

A QUESTÃO DO SUJEITO E AS PRÁTICAS DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE



Cristiane de Almeida Pacheco

Universidade Veiga de Almeida – Rio de Janeiro – UVA - Brasil

Gloria Schweb Sadala

Universidade Veiga de Almeida – Rio de Janeiro – UVA - Brasil



Resumo

O presente artigo apresenta algumas considerações acerca da importância da inclusão do discurso do sujeito nas práticas das ciências da saúde, isso porque a sociedade contemporânea, sob influência do discurso capitalista, da ciência e da tecnologia, tende a excluir o sujeito. A partir da teoria e prática psicanalítica que ressaltam a singularidade, dando relevância ao saber do sujeito sobre seu sofrimento, propomos uma reflexão sobre as práticas das ciências da saúde, focalizando especialmente a avaliação diagnóstica. Para isso, partiremos de um estudo acerca da questão do sujeito, revendo seu lugar nas práticas das ciências da saúde na atualidade, a fim de apontarmos possíveis contribuições da psicanálise para essas práticas.

Palavras-chave: ciências da saúde; sujeito; psicanálise.

Introdução

A questão do sujeito

O conceito de sujeito é um ponto crucial na teoria psicanalítica e através de seu exame podemos inferir a importância da consideração do discurso do paciente nas práticas das ciências da saúde. O sujeito da psicanálise constitui-se a partir da linguagem e apresenta peculiaridades. É evanescente, escapa, não se apresenta sempre da mesma maneira e nem nos mesmos lugares. Presentifica-se na fala daquele que procura um profissional da saúde em função de algum sofrimento ou dificuldade. Apreender algo desse sujeito permite-nos ter acesso aos determinantes que respondem por alguns males tratados no campo da saúde.

A interlocução entre psicanálise e filosofia contribuiu para diversas formulações psicanalíticas, mas especialmente a concepção de sujeito aponta para as articulações efetuadas nestes dois campos de saber.

Freud (1933[1932]), nas *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, apresentou a *Conferência XXXV*, intitulada *A questão de uma Weltanschauung*, onde opôs a psicanálise à filosofia. Ele argumenta sobre a não inclusão da psicanálise como uma *Weltauschauung*¹, colocando-a, assim, num lugar bem diferenciado da filosofia, uma vez que aquela pretendia captar a totalidade do ser. Ao contrário, a pesquisa psicanalítica se dirige para objetos circunscritos, buscando sempre se inserir nos procedimentos do discurso científico.

Tomando o conceito de sujeito, podemos dizer que, para a filosofia, ele é concebido no registro do eu, estando inscrito no campo da consciência.

A psicanálise subverteu esta ideia acerca do sujeito, em vigor até a invenção freudiana, e formulou o descentramento do sujeito, tanto em relação à consciência como em relação ao eu. A criação da psicanálise estabeleceu-se com a descoberta do inconsciente, o qual se refere a um registro psíquico com lógica própria, princípios específicos e funcionamento peculiar, o que lhe confere um lugar para além da consciência. Essa descoberta determinou mudanças nos saberes sobre o psiquismo instituídos até então, como a psiquiatria e a psicologia e também novas abordagens nas práticas das ciências da saúde em geral.

A tradição cartesiana “Penso, logo existo” esteve presente na psiquiatria que considerava a alienação mental como estritamente relacionada ao registro da consciência. Também os estudos da psicologia a respeito das faculdades mentais tomavam a consciência como referência. Somente o discurso psicanalítico tornou possível o deslocamento de foco do eu para o inconsciente. Com a promoção desta mudança de registro incluiu-se, como manifestações da subjetividade, todas as produções humanas, desde as psicopatologias da vida cotidiana com seus atos falhos, lapsos e esquecimentos, até os sintomas, as alucinações, os delírios. Essas produções do sujeito explicitam um saber próprio sobre o inconsciente, as peculiaridades de sua realidade psíquica e a força das determinações significantes.

Considera-se o texto de Freud (1900) *A interpretação dos sonhos* como a obra inaugural da psicanálise. Isso porque os sonhos estão sempre repletos de sentido, impondo sempre uma interpretação. E o que regula a construção do sentido do sonho é o desejo. Isso levou Freud a considerar o sonho como a via régia para o conhecimento da lógica do

inconsciente. No entanto, concebemos a presença do inconsciente no próprio discurso do sujeito. A escolha das palavras, a pontuação, a sintaxe, os lapsos, os tropeços em sua fala, sempre expressam o que há de mais verdadeiro e singular nesse sujeito. Todo aquele que já experienciou a psicanálise sabe que a verdade do sujeito escorrega por entre as palavras, pode aparecer como marca no corpo através de sintomatologias orgânicas ou mesmo se fazer presente através de dificuldades profissionais e sociais.

A noção central do campo psíquico é a de sujeito. E uma das principais contribuições da psicanálise às práticas das ciências da saúde é apontar a importância da consideração do discurso do sujeito para dele apreender algo de uma verdade singular.

Freud (1920), em seu texto *Psicologia de grupo e análise do ego* afirma sobre a indissociabilidade entre o individual e o social, pois as manifestações da subjetividade estão sempre inter-relacionadas com o social e a cultura. A família, as instituições, assim como a arte, a literatura e os mitos são focalizados pela psicanálise por constituírem campos propícios para as expressões do sujeito.

Propomos, neste ponto, tecer algumas considerações sobre a categoria de sujeito na psicanálise. Para isso partiremos da origem do termo estrutura, a fim de chegarmos a uma compreensão da questão do sujeito. Segundo Cunha (2007), estrutura é um substantivo feminino, oriundo do latim *structura*, que diz respeito à disposição ou à ordem das partes de um todo. O termo estrutura também é descrito como um conceito teórico relativo às ciências humanas e sociais do século XX, que tem como essência “um sistema de relações abstratas que forma um todo coerente, que subjaz à variedade e à variabilidade dos fenômenos empíricos, e é tomado como atributo interno da realidade, constituindo, por isso, objeto privilegiado da análise” (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2008).

O estruturalismo se constituiu como um movimento do pensamento no início do século XX. Podemos destacar como expoentes do estruturalismo: Ferdinand Saussure, Roland Barthes, Roman Jakobson, Claude Lévi-Strauss, Jacques Lacan, dentre outros. O estruturalismo tem como base os fundamentos lingüísticos e antropológicos e se inicia a partir do Curso de Linguística Geral de Ferdinand Saussure em 1916, onde a concepção de estrutura apoia-se no estudo da linguagem como sistema de signos. Este autor diferencia a língua da fala, sendo a primeira um sistema de signos independente da fala, que é a utilização da língua pelos falantes. A partir dessa diferença surge a semiologia (ciência dos signos), que concebe o

conjunto da linguagem como uma estrutura. E a linguagem é um sistema de relações onde o conhecimento do sistema permitiria o reconhecimento de todos os elementos.

O método estrutural da linguística tem como objetivo construir modelos abstratos capazes de explicar os fenômenos da linguagem. Esse método se constituiria como um tipo de álgebra da linguagem onde o modelo abstrato de relações se assemelha à realidade inconsciente.

Pouillon (1968, p.8) conceitua a estrutura como “aquilo que a análise interna de uma totalidade revela: elementos, relações entre tais elementos, e a disposição, o sistema dessas mesmas relações”. Podemos dizer que a estrutura é um sistema de relações abstratas que forma um todo coerente que engloba a variabilidade dos fenômenos empíricos, e é tomado como atributo interno da realidade, constituindo, por isso, objeto privilegiado da análise. Possui um caráter de totalidade uma vez que esse todo somente pode ser compreendido a partir da análise de seus componentes e da função que cada um cumpre dentro do todo.

Estrutura é um termo amplamente utilizado em psicanálise para indicar a antecedência e a prevalência do todo sobre as partes, destacando também que as partes se inserem na totalidade de acordo com critérios de ordem e de valor, definidos pela lei que constitui a totalidade como um conjunto.

Esse é o sentido que introduziu o conceito de estrutura na antropologia social por volta dos anos 40, quando o modelo de linguagem como estrutura era a matriz teórica do pensamento estrutural. Desse modo, o conceito de estrutura foi enunciado como uma ordenação lógica e matemática rigorosa, onde as partes não são consideradas como substancialidades em sua inserção na totalidade, implicando um formalismo lógico-matemático na sua leitura, centrado no modelo da linguagem.

A inscrição da psicanálise no pensamento estruturalista tem um caráter de condicionar sua cientificidade. Desse modo, o estruturalismo ganhou força, principalmente nas possibilidades que oferecia para um estudo científico de diversos fenômenos que, antes dele, eram de difícil abordagem. Esse é o caso dos fenômenos humanos, que não possuem a regularidade exigida para o estudo científico existente nos fenômenos físicos. É justamente essa leitura estrutural da obra de Freud que irá buscar fundar a psicanálise como uma ciência.

Podemos dizer que a estrutura é um dado que não se deixa definir, mas é possível mostrar seu funcionamento. E Lacan, ao apostar na estrutura, constrói a teoria da cadeia: “uma vez que se está de acordo em chamar de significante o termo mínimo da estrutura

mínima, só há cadeia de significante e todo significante está em cadeia” (MILNER, 2003, p.162).

A noção de estrutura aparece em psicanálise pela primeira vez em 1895, no texto de Freud denominado *A psicoterapia da histeria*, onde a histeria é considerada como uma estrutura de três elementos: um arquivo de lembranças, um núcleo traumático e um fio lógico. Os dois primeiros seriam arranjos morfológicos e o fio condutor seria dinâmico. Desse modo, Freud nos diz que o arquivo de lembranças pode ser consultado do mesmo modo que um arquivo de documentos: do mais recente para o mais antigo. O núcleo traumático cria obstáculos a essa consulta e pode ser considerado como responsável pela resistência ao tratamento. Por último, o fio lógico se inicia com as lembranças mais recentes e sua trajetória se faz em ziguezague, jamais em linha reta. E é justamente através da fala que se torna possível algum acesso a este fio lógico e a essas lembranças.

Podemos dizer que a releitura de Freud nos faz perceber a existência de uma ideia de estrutura em suas formulações, embora o termo estrutura não tenha sido por ele utilizado. Um outro momento, em que podemos verificar a existência de uma referência à estrutura, sem uso do termo, em sua obra é no texto da *Conferência XXXI - A dissecação da personalidade psíquica* (1933[1932]). Neste texto, após dissertar acerca da possibilidade de divisão do eu, Freud se refere à noção de que a patologia pode atrair a atenção dos psicanalistas para situações que passariam despercebidas por outras pessoas e que a metáfora do cristal esclarece as formulações freudianas

Onde ela mostra uma brecha ou uma rachadura, ali pode normalmente estar presente uma articulação. Se atirmos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo (FREUD, (1933[1932]), 1989, p.77).

A noção a respeito das estruturas clínicas já está presente na obra de Freud, tendo sido sistematizada por Jacques Lacan. É ele quem afirma que a estrutura é a linguagem, se inscreve no real e é no campo da linguagem que a fala se torna possível em sua função de convocar a presença real de um sujeito.

Em *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, Lacan (1957) considera que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente toda a estrutura da linguagem. Neste texto o autor tem como referência o algoritmo de Saussure e, mesmo considerando-o como fundamento da cientificidade da linguística, submete-o a algumas

modificações significativas e retoma as figuras de retórica utilizadas por Jakobson: a metáfora e a metonímia. Estas são utilizadas para explicar o desenvolvimento do discurso e também são consideradas como dois processos de funcionamento do inconsciente.

Lacan considera que a estrutura funciona combinando os significantes que determinam a realidade de um sujeito e por isso tem que ser próxima da experiência. Sua fórmula de que o sujeito é o que um significante representa para outro significante tem como base a teoria dos conjuntos. Em *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: "Psicanálise e estrutura da personalidade"* Lacan (1960) define o termo estrutura como palavra-chave deste relatório e nos diz que:

A categoria do conjunto, para introduzi-la, obtém nossa concordância, uma vez que evita as implicações da totalidade ou as depura. Mas isso não quer dizer que seus elementos não sejam isolados nem somáveis, pelo menos se buscarmos na noção de conjunto alguma garantia no rigor que ela tem na teoria matemática. "Que suas próprias partes estejam estruturadas" significará, por conseguinte, que elas mesmas são passíveis de simbolizar todas as relações definíveis para o conjunto, as quais vão bastante para-além de sua distinção e sua reunião, ainda que inaugurais. De fato, os elementos se definem ali pela possibilidade de serem colocados, na função de subconjuntos, como recobrimo uma relação qualquer definida e para o conjunto, tendo essa possibilidade como o traço essencial o não estar limitada por nenhuma hierarquia natural (LACAN (1960), 1998, p.654).

Em 1966, no *Pequeno discurso no ORTF*, Lacan (1966) apresenta suas ideias sobre estrutura como linguagem:

"(...) a experiência do inconsciente (...) não se distingue da experiência física. É igualmente externa ao sujeito, (...) Eu a aponto no lugar do Outro: o inconsciente é o discurso do Outro, eis minha fórmula. (...) Ele é estruturado como uma linguagem (...) já que a linguagem é a estrutura" (LACAN (1966), 1998, p.228).

Neste mesmo ano, no texto *Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer*, Lacan considera a existência de uma redundância na afirmação acima. Isso porque "estruturado" e "como linguagem" significam a mesma coisa. "Estruturado significa minha fala, meu léxico, etc., que é exatamente o mesmo que linguagem (...) Linguagem é linguagem e só há um tipo de linguagem: a língua concreta falada pelas pessoas" (LACAN (1966), 1976, p.200).

Assim, Lacan nos coloca diante da questão levantada pelo inconsciente e que toca no ponto mais sensível da linguagem: a questão do sujeito. E é justamente essa questão que irá afastar Lacan do estruturalismo, uma vez que para ele o sujeito é afetado pela estrutura. Esse pensamento pode ser encontrado em seu texto *Subversão do sujeito e dialética do desejo no*

inconsciente freudiano onde questiona: “Uma vez reconhecida a estrutura da linguagem no inconsciente, que tipo de sujeito podemos conceber-lhe?” (LACAN (1960), 1998, p. 814).

E essa pergunta nos leva a refletir acerca do diagnóstico em psicanálise, que nos aponta de imediato para a relevância da consideração do sujeito na tarefa diagnóstica. Para isso devemos nos remeter ao complexo de Édipo, fundamental no estudo das estruturas clínicas. Este representa um conjunto sistematizado de elementos, onde verificamos a posição do sujeito em relação aos elementos que compõem esse sistema (mãe, pai, criança, falo). E para conceber esse sujeito é necessário nos remetermos à inscrição da falta, à questão da castração. A constituição do sujeito se dá pelo significante em sua articulação com outro significante. Para Lacan a estrutura não é uma construção, a estrutura da linguagem é pré existente a cada sujeito. Uma vez que preexiste, tem seus efeitos.

Neste momento cabe explicar como isso ocorre. A mãe (ou a pessoa que exerce este papel) toma o bebê em uma posição desejante e, ao cuidar dele, faz de si mesmo o instrumento da vivência de satisfação do bebê. Ao transformar o grito da necessidade em apelo, é nomeada a demanda de um sujeito. A essa demanda suposta a um sujeito, a mãe responde trazendo o apaziguamento, e é por meio dessa comunicação, na qual se supõe um sujeito que se instaura o simbólico.

Para que um bebê sobreviva, é necessário que ele busque a linguagem para se comunicar, e passa a servir-se da linguagem em grito, em vocalizes, na intenção de convocar o outro. Desse modo, haverá uma mediação até o ponto em que a linguagem sozinha resolva a tensão. O que vem dar a esse bebê a sensação de prazer é a alternância vivida entre tensão orgânica e apaziguamento, uma vez que, antes de o bebê possuir um eu, ele é submetido a esse ritmo imposto pela mãe. Esse tempo é rompido quando a articulação entre tensão e apaziguamento falha, obrigando o bebê a mobilizar-se para refazê-la. Nesse momento, ele engaja-se na linguagem, e se manifesta para apelar ao Outro o retorno do ritmo perdido; ou seja, a sua manifestação tem função simbólica. Assim, a mãe empresta para o bebê uma subjetividade que ele ainda não tem, ao introduzi-lo na linguagem.

O bebê, recém-nascido, é apresentado ao mundo por sua mãe (ou por aquele que irá cumprir essa função). É através dessa relação, onde as necessidades do bebê são supridas, que ele é inserido no campo da linguagem. A mãe que limpa, cuida, alimenta, é a mesma que nomeia o mundo externo para o bebê. É ela quem atribui significados e fornece sentidos. Esse

espaço onde ocorrem essas trocas é o campo da linguagem. Essas ações são justamente o que determina a constituição do sujeito.

Tomemos como referência o texto de Elia (2005) *Desenvolvimento, estrutura e gozo* onde nos diz que o sujeito é um efeito do significante, é sujeito do inconsciente e se refere à série complementar, formulada por Freud com o objetivo de explicar de que modo os quadros clínicos se produzem como uma estrutura no sentido mais rigoroso do termo. Essa série complementar é composta por quatro elementos que precisam estar articulados para que se produza uma neurose:

(...) a) a constituição; b) experiência traumática infantil; c) disposição à neurose (este termo não é um fator como os outros, mas a síntese parcial dos dois primeiros que, no entanto, deles se destaca como sendo um termo a mais); e d) fator desencadeante da vida posterior (ELIA, 2005, p.14).

Assim, podemos dizer que Freud considera a constituição e o trauma infantil como uma disposição à neurose. Entretanto, para que essa realmente se desencadeie é necessário que a vida faça sua intervenção.

O efeito de estrutura se verifica exatamente por isto: é necessário que a experiência vivida pelo sujeito traga, em oferta às condições estruturais preliminares, o elemento do real, do que não poderia estar escrito nos eixos simbólicos pré-determinantes (ELIA, 2005, p.14).

Os profissionais de saúde recebem pessoas onde esse fator desencadeante já ocorreu. Houve a intervenção da vida, do real. E justamente por isso é necessário ouvir suas histórias e sua queixa.

Aqui nos voltamos à prioridade que, posteriormente em seu percurso teórico, Lacan dá ao registro do real, pois cabe ao real tudo o que não pode ser simbolizado, articulado, àquilo que não pode ser dito, nem explicado. O real é o impossível, não cessa de não se escrever, se inscreve na estrutura sob a forma de um buraco que comparece como um furo real no imaginário e como falta de um significante no simbólico. A estrutura lacaniana é contraditória e incompleta, inclui em seu campo a impossibilidade, nem tudo pode ser explicado. O sujeito do inconsciente da estrutura lacaniana se mantém fundamentalmente inacessível e se apresenta sempre em outro lugar. Uma estrutura clínica se define, portanto, na relação entre o sujeito - efeito de linguagem – e o Outro. Portanto, algo do sujeito sempre escapa nas práticas das ciências da saúde. Deixá-lo falar, considerar o saber que possui sobre si próprio, abordá-lo

a partir de vários campos de investigação num enfoque interdisciplinar são, na verdade, tentativas de lidar com este impossível de dizer.

As práticas das ciências da saúde na atualidade

Antes de tudo cabe destacar quem consideramos profissionais das ciências da saúde. São todos aqueles profissionais que lidam com os sujeitos em busca de um bem estar, considerando os aspectos físico, mental e social. São os médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc. Enfim, os que se dedicam a proporcionar saúde.

Foucault (1979) nos mostra que nem sempre o hospital existiu como instituição médica. Não surgiu apenas por razões técnicas, mas por transformar histórias que se deram a partir do século XVIII. Nesse período o hospital era uma instituição religiosa que tinha por finalidade acolher os miseráveis. Não era exclusivamente dedicada aos doentes. Sua função tinha importância no ideal da caridade cristã. Era considerado como sinônimo de hospitalidade, com conotação de caridade.

Posteriormente o hospital deixou de ser uma instituição religiosa e passou a ser uma instituição médica, a partir da disciplinarização do espaço hospitalar e das transformações nas práticas na área da saúde. Ainda neste período ocorre uma ruptura na medicina. A partir do nascimento da clínica, o corpo passa a ter uma importância, mesmo sendo considerada apenas sua superficialidade. O importante não é o que o sujeito fala da doença, mas sim o que é possível medir de sua doença.

No início do século XIX a doença passou a ser uma realidade existente no corpo e identificada pela lesão. Seu espaço é o próprio organismo, o corpo tornado doente. É uma realidade articulada com a vida e que tem vida. É como se a doença tivesse vida própria apesar de necessitar do corpo de um sujeito para desenvolver-se. Já que a doença necessita de um sujeito para desenvolver-se, como é possível não escutar este sujeito?

Houve a necessidade de olhar o doente como um sujeito que recebe influências biopsicossociais que distinguem seu adoecer de qualquer outro. Ao buscar o sentido da doença estamos preocupados com esse sujeito. Entretanto, já é possível constatar que proporcionar a ausência de doença não é suficiente para ter saúde, uma vez que a Organização Mundial de Saúde considera saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Sabe-se da importância do medicamento para proporcionar a saúde, mas também temos que saber lidar com as questões ligadas à morte, sexualidade, religião, relações interpessoais, cultura, trabalho, etc. Isso nos recorda o caso de um paciente, do sexo masculino que, aos 25 anos sofria de forte angústia. Queixava-se de aperto no peito, nó na garganta e falta de ar. Após circular por diversos consultórios e tomar medicamentos para todos os diagnósticos feitos a partir de sua queixa, chega ao consultório de um analista. Ao supor saber ao analista para apaziguar sua angústia, apresenta a seguinte questão: “Tomo tantos remédios que já não sei mais quem sou. Sinto que estou despersonalizado. Os médicos dão remédios para remediar”.

Nas instituições de saúde costuma haver uma busca pela cura do sintoma, que chega através de um sujeito. Ou seja, encontrar uma solução rápida e fácil para a angústia desse sujeito. Com base nos sintomas tenta-se diagnosticar e curar. É preciso considerar o que levou este sujeito a manifestar determinado sintoma. Em que condições vive? Como se alimenta? Tem condições financeiras para tal? Onde mora? Como mora? Enfim, considerar sua história e suas condições atuais de vida para não haver um tratamento padronizado. O paciente se encontra exposto ao olhar do outro, ao olhar do profissional de saúde, que pode receitar os mais novos medicamentos, as mais recentes terapias alternativas, as mais novas técnicas de cada saber. E ele terá que “dar seu jeito” para conseguir cumprir as determinações desses profissionais.

Essa conduta pode ser observada nos tempos atuais. Para tratar deste tema nos remetemos a Debord (1997) que em seu livro *A sociedade do espetáculo* nos apresenta a ideia da “sociedade do espetáculo” que deve ser compreendida num contexto marcado pela expansão e radicalização do capitalismo. O capital fortalece a esfera do mercado e do consumo, produzindo a figura do consumidor. Do ponto de vista da produção econômica, os meios de comunicação de massa vinculam-se à organização do mercado, convertendo-se em poderosos instrumentos de captação e de geração.

Tudo se transforma em mercadoria e seu valor é associado ao tempo de uso. As mídias de massa ampliam esta esfera, invadindo sentimentos e práticas humanas que ainda estariam fora do alcance do mercado. Aqui, o mundo sensível encontra-se substituído por uma seleção de imagens. Se a economia operou o deslizamento do ser para ter, no espetáculo impera o parecer.

A sociedade do espetáculo pode ser caracterizada como uma “sociedade da imagem”. À mídia caberia a falsificação do mundo e a substituição das vivências diretas do sujeito por experiências falsas. Num mundo que se apresenta sob a forma de imagem espetacular, a vida real é experimentada como pobre e fragmentária, movendo os indivíduos a contemplar e a consumir passivamente tudo o que lhes falta em sua existência real. O espetáculo é, assim, o sequestro da vida e a cisão do mundo em realidade e imagem. Ele define os fenômenos e os sujeitos. Quanto mais o sujeito se reconhece nas imagens dominantes, menos compreende sua própria existência, sua própria vida e seu próprio desejo. Ou seja, o sujeito experimenta uma existência, uma vida e desejos falsos.

Desse modo, podemos expandir esta ideia para as práticas das ciências da saúde, na medida em que nelas vigorar o “parecer” normal, com a ausência de transtornos. A história, as experiências, as relações com a sociedade, pouco importariam. As queixas serviriam para uma investigação diagnóstica cujo objetivo seria definir os procedimentos e a medicação mais adequada para regular o funcionamento de um organismo e da vida de alguém.

A partir do momento em que a história do sujeito deixa de ser relevante, ele se cala e não expressa seu saber acerca do que está ocorrendo. É o profissional de saúde quem procura encontrar a resposta para o sujeito. A fala do paciente não tem relevância. O paciente desconhece o que está acontecendo com ele. É o profissional de saúde quem, supostamente, sabe o que se passa com esse paciente. Através das avaliações e exames, o profissional de saúde, suposto detentor do saber, irá informar ao paciente o que se passa com ele, desvalorizando, assim, seu discurso e, conseqüentemente, sua singularidade.

Em contrapartida a esta destituição da singularidade, própria da sociedade atual e algumas vezes presente nas ciências da saúde, a psicanálise propõe transformar esse quadro ao reconhecer que o sujeito possui um saber acerca das experiências que lhe atormentam. Ela reconhece a existência de uma produção de saber mesmo na loucura, que está presente no próprio sujeito que fala ao profissional de saúde.

Esse é o diferencial mais importante a ser registrado a partir das formulações psicanalíticas. E é uma das principais contribuições que a psicanálise pode oferecer às práticas das ciências da saúde. O saber do paciente é fundamental para a psicanálise que trabalha com a palavra como seu instrumento por excelência. A psicanálise considera o inconsciente um conceito fundamental ao qual é atribuído um estatuto de saber. E somente o próprio sujeito tem acesso a esse saber. No entanto, o sujeito não sabe que possui esse saber. Por isso

podemos chamá-lo de um saber não sabido. Lacan trata desse saber em seu texto *Subversão do sujeito e dialética do desejo* (1960) e a partir da *Fenomenologia do espírito* de Hegel adquire subsídios para situar o sujeito numa relação com o saber inconsciente, um saber ignorante.

(...) Mas outra coisa é aquilo de que se trata em Freud, que é efetivamente um saber, mas um saber que não comporta o menor conhecimento, já que está inscrito num discurso do qual, à semelhança do grilhão de antigo uso, o sujeito que traz sob sua cabeleira o codicilo que o condena à morte não sabe nem o sentido, nem o texto, nem em que língua ele está escrito, nem tampouco que foi tatuado em sua cabeça raspada enquanto ele dormia (LACAN (1960), 1998, p.818).

O sintoma é considerado um enigma que só existe a partir do momento em que o sujeito fala dele. Ou seja, através do sintoma o sujeito diz algo sobre si próprio de forma indireta e velada. Isso porque o sintoma sofreu ação do recalque² aparecendo com suas distorções próprias do inconsciente, tal como ocorre nos sonhos. Quanto ao funcionamento psíquico, a psicanálise aponta a existência da operação do recalque e também os mecanismos através dos quais o inconsciente funciona: deslocamento³, condensação⁴. O que é dito pelo paciente precisa ser decifrado e é por meio das formações do inconsciente que a singularidade do sujeito se revela. A psicanálise procura estimular o paciente a falar sobre suas produções, seus sintomas, seu delírio, pois é através da fala que se manifesta a singularidade desse sujeito.

Contribuições da psicanálise

Consideramos que uma das maiores contribuições da psicanálise para as práticas das ciências da saúde diz respeito à importância do sujeito na avaliação diagnóstica. A psicanálise se fundamenta em uma modalidade de saber oriunda do inconsciente, onde a experiência do paciente e sua história são relevantes, levando a uma clínica voltada para o reconhecimento e o resgate da singularidade. Assim, a psicanálise apresenta um saber que se relaciona com a verdade e a singularidade e por isso valoriza a subjetividade em sua clínica, assim como o saber do sujeito sobre seu sintoma.

Em psicanálise efetua-se um diagnóstico estrutural a partir do discurso do sujeito, permitindo identificar as estruturas clínicas que são: neurose, psicose e perversão. Estas têm permanecido as mesmas, embora as formas do sintoma possam mudar de acordo com os

discursos em vigor na civilização. Enquanto isso, em outros campos do saber algumas vezes nega-se a subjetividade do sujeito não valorizando sua fala em suas práticas.

Em psicanálise a importância do diagnóstico é outra. É realizado a partir do discurso do paciente, considerado como parte relevante no desvendar do enigma que se apresenta através daqueles sinais e sintomas e seu objetivo principal é auxiliar na direção do tratamento.

Freud (1913) escreveu um texto que trata da importância do diagnóstico no início do tratamento. Este texto é classificado como pertencente aos escritos técnicos e se intitula *Sobre o início do tratamento*. É um texto fundamental onde a técnica psicanalítica é abordada sob a forma de recomendações partindo de uma comparação com o jogo de xadrez, acerca do qual somente são encontradas explicações técnicas de seu início e de seu final. Isto porque uma infinita série de jogadas são possíveis ao longo do jogo. Com a técnica psicanalítica ocorre o mesmo, encontramos muitas referências acerca do início e do final de análise, porém o que acontece nesse intervalo de tempo é de difícil relato por se tratar de um período singular da relação analista-analisante.

A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa, às vezes mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo pode, de vez em quando, conduzir ao fim desejado. Estas circunstâncias, contudo, não nos impedem de estabelecer para o médico um procedimento que, em média é eficaz (FREUD (1913), 1989, v.12, p.164).

Ainda neste texto Freud relata que divide a análise em duas partes. A primeira ele chama de período de ensaio e a segunda parte é a análise propriamente dita. Esse tratamento de ensaio, posteriormente chamado por Lacan de entrevistas preliminares antecede o começo da análise propriamente dita e é submetido à regra fundamental da psicanálise: a associação livre. Com este período preliminar procura-se evitar a interrupção da análise e poupa-se o paciente de uma impressão de fracasso em seu tratamento. Segundo Freud:

Este experimento preliminar, contudo, é, ele próprio, o início de uma psicanálise e deve conformar-se às regras desta. Pode-se talvez fazer a distinção de que, nele, deixa-se o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo. Existem também razões diagnósticas para começar o tratamento por um período de experiência deste tipo (...) (FREUD (1913), 1989, v.12, p.165).

Este período preliminar é relevante e possui alguns objetivos. O principal deles é o estabelecimento da transferência, pois somente através dela é possível a entrada em análise e a

presentificação do saber do paciente permitindo que seu sintoma seja decifrado. Também pretende-se familiarizar o paciente com o método psicanalítico e sua regra fundamental, a associação livre, colocando o inconsciente em funcionamento. O outro objetivo, de maior relevância para o presente trabalho, é fazer o diagnóstico. Freud justifica a importância de se fazer um diagnóstico:

Com bastante frequência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo (...) tem-se de levar em conta a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce ('esquizofrenia' na terminologia de Bleuler; 'parafrenia' como propus chama-la) (...) Não concordo que seja sempre possível fazer a distinção tão facilmente (FREUD (1913), 1989, v.12, p.165).

Neste momento cabe fazermos referência à transferência e ao método da associação livre. Isso porque Freud tratou seus pacientes por meio de várias técnicas: hipnose, sugestão e catarse. Entretanto, em 1893, no último capítulo de *Estudos sobre a histeria*, descreve sua invenção: a psicanálise – organizada em torno do método de associação livre.

Para diferenciar a psicanálise de outros métodos, Freud faz uso de um artigo publicado em 1905, cujo título é *Sobre a psicoterapia*, onde evoca uma diferenciação de Leonardo da Vinci entre pintura e escultura. Compara a pintura à sugestão por ser realizada *per via di porre*, “pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali” (FREUD (1905), 1989, v. 7, p. 244). A sugestão “não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo – a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da idéia patogênica” (Ibidem, p. 244). Já o método analítico é comparado à escultura, ocorrendo *per via di levare*, visando à retirada, à extirpação de algo.

A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da idéia patogênica, cuja eliminação é sua meta. (FREUD (1905), 1989, v. 7, p. 244).

Para aprofundar um pouco mais nosso estudo, recorreremos a Jacques Lacan que, na *Proposição de 09 de outubro de 1967*, nos diz que no começo da psicanálise está a transferência e que seu sustentáculo é o sujeito suposto saber, que seria o eixo a partir do qual tudo o que acontece com a transferência se articula. Assim, podemos afirmar que este termo se encontra presente na psicanálise desde o seu início até hoje.

Quando Freud descobre a função da transferência na relação com o paciente, abandona o método catártico para criar o método psicanalítico. No texto *Tratamento psíquico (ou anímico)* (1905), encontramos o conceito de neurose de transferência introduzido após a percepção de que na relação com o médico a palavra possui importância primordial. A utilização da transferência como instrumento de cura ao longo do processo é justamente o diferencial da psicanálise em relação às demais técnicas ou métodos de tratamento. A transferência é a condição principal para o estabelecimento de um tratamento.

A transferência é a tradução da palavra alemã *Übertragung*, que significa transmissão, contágio, tradução, versão, audição. É a chave do método psicanalítico, é como um laço afetivo intenso que se estabelece, quase automaticamente, na relação com o profissional das ciências da saúde independentemente da realidade, revelando o pivô em torno do qual gira a organização subjetiva do paciente.

Psiquiatria e psicanálise é o título da *Conferência XVI* (1917[1916-1917]) proferida por Freud que nos conduz a uma comparação entre ambas, chamando atenção para o fato de que alguns médicos não depreendem a importância de ouvir o que dizem os pacientes.

O sintoma é comumente acompanhado de intenso sofrimento subjetivo que pode chegar a ameaçar a vida em comum de toda uma família. Desse modo, o objetivo primordial é procurar as características desse sintoma, em busca de realizar um diagnóstico e um prognóstico, a fim de observar sua evolução futura.

A psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise; toca superficialmente qualquer inferência acerca do conteúdo do delírio, (...) dá-nos uma etiologia geral e remota, em vez de indicar, primeiro, as causas mais especiais e próximas. (...)
A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro. (FREUD (1917), 1989, v.16, p.301-302).

Na verdade, Freud considera que a psicanálise procura dar à psiquiatria a base da qual ela necessita. Espera descobrir um terreno comum onde seja possível compreender as consequências dos sintomas físicos e mentais. É quanto ao funcionamento psíquico que a psicanálise pode oferecer algum auxílio à psiquiatria. Nessa conferência Freud aponta as relações entre a psicanálise e a psiquiatria, indicando a dependência e a independência entre elas. “É de se esperar que, em um futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos

processos inconscientes profundos da vida mental” (FREUD (1917), 1989, v.16, p.303). Durante algum tempo esta convivência entre a psicanálise e a psiquiatria foi intensa. Entretanto, com o advento das neurociências, houve um afastamento entre a psiquiatria e a psicanálise.

Até 1950/1960 a psiquiatria teve a psicanálise como ponto de referência e estiveram ligadas. Todas as reformas psiquiátricas cujo objetivo era humanizar a psiquiatria tiveram como fundamento a psicanálise. Até esta época a psicanálise e a psiquiatria compartilhavam seus projetos e seu destino.

O fim da aliança entre a psiquiatria e a psicanálise teve início em 1950 com a descoberta da clorpromazina e dos medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e anti-psicóticos. Desse modo, a psicofarmacologia se insere no contexto oferecendo à psiquiatria um instrumento terapêutico com alguma eficácia operatória uma vez que controlava os sintomas das perturbações psiquiátricas e, aos poucos, se tornou o suporte da prática psiquiátrica. Nos dias de hoje é notório o poder dos medicamentos nas ciências da saúde. É como se houvesse obrigatoriedade de o psicofármaco participar dos modos de pensar as enfermidades psíquicas. “(...) a ação dos medicamentos configura as formas de ser das perturbações mentais” (BIRMAN, 2001, p.22).

Ao nos reportarmos ao DSM-IV (Diagnóstico de Saúde Mental IV) e ao CID-10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10) verificamos que existe uma controvérsia entre a psicanálise e a psiquiatria que diz respeito aos critérios diagnósticos apontados por esta última. As classificações psiquiátricas tomam como modelo uma máquina neuronal cujo funcionamento é padrão e o que não pode se adequar a este modelo é considerado um transtorno. Ao priorizar os transtornos, a psiquiatria não considera a causalidade psíquica, o sujeito do inconsciente e a transferência. E o diagnóstico em psicanálise irá privilegiar, justamente, o que foi abandonado pela psiquiatria.

Nas ciências da saúde acaba se tornando desnecessário investigar a história do paciente, bastando olhar a funcionalidade dos seus sintomas e prescrever o medicamento de acordo com a disfunção apresentada. “A enfermidade psíquica deixa de ser o produto de uma história para se transformar em algo avesso a qualquer historicidade possível” (BIRMAN, 2001, p. 23).

As psicoterapias tendem a desaparecer neste novo contexto, pois são entendidas como um procedimento secundário que exige o reconhecimento do tempo e da história como

constituintes do adoecer psíquico. Essa exclusão revela algumas consequências, dentre outras podemos citar o desaparecimento do discurso do sujeito na clínica psiquiátrica contemporânea. Essa exclusão é totalmente compreensível ao refletirmos acerca do mundo capitalista em que estamos inseridos.

Para a psicanálise cada caso é um caso, por isso busca conduzir o paciente ao encontro daquilo que o singulariza e o torna irreduzível a uma categoria geral. Ela não incide diretamente sobre o sintoma, considera-o uma manifestação subjetiva e o acolhe para decifrar seu enigma fazendo emergir um sujeito.

A partir da concepção de estrutura, considerada como aquela que faz emergir o sujeito, voltamos a Freud. Em seu texto de 1913, *A disposição à neurose obsessiva*, tenta esclarecer a questão acerca de como uma determinada pessoa cai enferma de uma neurose específica e não de outra. Essa questão da escolha da neurose faz com que a diferenciação nosológica ampare a mesma estrutura que sustenta o inconsciente.

O esclarecimento da estrutura em jogo é necessário para que o analista assuma seu lugar e possa sustentar a transferência. Cada caso deve ser tratado na sua particularidade e a demanda de tratamento do sujeito que nos procura exige a execução de um diagnóstico para assegurar uma boa condução do tratamento.

E o que precisamos ter em mente para fazer esse diagnóstico?

Quando pensamos na avaliação diagnóstica a partir da psicanálise, estamos propondo reintroduzir o sujeito e o seu saber no diagnóstico. A psicanálise não se propõe a acabar com o sintoma e as queixas de início, porque transmitem muito daquele sujeito, da sua história, do seu saber, do seu inconsciente. O sintoma é matéria preciosa para o psicanalista. Conforme dito acima, o diagnóstico em psicanálise se faz relevante porque tem a função de servir ao direcionamento da análise. É por isso que somente pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais para o sujeito: o sexo, o desejo, a lei, a angústia e a morte.

Ao reexaminar a teoria e a prática psicanalítica, especialmente no que se refere à avaliação diagnóstica, corroboramos a importância do discurso do sujeito nas práticas das ciências da saúde para fazer frente à tecnologia, à ciência e ao capitalismo nas situações onde ocorre sua exclusão.

THE QUESTION OF SUBJECT AND PRACTICE OF HEALTH SCIENCES.

Abstract

This article presents some considerations about the importance of including the subject of discourse practices of the health sciences. This is because contemporary society, under the influence of capitalist discourse, science and technology, tends to exclude the subject. From the psychoanalytic theory and practice that emphasizes the uniqueness, giving importance to knowledge of the subject on their suffering, we propose a reflection on the practices of health sciences, especially focusing on the diagnosis. For this part of a study on the question of the subject, reviewing its place in the practices of health sciences at the present time in order to identify possible contributions of psychoanalysis to such practices.

Key words: Health Sciences. Subject. Psychoanalysis.

Notas

¹ 1.visão de mundo, cosmovisão, mundividência; 2.Ideologia. (Dicionário Escolar Alemão. Disponível em: <http://michaelis.com.br> Acesso em: 04 de abril de 2009).

² O conceito de recalque (*Verdrängung*) é um dos mais fundamentais da teoria freudiana. É a operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão. O recalque produz-se nos casos em que a satisfação de uma pulsão ameaçaria provocar desprazer relativamente a outras exigências (LAPLANCHE, 1991, p.430).

³ O deslocamento é um dos mecanismos do inconsciente que diz respeito a intensidade de uma representação ser suscetível de se destacar dela para passar a outras representações originariamente pouco intensas, ligadas à primeira por uma cadeia associativa (LAPLANCHE, 1991, p.116).

⁴ A condensação é um outro mecanismo do inconsciente onde uma representação única representa por si só várias cadeias associativas, em cuja interseção ela se encontra. Do ponto de vista econômico, é então investida das energias que, ligadas a estas diferentes cadeias, se adicionam nela (LAPLANCHE, 1991, p.87).

Referências

BIRMAN, J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET, A. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2007.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Disponível em <http://aurelio.ig.com.br> Acesso em 02 de novembro de 2008.

DICIONÁRIO ESCOLAR ALEMÃO. Disponível em <http://michaelis.com.br> Acesso em 04 de abril de 2009.

ELIA, L. Desenvolvimento, estrutura e gozo. In: *Revista Marraio*, n.09. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2005.

FOUCAULT, M., *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria: Breuer e Freud (1893-1895) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. II. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. A interpretação dos sonhos (1900) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. IV e V. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. Sobre a psicoterapia (1905[1904]). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. VII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. Tratamento psíquico (ou mental) (1905). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. VII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I (1913) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. XII. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. A disposição à neurose obsessiva (1913) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. XII. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. Conferência XVI. Psicanálise e psiquiatria (1917[1916-1917]) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. XVI. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. Psicologia de grupo e análise do ego (1920) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. XVIII. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. Conferência XXXI - A dissecação da personalidade psíquica (1933[1932]) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. XXII. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. Conferência XXXV - A questão de uma *Weltanschauung* (1933[1932]) - In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* v. XXII. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1989.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). In: *Escritos* (1901-1981). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade” (1960). In: *Escritos* (1901-1981). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). In: *Escritos (1901-1981)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. Pequeno discurso no ORTF (1966). In: *Outros Escritos (1901-1981)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer (1966). In: MACKSEY, R.; DONATO, E. (orgs.). *A controvérsia estruturalista*. São Paulo: Cultrix, 1976.

_____. Proposição de 09 de outubro de 1967 (1967). In: *Outros escritos (1901-1981)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2003.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário da psicanálise*. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MILNER, J. C. *El périplo estrutural: figuras y paradigma*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

POUILLON, J. Apresentação: uma tentativa de definição. In: *Estruturalismo antologia de textos teóricos*. Lisboa: Portugalia, 1968.

Data de recebimento: 13/04/2009

Data de aceite: 30/06/2009

Sobre o autor: *Gloria Sadala* é Psicanalista. Doutora em Comunicação e Cultura - ECO/UFRJ. Professora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ). Professora e Supervisora do Curso de Psicologia da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Cristiane Pacheco é Psicóloga. Mestranda em Psicanálise, Saúde e Sociedade pela Universidade Veiga de Almeida (UVA), Especialista em Medicina Psicossomática pelo Instituto de Medicina Psicossomática do Rio de Janeiro.