilidade para outra prática. Apesar de se reconhecer os limites da clínica, não se interroga a função de verdade dos postulados médico-biopolíticos.

A idéia de uma interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade, corre o grave risco político de se manter unicamente numa complementaridade fraterna entre os saberes na busca “paranóica” de uma adesão e submissão do sujeito ao tratamento, sem que cada saber faça uma função de “outro” para seus pares. A “falha” - aqui entendida como Lacan (2008) a define – antes de ser uma motivo para pensar suas práticas, parece suportar uma ingênua prática da complementaridade.

Sabemos que é uma função de verdade na topologia do discurso que dá sustentação e garantia científica à dominância da lógica biopolítica. E é essa lógica discursiva que legitima também o lugar de mestria do médico no mundo

contemporâneo.

O que encontramos em nossos trabalhos diz respeito também às demandas que se dirigem para esse “mestre moderno” (LACAN, 2008) e como os médicos estão completamente tomados pela idéia de que tem que respondê-las, constituindo assim uma posição ética, mas que resvala muito mais para um “imperativo moral biopolítico”. Os médicos também estão submetidos à essa ordem (CLAVREUL, 1983).

O que se produz daí, como vimos, é uma prática ingênua quanto às demandas que lhe assomam, e uma “paranóia bem sucedida” (LACAN, 2008) que na prática faz sucumbir profissionais e pacientes.

Acreditamos que essa interlocução que iniciamos com essa pesquisa, serve para abrir uma “falha” nesse discurso, com a intensão de promover uma etificação política das práticas, discursos e modelos médicos. Certamente é essa a crucial função política do sujeito e do gozo, não só para ao campo médico, mas para a manutenção de uma singularidade do sujeito no mundo contemporâneo.

Referências:

ALMEIDA, J; SCHRAMM, FR. Transição paradigmática, metamorfose da ética médica e emergência da bioética. Cad. Saúde Pública [online]. 1999, vol.15, suppl.1, pp. S15-S25. ISSN 0102-311X. Doi: 10.1590/S0102-311X1999000500003.

<<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/>>. Acesso em: 06 jun. 2008, 15h30min.

AYRES, J. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis [online]. 2007, vol.17, n.1, pp. 43-62. ISSN 0103-7331.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-7331&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2008, 15h40min.

AYRES, J. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001.

AYRES, J. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 549-560. ISSN 1413-8123.

<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre/>>. Acesso em: 06 jun.2008, 15h45min.

BENOIT, P. *Psicanálise e medicina: teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar editor, 1988. 142 p.

BOTELHO, J. *História da Medicina – da abstração à materialidade*. João Bosco Botelho – Manaus: Editora Valer, 2004. 388 p.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.4, pp. 923-931. ISSN 0102-311X.
<<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/>>. Acesso em: 07 jun.2008, 10h.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo - Editora Brasiliense, 1983.

DANZIATO, L. *O Gozo e o Poder: sobre a Dimensão Genealógica do Gozo*. Tese(doutorado). UFC. Fortaleza, 2006.

FREUD, S. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1915) *Artigos de Metapsicologia*. Vol. XV.

_____. (1924) *O Problema Econômico do Masoquismo*. Vol. XIX.

_____. (1920) *Além do Princípio do Prazer*. Vol. II.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde soc.* [online]. 2005, vol.14, n.3, pp. 111-118. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902005000300007
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2008, 10h30min.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. *A História da Sexualidade II – O Uso dos Prazeres*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977. 262 p.

_____. *Nascimento da biopolítica (1926-1984): curso dado no collége de France*; edição estabelecida por Michel Senellart; sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão da tradução Claudia Berliner. – São Paulo: Martins Fontes, 2008. 397 p.

_____. *Ditos e escritos (1926-1984) Ética, sexualidade, política/Michel Foucault*; organização e seleção de textos Manoel Barros de Motta; tradução Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *Ditos e escritos (1926-1984) Estratégia, Poder-saber/Michel Foucault*; organização e seleção de textos Manoel Barros de Motta; tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. *A Ordem do Discurso*. São Paulo, Loyola, 1999.

GONÇALVES, EL. *A Educação Médica e a Relação Médico-Paciente*. *Revista de Pediatria (São Paulo)* 1999; 21 (3): 174-181.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. *Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão*. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 255-268. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000100031.

<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre/>>. Acesso em: 08 jun. 2008, 19h40min.

GROSSEMAN, Suely and STOLL, Carolina. *O Ensino-Aprendizagem da Relação Médico-Paciente: Estudo de Caso com Estudantes do Último Semestre do Curso de Medicina*. *Rev. Bras. Educ. Méd.* [online]. 2008, vol. 32, n.3, pp. 301-308. ISSN 0100-5502. doi: 10.1590/S0100-55022008000300004.

<<http://www.educacaomedica.org.br/>>. Acesso: 08 jun. 2008, 09h50min.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina, Opção Lacaniana, local:editora, n.32, 2001, p.8-14.

_____. A Ciência e a Verdade. in Escritos, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

_____. Subversão do Sujeito e a Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano. in Escritos, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998b.

_____. (1956-57) O Seminário 4: A Relação de Objeto. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.

_____. (1959-60) O Seminário 7: A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

_____. (1964-65) O Seminário 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988b.

_____. (1968-69). Seminário 16: De um Outro ao outro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2008.

_____. (1969-70) O Seminário 17: O Averso da Psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.

_____. (1971-72) Seminário 19: ... ou Pior. Salvador, Publicação não comercial do Espaço Möebius, 2003.

LOWN, B. A Arte Perdida de Curar. - São Paulo: Editora Fundação Peirópolis, 2008.

MOTA, J. Quando um Tratamento Torna-se Fútil? Revista Bioética, vol.7, no.1. 2009.

SERODIO, A; MAIA, J. Do Humanismo à Ética: Concepções e Práticas Docentes na Promoção do Desenvolvimento Moral do Estudante de Medicina, Revista Bioética 17

Leonardo José Barreira Danziato e Leonardo Barros de Souza

(2), p.281-296, 2009.

**THE PLACE OF THE SUBJECT AND THE JOY ON THE PROCESSES OF
MEDICALIZATION OF SYMPTOMS**

ABSTRACT:

This is a research report which we investigate the place of the subject and of enjoyment in medical practices and discourses. We aim to limit the discursive and practical strategies used by the medical field to deal with paradoxical phenomena that involve the body and its various dimensions, forming an obstacle to referral of the treatments. Said phenomena, based on psychoanalysis, can be defined as the unique nature of the subject and the intensities of the instinctual body. To consider both the medical discourse in a broad sense, not only restricted to medicine, but as a "medical order", which involves a determination not only discursive, but fundamentally bio-political. We conducted a discussion thereafter in order to politicize medical discourses and practices, to ensure an assessment of political subjectification effects of contemporary processes of medicalization of the symptoms.

KEYWORDS: Subject. Joy. Medical order.

**LA PLACE DE SUJET ET DE LA JOUISSANCE DANS LES PROCESSUS DE
LA MÉDICALISATION DES SYMPTÔMES**

RÉSUMÉ:

Ce travail c'est un rapport de recherche où il a étudié sur la place du sujet et de la jouissance dans les pratiques et les discours médicaux. Nous cherchons ainsi à définir les stratégies pratiques et discursives utilisées par le domaine médical pour faire face à des phénomènes paradoxaux qui impliquant le corps dans ses différentes dimensions, et

qui font faire obstacle à l'acheminement des traitements. Ce sont des phénomènes qui dans la psychanalyse nous pouvons définir comme le caractère unique de sujet et les intensités pulsionnelles du corps. Par conséquent, nous considérons le discours médical d'une manière globale, non seulement restreint à la médecine, mais comme un "ordre medical", ce qui implique une détermination non seulement discursive, mais fondamentalement bio-politique. Nous avons effectué ensuite une discussion avec l'intention de de politiser les pratiques et les discours médicaux, afin d'assurer l'examen des effets politiques et de subjectivation des processus contemporains de la médicalisation des symptômes.

MOTS-CLÉS: Sujet. Jouissance. Ordre medical.

Recebido em: 09-12-2015

Aprovado em: 25-02-2016

©2016 Psicanálise & Barroco em revista
www.psicanaliseebarroco.pro.br
Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura – UFJF/CNPq
Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.
Memória, Subjetividade e Criação.
www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php
revista@psicanaliseebarroco.pro.br www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista