

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

**ASMA NÃO CONTROLADA EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM OS
DISTÚRBIOS PSICOAFETIVOS:
ESCUTANDO O PACIENTE.**

Maria Cândida Marques

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina

2012

Maria Cândida Marques

**ASMA NÃO CONTROLADA EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM OS
DISTÚRBIOS PSICOAFETIVOS:
ESCUTANDO O PACIENTE**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof^a. Maria Jussara Fernandes Fontes.

Coorientador: Prof. Jésus Santiago.

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
2012

M357a Marques, Maria Cândida

Asma não controlada em crianças e adolescentes e sua relação com distúrbios psico-afetivos : escutando o paciente [manuscrito] / Maria Cândida Marques. - Belo Horizonte, 2012.

f.

Orientadora: Maria Jussara Fernandes Fontes.

Co-orientador: Jésus Santiago.

1. Pneumopatias obstrutivas. 2. Asma em crianças. 3. Trauma psíquico em crianças. 4. Psicanálise da primeira infância. 5. Psicanálise do adolescente. 6. Medicina psicossomática. I. Título. II. Maria Jussara Fernandes Fontes. III. Jésus Santiago. IV. Universidade Federal de Minas Gerais.

CDD: 616.248:619.89

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR

Prof. Clélio Campolina Diniz

VICE-REITORA

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Ricardo Santiago Gomez

PRÓ-REITOR DE PESQUISA

Prof. Renato de Lima dos Santos

DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Francisco José Penna

VICE-DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

SUBCOORDENADORA DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof^a. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Prof^a. Benigna Maria de Oliveira

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

SUBCOORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Prof. Eduardo Araújo Oliveira



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 - FAX: (31) 3409.9640
eps@medicina.ufmg.br

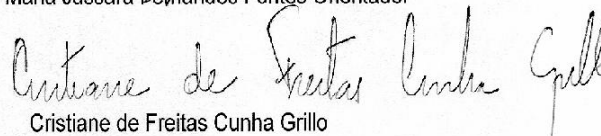


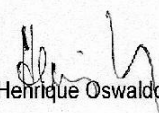
UFMG

DECLARAÇÃO

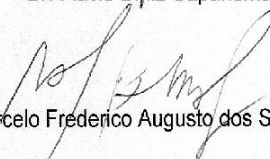
A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Maria Jussara Fernandes Fontes, Cristiane de Freitas Cunha Grillo, Henrique Oswaldo da Gama Torres, Flávio Diniz Capanema e Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras aprovou a defesa da tese intitulada: **“ASMA NÃO CONTROLADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM DISTÚRBIOS PSICO-AFETIVOS: ESCUTANDO O PACIENTE”** apresentada pelo doutorando **MARIA CÂNDIDA MARQUES** para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 23 de março de 2012.


Prof.ª Maria Jussara Fernandes Fontes Orientador


Cristiane de Freitas Cunha Grillo


Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres


Dr. Flávio Diniz Capanema


Prof. Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpq@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO DE **MARIA CÂNDIDA MARQUES**, nº de registro 2008653468. Às treze horas do dia **vinte e três de março de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“ASMA NÃO CONTROLADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM DISTÚRBIOS PSICO-AFETIVOS: ESCUTANDO O PACIENTE”**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profª. Maria Jussara Fernandes Fontes, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profª. Maria Jussara Fernandes Fontes - Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profª. Cristiane de Freitas Cunha Grillo	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovado</u>
Dr. Flávio Diniz Capanema	Instituição: FHEMIG	Indicação: <u>aprovado</u>
Prof. Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras	Instituição: UFBA	Indicação: <u>aprovado</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de março de 2012.

Profª. Maria Jussara Fernandes Fontes / Orientadora [assinatura]
 Profª. Cristiane de Freitas Cunha Grillo [assinatura]
 Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres [assinatura]
 Dr. Flávio Diniz Capanema [assinatura]
 Prof. Marcelo Frederico Augusto dos Santos Vera [assinatura]
 Profa. Ana Cristina Simões e Silva / Coordenadora [assinatura]

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG



CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

Para minhas filhas,
Mariana e Isadora.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de alguma forma, direta ou indiretamente, ajudaram na realização desta tese. Mesmo correndo o risco de excluir muitos, quero me referir em especial:

A Maria Jussara Fernandes Fontes, orientadora, pela generosa acolhida nos vários momentos de elaboração e realização desta pesquisa, mas principalmente pelo despertar do desejo de empreender essa travessia.

A Jésus Santiago, coorientador, pelo rigor teórico, mas principalmente pela presença, sustento desse desejo.

A Roberto Assis Ferreira, pelas observações precisas, estratégicas, desde o projeto até a tese.

A Márcia Rosa e Jorge Pimenta, amigos, professores e primeiros interlocutores, pela generosa contribuição.

A Marie-Jose Del Volgo, Roland Gori e Rubén Araya Krstlovic, professores e colega que *escutam* e que me escutaram durante meu estágio-*sandwich* na *Université Aix-Marseille II*. A Corinne Imbs, Junia Haddad e minha filha, Mariana, pelo *tour de force* com o francês. A Vanusa Kohler, pelo afeto e apoio logístico em terras estrangeiras: “*Nunca te vi, sempre te amei*”!

A Jorge Franca, Lilany Pacheco, Antonio Beneti, Gilson Iannini, Silvia Myssior, Adailton de Paiva, Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira, Ana Maria Costa Lopes e Cássio Ibiapina, pelas orientações e interlocuções.

Aos colegas, professores, residentes e colaboradores do Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (NIAB/HC/UFMG) durante o período em que lá estive, pelo acolhimento e orientações, em especial, Roberto Assis Ferreira, Mônica Schettino Motta, Maria de Lourdes Motta, Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira, Ana Lúcia Teixeira, Ana Raquel Correa e Silva,

Bernadete de Carvalho, Henrique Torres, Monica Lima, Jorge Pimenta, Ana Amélia, Chafia Farah, Francisco Paes Barreto e Celso Rennó Lima.

Ao Setor de Saúde do Adolescente/ Hospital das Clínicas da UFMG, pela convivência, aprendizado e pelos pacientes encaminhados, especialmente Solange Melo Miranda, Cristiane Freitas Cunha Grillo, Roberto Assis Ferreira, Tânia Maria Gomes, Patrícia Guimarães, Patrícia Chaves, Valéria Brasil, Eliane de Souza, Sandra Carneiro, Maria Inês Jonas, Stella Braga, Jacy Gorgens, Judith Gudiño, Suzana Thayer, Lisley Braun, Karine Ferreira, Renata Marinho, Tatiane Miranda, Tatiana Mattos Amaral, Nathayl Mucci, Márcia Parizzi e Cristina Campolina.

A Henrique Oswaldo da Gama Torres, Délcio da Fonseca Sobrinho, Cristiane de Freitas Cunha Grillo e Elza Machado de Melo pela leitura cuidadosa quando do exame de qualificação desta tese e pelas sugestões que muito contribuíram para a redação final.

A Cristiane de Freitas Cunha Grillo, Henrique Oswaldo da Gama Torres, Délcio da Fonseca Sobrinho, Roberto Assis Ferreira, Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras, Flávio Capanema e Maria José Gontijo Salum, pela disponibilidade em participarem da banca examinadora da defesa dessa tese.

Aos gestores, colegas e funcionários da URS Saudade, pelo apoio imprescindível na realização deste trabalho: Maria Angélica Resende, Sonia Mara Queiroz e Denise Guazzi Resende; Andrea Chaimowicz, Norberto Passini, Giovana Guimarães, Valentina Gomes de Oliveira, Mariela Tanure, Erenice, Selma, Vilma e Cida, entre outros.

A Virgínia Caetano, irmã de coração, Tarciso, Bárbara, Bernardo e Bruno Bicalho, Alessandro Borges, Neusa Helena Queiroz Borges, Dr. Helvécio Borges, Clélia Mello, Mariel de Mello e Helvécio Borges Filho, sempre presentes.

Aos amigos e colegas, mestres-aprendizes, Maria Gorete Cordeiro Neves, Alexandre Araújo, Dôra Bragança, Gérson Tavares, Lélia Carvalho, Maria de Fátima Ribeiro de Castro, Dulciméia de Oliveira, Ana Luíza Costa, Kátia Nuic, Valéria de Carvalho Martins, Virgínia Viana, Raimundo Mascarenhas, Ana Lúcia de Cássia, Amador Emílio, Osvaldo

Teixeira, Míria Gomes de Oliveira, Maraísa Salgado Vilela, Dora Inês Costa Val, entre outros, pelo incentivo, apoio, amizade e inspiração.

A Cateline Ronsse, pela ajuda e estímulo a «*continuer à chercher et à trouver ma voix et ma voie!*»

A Elizabeth de Souza e Geralda Vânia Pereira, pelo apoio, compreensão e auxílio ao longo dessa jornada.

A Modesto e Maria Lina, meus pais, pela vida.

A Cristina, irmã, amiga, pelo incentivo, principalmente ao final do percurso.

As minhas filhas, Mariana e Isadora, pelo auxílio na digitação e compreensão nos momentos difíceis.

A cada paciente e seus familiares, o meu agradecimento, respeito e consideração.

O Homem; As Viagens

O homem, bicho da terra tão pequeno
Chateia-se na terra
Lugar de muita miséria e pouca diversão,
Faz um foguete, uma cápsula, um módulo
Toca para a lua
Desce cauteloso na lua
Pisa na lua
Planta bandeirola na lua
Experimenta a lua
Coloniza a lua
Civiliza a lua
Humaniza a lua.
Lua humanizada: tão igual à terra.
O homem chateia-se na lua.
Vamos para marte - ordena as suas máquinas.
Elas obedecem, o homem desce em marte
Pisa em marte
Experimenta
Coloniza
Civiliza
Humaniza marte com engenho e arte.
Marte humanizado, que lugar quadrado.
Vamos a outra parte?
Claro - diz o engenho
Sofisticado e dócil.
Vamos a vênus.
O homem põe o pé em vênus,
Vê o visto - é isto?
Idem
Idem
Idem.

O homem funde a cuca se não for a júpiter
Proclamar justiça junto com injustiça
Repetir a fossa
Repetir o inquieto
Repetitório.
Outros planetas restam para outras colônias.
O espaço todo vira terra-a-terra.
O homem chega ao sol ou dá uma volta
Só para te ver?

Não-vê que ele inventa
Roupa insiderável de viver no sol.
Põe o pé e:
Mas que chato é o sol, falso touro
Espanhol domado.
Restam outros sistemas fora
Do solar a col-
Onizar.
Ao acabarem todos
Só resta ao homem
(estará equipado?)
A difícilíssima dangerousíssima viagem
De si a si mesmo:
Pôr o pé no chão
Do seu coração
Experimentar
Colonizar
Civilizar
Humanizar
O homem
Descobrimo em suas próprias inexploradas
entranhas
A perene, insuspeitada alegria
De con-viver.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Neste trabalho discute-se a questão do método clínico no campo da Medicina contemporânea, suas conquistas e seus impasses, à luz da psicanálise. Baseando-se na discussão de casos clínicos de crianças e adolescentes portadores de asma não controlada associada a distúrbios psicoafetivos, procurou-se comentar o atual modelo biotecnológico de atendimento, que exclui a subjetividade do paciente. A partir dos casos apresentados, ressaltam-se as possíveis contribuições de uma escuta de orientação psicanalítica realizada por um médico advertido pela clínica do sujeito na condução de casos de pacientes “não controlados”. Não se visando elaborar um julgamento sobre a prática médica normativa ou sugerir um modelo de “humanização da clínica médica”, discute-se os impasses da medicina contemporânea no atendimento desses pacientes. Servindo-se de pontuações, anteparos e pontos de estofo da obra de Freud e Lacan, o autor apóia-se na consideração de que a linguagem, via significantes, se inscreve como uma rede simbólica com efeitos constitutivos sobre o sintoma do sujeito e que, a partir do manejo transferencial e do deslocamento nas posições discursivas, é possível “abrir uma janela de escuta” ao paciente com efeitos de ressignificação de sua queixa. Ao transmitir algo da experiência enquanto médico advertido pela Psicanálise, este estudo testemunha as transformações que se fizeram observar tanto na prática clínica do autor quanto na construção sintomática dos pacientes.

Palavras-chave: Asma. Adolescência. Sintomas afetivos. Medicina Clínica. Psicanálise.

ABSTRACT

The present study investigates the issue of the clinical method in contemporary medicine, its conquests and its impasses from the perspective of psychoanalytical theory. Based on cases of children and adolescents with partly controlled and uncontrolled asthma associated the psycho-affective disorders, it discusses the current biotechnological model that excludes patients subjectivity and consider possible contributions of a medical clinical practice under psychoanalytical theory orientation. Without the purpose to make a judgment on the normative medical practice or suggest a “humanized clinical model” , the author presents his impasses in clinical attendance of these patients while refers to his approach as a psychoanalytically oriented physician. Referring to psychoanalytical theory conceived by Freud and Lacan, this study points out that language itself, through significant chain structure, enrolls a symbolic network with constituent effects on the symptoms and psychic reality of the individual. From this statement, the author discusses possibilities of transferential handling and displacements in other discursive positions through an opening of a “hearing window” by the physician with potential patient’s symptom re-significance. While the author aims to describe the experience undergone as an psychoanalytically oriented physician, he testifies the transformations and effects of this initiative in his clinical practice, as well as in the symptomatic construction of these patients.

Keywords: Asthma. Adolescence. Affective symptoms. Clinical medicine. Psychoanalysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	<i>Asthma Control Test</i>
ECRHS	<i>European Community Respiratory Health Survey</i>
FPS	Fenômeno psicossomático
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
ICB	Instituto de Ciências Biológicas
ISAAC	<i>International Study of Asthma and Allergies in Childhood</i>
EBM	<i>Evidence Based Medicine</i>
NAEPP	<i>National Asthma Education and Prevention Program</i>
NIAB	Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
ORI	<i>Office of Research Integrity</i>
PEF	Pressão expiratória final
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatística
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SSS	Sujeito Suposto Saber
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
URS	Unidade Regional de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VEF	Volume expiratório forçado
VIP	<i>Very important person</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

FIGURA 1 - Diagrama de Peirce.....	26
FIGURA 2 - Alienação.....	104
FIGURA 3 - Separação.....	105
FIGURA 4 - O signo linguístico.....	108
FIGURA 5 – Desenho 1.....	127
FIGURA 6 – Desenho 2.....	129
FIGURA 7 – Desenho 3.....	133

Quadros

QUADRO 1 - Pacientes portadores de asma não controlada: distribuição por sexo, idade, procedência, tempo de uso e dose de corticoide inalatório.....	30
QUADRO 2 - Níveis de controle da asma.....	79

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Justificativa.....	18
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
2.3 Hipóteses a serem testadas.....	21
3 METODOLOGIA.....	23
3.1 A pesquisa em Psicanálise.....	23
3.2 Do singular ao universal, um retorno à clínica.....	25
3.3 Um caso qualquer?.....	27
3.4 Material e método.....	28
PARTE I – UM RETORNO À CLÍNICA.....	32
CAPÍTULO1 - A questão do médico sob um enfoque imunobiológico.....	32
1.1 Um médico e seus impasses.....	32
1.2 Como nos mantemos vivos? – uma reflexão imunobiológica.....	33
1.3 O debate entre as teorias celular e humoral.....	40
1.4 O estranho-familiar e a clínica.....	42
CAPÍTULO 2 – A questão da doença e a Medicina.....	46
2.1 Sobre o sentido da doença.....	46
2.2 A Medicina moderna e a supressão do sujeito.....	48
2.3 A clínica entre o mítico e o racional (sobre a constituição de um saber clínico)..	54
2.3.1 O nascimento da clínica.....	57
2.3.2 A anatomoclínica.....	58
2.3.3 A fisiologia.....	59

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2011.

2.4 A clínica entre o saber e a verdade (sobre a tecnologização e a dessubjetivação da clínica).....	60
2.5 A força das normas na clínica médica.....	68
PARTE II - OS PROTOCOLOS, A HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA E A	
ASMA.....	74
CAPÍTULO 1 – A asma.....	74
1.1 Etiopatogenia.....	74
1.2 Epidemiologia.....	75
1.3 Algumas considerações sobre as pesquisas epidemiológicas.....	76
1.4 Considerações sobre a classificação da asma.....	78
1.5 Asma, essa doença “esquisita”, “emocional”, “psicossomática”?.....	80
1.6 A hipótese psicossomática.....	81
1.7 A hipótese emocional e comportamental: o biopsicossocial.....	92
1.8 A asma e o rochedo da “não adesão”.....	93
PARTE III - CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À CLÍNICA.....	96
CAPÍTULO 1 – A clínica sob transferência: a contribuição de Freud e Lacan.....	96
1.1 Do discurso do Outro ao sintoma do sujeito.....	100
1.2 Noções sobre a constituição do sujeito.....	101
1.2.1 Alienação/separação.....	103
1.3 Do desejo à linguagem.....	106
1.4 Do signo linguístico ao discurso.....	108
1.5 Para além do saber: um outro lugar e uma outra temporalidade.....	115
1.5.1 V. e sua mãe “ <i>King-kong</i> ”.....	119
1.5.2 JB, o “sumiço” e a “saída” (recorte do caso JB).....	120
1.6 Do acontecimento do sintoma à ascensão da palavra: a escuta do paciente.....	122
1.6.1 Casos clínicos.....	124
1.6.1.1 Caso JB.....	124
1.6.1.2 Caso I.....	133
1.6.1.3 Caso AAO.....	136
1.6.1.4 Caso Z.....	138
1.7 O médico e a palavra: o “romance da doença”.....	140

1.8 Psicanálise X Medicina: do impossível à contingência.....	145
PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
PARTE V - CONCLUSÕES.....	153
REFERÊNCIAS.....	154
APÊNDICES E ANEXOS.....	168

1 INTRODUÇÃO

Ocorreu-me que, certa ocasião, por volta do meio dia, indo em direção ao barco, fiquei extremamente surpreso ao ver a marca de um pé descalço na praia, perfeitamente visível na areia. Fiquei como se tivesse sido atingido por um raio ou como se tivesse visto um fantasma; aguicei o ouvido, olhei em volta e nada ouvi nem vi; subi numa elevação, a fim de enxergar mais distante; percorri a praia de cima a baixo, mas aquela era a única pegada [...] Não dormi nada naquela noite; quanto mais me distanciava do instante da minha descoberta apavorante, maior era a minha apreensão, o que contraria a natureza das coisas e, principalmente, a reação habitual de todas as criaturas ao medo [...] (DEFOE, 2004, p. 237).

Talvez esta pesquisa tenha nascido há muitos anos, no momento em que eu, ainda criança, ao ler essa frase no romance “Robinson Crusoe”, de Defoe, tenha também me deixado ser atingida por aquele mesmo raio, misto de curiosidade e medo, que instiga, aqueles por ele transmutados, a abandonar a segurança de suas “fortalezas, de suas paliçadas” e empreender uma investigação acerca da marca do humano em suas vidas.

Formei-me médica em 1984, tendo ingressado na UFMG em 1978, logo após a implantação da reforma curricular da Faculdade de Medicina, em 1975. Essa reforma defendia o ponto de vista sociocêntrico do ensino médico e buscava superar o modelo cientificista de educação médica do modelo “Flexner”, que priorizava o estudo compartimentado das doenças. Esse modelo proporcionou mais contato com o doente por intermédio do Internato Rural, dos internatos ambulatoriais e hospitalares, além do contato direto com a prática clínica de grandes médicos, clínicos gerais e pediatras, profissionais que nos estimulavam a avançar para além da concepção estritamente biológica do processo saúde/doença. Também era chegado o tempo de grandes mudanças políticas com Lei da Anistia, com a campanha das “Diretas-Já”, momento inesquecível marcado pelo adesivo verde-amarelo colado ao peito “Eu quero votar para Presidente”. Foram momentos decisivos que embalaram nossos ideais de concretizar o sonho de construir o “país do futuro” socialmente comprometido com as verdadeiras necessidades de saúde da população e com as ideias da reforma sanitária.

Entretanto, o esforço de nossa “Escola” para formar o médico geral não tinha correspondência nas políticas de saúde, nem no mercado de trabalho. Desta forma, depois

da minha residência médica em Pediatria, deparei com um horizonte profissional limitado, diverso daquele impresso em minhas projeções de futuro. Inquieta, busquei novos caminhos, com subespecialização em Imunologia Clínica e Alergologia no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP).

Depois desse curso, retornando a Belo Horizonte ingressei no serviço público como pediatra após concurso público, até ser transferida para a área de Imunologia Clínica e Alergologia, por designação e necessidade da própria instituição, que carecia de especialistas nessa área, onde ainda exerço essa mesma função há 22 anos.

Pautei-me nos protocolos. Procurei exercer minha profissão com responsabilidade e dedicação. Incansavelmente, busquei o estudo das atualizações.

Nada foi suficiente para proteger-me dos esbarrões no real com a lida diária de pacientes portadores de problemas insolúveis, difíceis, pacientes ditos problemáticos, questionadores, cujos problemas não achavam correspondência e não se solucionavam pelo caminho dos fluxogramas previstos nos *guidelines*. Pelo contrário. Como especialista, eu não podia, como os clínicos e pediatras, fazer mais um encaminhamento e dizer ao paciente: “Seu problema não é comigo”.

A pegada humana estava lá. Eu estava sozinha. O paciente e eu. Era eu comigo mesma diante do enigma de um ser humano queixando-se de alguma coisa, para a qual eu não encontrava correspondência orgânica e, pior, não sabia o que fazer por um doente que me procurava insistentemente como médica, mas que visivelmente, por algum motivo, não desejava se curar. Isso acontecia todos os dias, inúmeras vezes.

Por que a dificuldade, diante do humano? Não estaríamos nós, os médicos, nos escondendo cada vez mais atrás de aparelhos, delegando a escuta a outros profissionais? Desci do meu castelo erguido atrás da paliçada, assim como fez Robinson Crusoe, e decidi abrir os olhos diante do obscuro², a vencer o medo, “quebrar o protocolo” e conhecer o humano, o

² Embora possamos usar nossa mente sem estar em sofrimento, Proust (2008^a *apud* BOTTON, 2011, p.88) sugere que “nos tornamos apropriadamente inquisitivos apenas na aflição”.

³ PROUST, M. **Em busca do tempo perdido**, v. 4 Sodoma e Gomorra (tradução de Mário Quintana). 3. edição São Paulo: Globo, 2008.

“*Sexta-feira*”. Esta tese contém recortes dessa viagem, um retorno ao desconhecido ou ao conhecido familiar.

1.1 Justificativa

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. Resulta da interação entre a carga genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes e a outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas (BUSSE; LEMANSKE, 2001).

Conforme Von Mutius (2002, p. 701-711), existe tendência ao aumento da prevalência da asma nas últimas décadas, observada principalmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para esse autor, os mais baixos índices de prevalência são encontrados na África, Arábia Saudita, China e em áreas rurais de alguns países da Europa, fato que tem despertado o interesse científico na elaboração de várias hipóteses explicativas do fenômeno, principalmente pesquisas na área socioambiental e imunológica.

Estima-se que entre 10 e 20% dos asmáticos apresentem sintomas persistentes graves, apesar de um plano terapêutico adequado. São doentes com redução da qualidade de vida, risco elevado de exacerbações, de hospitalização e morte, que repercutem em elevados custos econômicos e sociais, pois diante da alta prevalência da asma, essa percentagem resulta em efeitos relevantes na saúde pública (MOORE; PETERS, 2006; WENZEL; SZEFLER, 2006).

Em Belo Horizonte, no período de 1994 a 1995, a asma configurava-se como a segunda e a terceira causas mais frequentes de hospitalização em crianças de um a nove anos e de 10 a 14 anos, respectivamente, determinando cerca de 2.400 internações, 60% delas em crianças menores de quatro anos (BELO HORIZONTE, 1995). Apesar do impacto desses dados, inexistia na rede pública um programa que contemplasse o paciente para além do tratamento medicamentoso sintomático com broncodilatadores. Foi nesse cenário que, em

1996, implantou-se o programa de “Reorganização da assistência pública à criança asmática”, também denominado “Programa Criança que Chia”, resultante de convênio de cooperação técnica firmado entre a Prefeitura de Belo Horizonte e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), articulado por dois eixos principais, a saber, a capacitação das equipes de saúde e a disponibilização maciça de corticoterapia inalatória em todos os 131 Centros de Saúde que constituíam a rede básica de saúde de Belo Horizonte (LASMAR *et al.*, 2007).

A efetividade do programa foi demonstrada ao determinar drástica redução nas frequências de hospitalização e atendimentos de urgência nas diferentes faixas etárias contempladas. Esses resultados alcançados pela equipe do “Programa Criança que Chia” fizeram com que ele se tornasse referência para programas semelhantes que vieram a ser implantados em outras dezenas de cidades brasileiras, trazendo inegável contribuição à saúde pública de Belo Horizonte, não apenas ao atendimento do asmático, mas na mudança no processo de trabalho (LASMAR *et al.*, 2007). De acordo com Fontes (2002), pesquisadora desse grupo pioneiro, essa efetividade indica a viabilidade da implantação de consensos, da incorporação de avanços terapêuticos e da utilização de tecnologias de baixo custo no sistema público de saúde de países em desenvolvimento.

Segundo dados publicados no Jornal da Associação Médica de Minas Gerais (2011, p. 5), o número de internações por asma na rede pública caiu 51% nos últimos 10 anos: de 397.333 em 2000 para 192.601 em 2010.

Entretanto, apesar desse avanço, considerando o critério diagnóstico preconizado pelo estudo ISAAC [“Você (seu filho) teve sibilos no peito no último ano?”], no país a asma apresentou prevalência média que pode atingir níveis tão elevados quanto 25,7%, constituindo ainda grave problema de saúde pública e sendo responsável por importante custo financeiro e social (SOLÉ *et al.*, 2004, p. 188).

Em Belo Horizonte, dados do Ministério da Saúde de 2004 mostram que na faixa etária de zero a 14 anos, entre as doenças respiratórias, a asma constituiu a segunda causa mais comum de internação, enquanto que no ano de 2010, tanto na população em geral quanto na faixa etária de 10 a 14 anos, essa tendência se manteve (BRASIL, 2011).

Lasmar *et al.* (2007, p. 100, grifo nosso) informam que, se no início o grande desafio para o controle da doença era a inexistência do corticoide inalatório, hoje se enfrenta a grande dificuldade da “falta de adesão” ao tratamento. Segundo esses mesmos autores, dados do ambulatório Campos Sales de 2007 demonstram que a média da taxa de adesão foi de 50 a 60% e que muitas crianças não obtiveram o controle clínico satisfatório em decorrência dessa “falha”.

Vários trabalhos mostram a relevância de fatores psicoafetivos interferindo no manejo da asma, resultando em menor adesão ao tratamento e maior morbi-mortalidade (WEIL, 1999; ALVIM, 2005; SANDBERG *et al.*, 2004)

Se, por um lado, os avanços inegáveis do atual modelo de Medicina cientificamente embasado mudaram radicalmente a face da experiência humana, por outro deixaram expostas limitações perceptíveis. Afora a alta prevalência dos casos de asma “*não controlados*”, “*refratários*”, “*de difícil controle*”, o recrudescimento das doenças alérgicas, dermatológicas, endócrinas, degenerativas, autoimunes e mentais, principalmente em países considerados “*desenvolvidos*” e também “*em desenvolvimento*”, convocam a considerar novas formas de pensar e abordar a questão.

O fato de a prática profissional de assistência às crianças e adolescentes com asma estar respaldada, sobretudo, em seus aspectos biológicos, remete à reflexão e indica a necessidade de outras formas de abordagem a essa doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar, a partir do estudo de casos de crianças e adolescentes portadores de asma não controlada ou parcialmente controlada associados a prováveis distúrbios psicoafetivos, a hipótese de que uma interface com a Psicanálise no âmbito da Clínica Médica pode possibilitar a verbalização de questões subjetivas desses pacientes e contribuir em seu tratamento.

2.2 Objetivos específicos

- A partir de um método de escuta orientada pela Psicanálise, que faz uso do manejo da transferência e de sua sustentação a partir de posições discursivas outras que não apenas o lugar do saber, investigar o efeito do surgimento daquilo que existe de singular na relação daquele paciente com a asma, sem desconsiderar a doença em suas manifestações orgânicas.
- Investigar se o portador de asma “não controlada”, ao emitir um novo enunciado, verbalização de um novo “dizer” sobre aquilo que o molesta, processa alguma subjetivação acerca de sua queixa, ressignifica seu sintoma “refratário” e modifica sua relação com sua doença, implicando-se em seu tratamento.

2.3 Hipóteses a serem testadas

- Os pacientes asmáticos apresentam dificuldades emocionais primitivas ligadas às operações lógicas alienação/ separação (dependência-independência) em relação ao grande Outro³, uma busca de expansão psíquica e concomitante temor a esta.

³ No ensino de Lacan, o Outro é o lugar do tesouro dos significantes, espaço aberto de significantes que o sujeito encontra desde seu ingresso no mundo, o lugar de todas as significações possíveis. Se desenharmos um círculo e convencionamos que ele representa o conjunto de todas as palavras numa língua, então podemos associá-lo ao que Lacan chama de Outro. É o Outro a coleção de todas as palavras e expressões numa língua (FINK, 1998, p. 21).

- A escuta do paciente, o manejo da transferência e sua sustentação a partir de posições discursivas outras que não apenas o lugar do saber podem proporcionar o surgimento do sujeito⁴ em questão, com consequentes efeitos em suas manifestações somáticas refratárias.

⁴ O que é propriamente chamado *sujeito* para a Psicanálise é um efeito de linguagem, o produto de uma montagem, o que representa um significante para outro significante (KAUFMANN, 1996, p. 506).

3 METODOLOGIA

É preciso [...] ousar contar, na contracorrente dos hábitos de “cientificidade (ASSOUN, 1990⁵, p. 153, *apud* DEL VOLGO, 1998).

Freud sempre teve a preocupação de atrelar seu trabalho de construção teórica aos moldes da ciência de seu tempo. Pode-se acompanhar essa construção metodológica em “Os Instintos e suas vicissitudes”, em que Freud (1915 [1969], p. 123) enuncia seu modo de fazer pesquisa teórica:

Ouvimos com frequência a afirmação de que as ciências devem ser estruturadas em conceitos básicos claros e bem definidos. De fato, nenhuma ciência, nem mesmo a mais exata, começa com tais definições. O verdadeiro início da atividade científica consiste na descrição dos fenômenos, passando então ao seu agrupamento, sua classificação e sua correlação.

3.1 A pesquisa em Psicanálise

A direção da pesquisa psicanalítica é dada pela experiência psicanalítica; desde os primeiros trabalhos de Freud a clínica forneceu a base e o norte a partir dos quais se construíram os eixos fundamentais da elaboração teórica em Psicanálise (LOWENKRON, 2004).

Conforme Del Volgo (1998, p. 133), esses “caminhos de criação” que seguem a via da pesquisa em psicanálise inscrevem em seu traçado um método que, do ponto de vista etimológico, tem claramente sentido do périplo odisséico, recusando as excursões dirigidas e privilegiando os passeios.

Uma pesquisa que faz uso da Psicanálise não poderia ser quantitativa, pois não há como se ater aos dados observáveis na realidade e mensurá-los estatisticamente, nem pautá-la por um modelo de ciência que se define pela observação controlada ou pelo rigor matemático.

⁵ ASSOUN, P.L. Le récit freudien Du symptôme. Généalogie d’un genre. **Nouvelle revue du psychanalyse**, n. 42, p. 173-198, 1990.

De acordo com Zannetti & Kupfer (2006), no campo da investigação psicanalítica, o relato de casos clínicos é entendido como uma ferramenta para a elaboração teórica das experiências psicanalíticas. Segundo esses autores, é na passagem da experiência psicanalítica para a elaboração teórica que se pode localizar o método do relato de casos clínicos, confirmando-se, desse modo, uma das premissas fundamentais da Psicanálise: o Universal, que regula sua prática de investigação e tratamento, é Não Todo⁶, ainda que algo de uma universalização do saber deva ser obtida visando à transmissão.

É no relato clínico que se fundamenta a construção teórica em psicanálise, na medida em que o caso, único, permanece como marca distintiva do método psicanalítico. Uma questão frequente em relação ao “*estudo de caso*” é como generalizar a partir de um caso único? Considerando-se o campo da Psicanálise e o contexto infinito do Universal Não Todo, no qual, conforme Lacan (1985, p. 342) “nada faz exceção a isto, nem mesmo o Homem”, torna-se possível buscar, por trás das variações singulares de um caso, o princípio gerador que organiza o conjunto (PÊCHEUX, 1988 *apud* MINAYO, 2007, p. 325).

⁶ Universal Não Todo: a lógica pode ser tida como um instrumento anterior à ciência. O Universal compreende os elementos que têm as mesmas propriedades, enquanto que o Particular seria uma parte da classe total. Desde os gregos, a articulação entre o Universal e o Particular era encontrada no silogismo, isto é, a relação entre o um e o todo. Na lógica aristotélica, faz-se pressuposição de existência e prescinde-se da ideia do indivíduo: A Proposição Universal enuncia a essência, a regra, enquanto que a Proposição Particular enuncia o acidente ou a possibilidade do acidente. Lacan, por sua vez, procura uma lógica que prescindia da demonstração ou da comprovação na existência, fazendo surgir, com isso, o sujeito da enunciação e a temporalidade (BARRETO, 2006). Mantendo juntas as duas dimensões da extensão e da intenção, mas conferindo à proposição existencial, a exemplo de outros lógicos, o primado sobre a proposição universal, ele vai instituir uma modalidade suscetível de articular, mais além do verdadeiro e do falso, uma verdade cuja inscrição não está toda sob o regime da função simbólica, e um real cuja contingência não é redutível ao escrito da quantificação. Lacan, então, reformula a Universal Negativa em função da separação entre o Universal e a Existência. Ao fazer a negação cair sobre o quantificador da Universal Negativa, Lacan designa o Não Todo, que não é nenhum, mas tem caráter indeterminado em si tratando de um conjunto infinito, uma vez que não há lei que ligue o sujeito X ao predicado f. Essa operação permite a modalidade do contingente, que se define pela reescrita da Universal Negativa (Não Todo). Essa é uma negação discordancial, no que diz respeito à possibilidade de constituir um Todo fundado na escrita da lei. Para dar a dimensão disso, Lacan evoca a distinção matemática do conjunto aberto, que se define como excluindo seus próprios limites, em oposição ao conjunto fechado. Refere-se igualmente ao teorema de Godel (1906-1978), que postula a incompletude de todo sistema axiomático, isto é, a existência, no quadro de um sistema, de proposições cuja verdade ou falsidade é impossível de demonstrar (indecidíveis) (KAUFMANN, 1996; LEITE, 1994; MILLOT, 1989).

3.2 Do Singular ao Universal, um retorno à clínica

Toda a teoria se cala ou se esvanece sempre no leito do doente (CORVISART, 2004, p. 118⁷ *apud* FOUCAULT, 2004, p. 118).

Ora, observa Ansermet (2003a; 2003b), se a clínica é justamente um método de pensamento feito para abordar a singularidade, permitindo também encontrar o geral no ponto mais extremo do particular, o que o médico deveria efetivamente saber é que isso que a Medicina contemporânea, ao menos aquela que é praticada nos centros hospitalares universitários, parece ter esquecido, a Psicanálise lembra.

Ligando o um e o múltiplo, o retorno à clínica permite o enfrentamento do novo a partir de um encontro singular com o paciente. Lacan foi buscar em uma lógica que prescindia da existência os fundamentos dessa operação. Vejam-se alguns pontos desse movimento:

Na Lógica Aristotélica, a proposição Universal Afirmativa (todo traço é vertical) refere-se à essência, à regra, não necessitando do predicado para ser determinada, sendo negada quer por um caso particular que a contrarie (algum traço não é vertical), quer pela negação do predicado (nenhum traço é vertical). Nessa lógica, faz-se a pressuposição de existência, fato que enfrenta objeções (LEITE, 1994, p. 85). Conforme exemplifica Barreto (2006), se alguém disser “cavalo alado”, como é que isso vai ser para Aristóteles, como ele vai dizer que isso é verdadeiro ou falso? Ele vai fazê-lo pela experiência. Lacan, por sua vez, não vai se valer da existência como critério de verdade. Os avanços da lógica como disciplina não filosófica permitiu a superação da abordagem ontológica implicada na lógica aristotélica e a possibilidade de separar o Universal da pressuposição de existência. Valendo-se dos avanços realizados pela lógica simbólica na teoria do conceito desenvolvida pelo matemático e filósofo Frege (1848-1925), a qual substituiu a distinção clássica entre sujeito e predicado pela distinção entre função e argumento, Lacan não vai se inspirar na existência como critério de verdade e vai propor o “*real*”⁸ como algo que

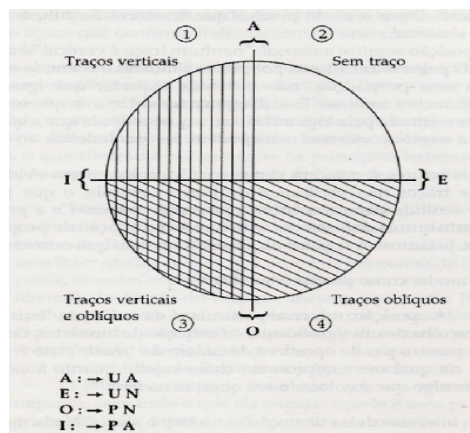
⁷ CORVISART. Prefácio à tradução de Auenbrugger. Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine. Paris, 1808, p. VII.

⁸ Real: é um tipo de superfície ou espaço plano sem emenda que se aplica tanto ao corpo de uma criança quanto a todo universo. Seria mais bem compreendido como *aquilo que não foi simbolizado, que resta ser simbolizado ou que resiste à simbolização*; seria, por exemplo, o corpo de uma criança “antes” do domínio do ordem simbólica, antes do controle dos esfíncteres, antes do aprendizado dos costumes do mundo. O real então não existe, uma vez que precede a linguagem, mas *ex-siste* (FINK, 1998, p. 43-44). Nas palavras de

escapa, que resta da inscrição da linguagem no ser humano, operação fundante da realidade psíquica. Então, se digo “cavalo alado”, pode não ser real na existência, mas pode ser uma realidade psíquica. Logo, percebe-se que a linguagem por si só define uma realidade, ou o “real”, como se quiser (BARRETO, 2006). Lacan, então, não se utiliza da experiência ou da existência como critério de verdade.

Valendo-se do diagrama de Peirce (1839-1914), reformula-se a Universal Afirmativa, fazendo incidir sobre ela o ato de enunciação: nada de traços que não sejam verticais, sendo que no diagrama de Peirce um setor vazio e um setor de traços verticais a representam. O que Lacan mostra com isso é que, incluindo o vazio indica-se que há um campo que permanece radicalmente exterior à escrita, diferenciação necessária do Um que nomeia o conjunto vazio a partir do qual é possível fundar o Universal não mais sobre ele mesmo (como na lógica aristotélica), mas sobre a exceção que vai introduzi-lo. Com efeito, dizer que “*todo traço é vertical*” nada vai dizer do traço ao qual o traço vertical se opõe.

FIGURA 1 - Diagrama de Peirce



Quadrante: ¼ Hemisfério: 2/4 ou Quadrantes

Fonte: Dor (1995, p. 211).

Para explicar melhor, recorro a um exemplo clássico: quando afirmo que “*todos os homens são mortais*”; “*Sócrates é um homem*”, logo, “*Sócrates é mortal*”. Observe-se que esse silogismo faz pensar que Sócrates morre porque pertence à espécie humana, quando isso não corresponde à verdade. Miller (2006, p. 27) adverte que a lógica nessa proposição

Lacan, “o real remete o sujeito ao traço e, ao mesmo tempo, abole também o sujeito, pois há sujeito através do significante, da passagem para o significante” (LACAN, 2005, p. 168).

universal apaga justamente o que é específico, generalizando a singularidade da morte de Sócrates, que foi alguém que teve outra relação com a morte, que morreu porque desejou a morte e não porque era mortal. De forma diversa, a lógica do discurso declarativo, aquele da afirmação e da negação, que, em última instância, isola o traço distintivo, conduz a uma outra lógica. Assim, quando nego que haja, numa classe, um traço que não seja vertical, constituo a classe dos traços verticais e, assim, para todas as universais afirmativas que eu propuser (p. ex.: quando afirmo que “*toda asma é emocional*,” não digo algo sobre a asma, mas quando afirmo: “*nada de asma que não seja emocional*,” na verdade quero dizer “*de nenhuma asma se pode dizer que ela não seria emocional*”, sinalizo o impossível e introduzo a classe do emocional na asma pela exceção, uma a uma, em oposição à Universal Afirmativa: “*toda asma é emocional*.” A isso que o senso comum vislumbra no dito “a exceção confirma a regra”, pode-se acrescentar: “o singular exige o universal” (D’AGORD, 2006, p. 241-258).

3.3 Um caso qualquer?

Para Jerusalinsky (2004, p. 16), um caso é uma narrativa, uma novela, até que alguém nos apresente um enigma, uma interrogação. Alguém que vem simplesmente nos contar sua vida não é um caso, é uma novela, um conto. Torna-se um caso, propriamente dito, quando ele nos apresenta um incômodo em sua singularidade e tenta compreender o que acontece com ele, esboçando uma demanda. Nessa formulação, o papel fundamental é do clínico ou do analista, responsabilidade que recai principalmente sobre o que se chama ato analítico ou, ainda, sobre o que se denomina em outra dimensão o ato médico e sua implicação clínica, prática diversa da atual normatização médica, que tende a obturar os pontos de interrogação com um saber “*pré-fabricado*”.

Segundo esse autor, o que justificaria o nome de clínico ou de analista, é o fato de que se possa lidar precisamente com este buraco, essa interrogação, esse impasse, esta refratariedade. No cerne dessa atitude se encerra aquilo que instala e sustenta a transferência, fazendo com que esse caso se transforme em um caso: justamente a sustentação desse em que onde se bordeja esse buraco de ignorância e se decide a lidar com ele (JERUSALINSKY, 2004, p. 15-16).

Quem apenas responde do seu lugar de todo-saber, que é a grande tentação do médico e do educador, cancela a experiência que se propõe a desenvolver. Para Jerusalinsky (2004, p. 19), compreender implica a quebra do estreitamento da extensão simbólica da fala e o deslocamento do significante de seu monossentido.

Uma clínica essencialmente pedagógica que se estrutura a partir de casos que parecem mais próximos para instruir não constitui em si mesma uma experiência, mas o resultado, para uso dos outros, de uma experiência anterior. Trata-se de fato de uma economia da experiência em prol da estruturação de um saber. O doente pode constituir um caso, desde que não seja considerado apenas o objeto transitório do qual a doença se apropriou, mas também o sujeito de sua doença (BARROSO, 2003, p. 21).

3.4 Material e método

Considerando a clínica em sua essência, a metodologia com a qual se identifica o modelo desta pesquisa refere-se à estrutura de construção de um texto teórico em sua articulação com os fatos, conteúdos, história e compreensão do caso clínico, proposta por Alfredo Jerusalinsky (2004). E também com a discussão sobre o tempo lógico apresentada por Lacan (1998a, p. 197-213) em seu texto “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada” e também em sua tese de doutorado de 1932: “Da psicose paranoica nas suas relações com a personalidade”, um estudo sobre a paranoia a partir do caso “*Aimeé*”. Ao analisar a estrutura de construção desse caso paradigmático, Jerusalinsky observa que Lacan, em sua tese, começa a descrever o caso pelo que constituiu o fracasso na vida dessa mulher, não seguindo um trajeto cronológico clássico de descrição de sua infância, não fazendo referência a doenças ou a outros fatos de sua vida de modo ordenado. Ele começa por um acontecimento intermediário traumático, singular, ponto nodal enigmático que faz furo no saber.

O estudo de caso, na perspectiva metodológica de Jerusalinsky (2004), como um desenho da pesquisa qualitativa, que não tem por objetivo explicar, mas descrever e ajudar na compreensão de um fenômeno, de um entrave, pareceu o mais adequado para um estudo sobre os efeitos de uma oferta de escuta de orientação psicanalítica no âmbito de uma consulta médica a crianças e adolescentes portadores de asma não controlada.

Nesta pesquisa, atrelada à contextualização teórica que prepara a construção do caso, foram utilizados fragmentos de casos clínicos de crianças e adolescentes portadores de asma não controlada, nos quais existia a possibilidade de associação de um fator de causalidade psíquica. Os dados foram obtidos a partir de:

- Documentos: prontuários dos pacientes consultados no Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) do Ambulatório São Vicente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Atendimento de pacientes na forma de sessões ou entrevistas, realizadas pelo próprio pesquisador, redigidas de memória, algum tempo após o atendimento. O tempo de atendimento foi variável, variando entre um único encontro até 24 meses de atendimento, em sessões semanais ou quinzenais.
- Diário de campo, anotações de seminários e discussões clínicas por ocasião de estágio no Ambulatório de Medicina do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 2008 a 2010 e Serviço de Psicopatologia da *Université Aix-Marseille*, no período de março a maio de 2009.

O número de casos não procurou estabelecer a amostra estatisticamente representativa da população, mas sujeitos que contribuíssem para compreensão do objeto de estudo. Minayo (2007, p. 196) fundamenta esse aspecto:

Numa abordagem quantitativa, definida a população, busca-se um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Pode-se considerar que uma amostra ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.

A amostra de casos foi construída a partir de encaminhamentos do ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e de casos atendidos no ambulatório de Alergologia Pediátrica da Unidade Regional de Saúde Saudade da Prefeitura de Belo Horizonte.

QUADRO 1 - Pacientes portadores de asma não controlada: distribuição por sexo, idade, procedência, tempo de uso e dose de corticoide inalatório

Caso	Sexo	Idade	Procedência	Tempo de uso* de corticoide inalatório	Tipo de medicação/ Dosagem da última prescrição médica
AAO	M	2 anos e 2 m	URS Saudade	5 meses	Beclometasona 1.000 mcg/dia
I. V.	F	1 ano 10 m	URS Saudade	1 ano e 8 meses	Beclometasona 1.000 mcg/dia
L.	M	3 a 10 m	URS Saudade	2 anos	Beclometasona 500 mcg/dia
R.	M	7 anos	URS Saudade	5 anos	Beclometasona 750 mcg/dia
VGAS	M	11 anos	URS Saudade	6 anos	Beclometasona 750 mcg/dia
V.	F	12 anos	Pneumologia HC	12 anos	Beclometasona 1.000 mcg/dia, Budesonida 400 mcg/dia
Z.	F	15 anos	Pneumologia HC	10 anos	Budesonida 400 mcg/dia
JB	M	8 anos 11 m	Pneumologia HC	7 anos	Beclometasona 750 mcg/dia
I.	F	14 anos	Pneumologia HC	5 anos	Budesonida 400 mcg/dia

Fonte: Dados da pesquisa.

*Refere-se ao tempo decorrido desde a primeira prescrição do medicamento, considerando etapas de uso contínuo ou intermitente.

Do total de cinco pacientes encaminhados para “escuta” pela pneumologia pediátrica, quatro foram incluídos na pesquisa. Seu tempo de atendimento foi variável, conforme relatado anteriormente. Os outros pacientes procedentes da URS Saudade, cinco casos, resultaram de encaminhamento de pediatras e pneumologistas da rede pública que não conseguiam controle adequado dos sintomas respiratórios e solicitaram avaliação de possível associação de atopia. Além desse procedimento, também se procedeu ao atendimento clínico desses pacientes. O material resultante do atendimento desse grupo foi produzido em um único encontro ou no máximo dois encontros com os pacientes e seus familiares, constituindo pequenas vinhetas articuladas a algum ponto do desenvolvimento teórico deste estudo.

Os critérios de inclusão dos pacientes neste estudo foram: a observância da faixa etária da infância e adolescência⁹ compreendida entre zero e 19 anos; pacientes portadores de asma

⁹ Segundo a Organização Mundial de Saúde a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos.

parcialmente controlada ou não controlada, segundo critério do *Global Initiative for Asthma* (1995, revisão 2010), os quais, estando em tratamento sem resposta eficaz, apresentavam evidências clínicas de associação de um possível transtorno psicoafetivo; a exigência de que os pacientes e seus responsáveis estivessem de acordo e tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

PARTE 1 - UM RETORNO À CLÍNICA

CAPÍTULO 1 - A questão do médico sob um enfoque imunobiológico

1.1 Um médico e seus impasses

Pois é nos desvios que se encontram as melhores surpresas e os arituncs maduros.
(BARROS, 2001, p. 87).

A alergologia e imunopatologia, áreas clínicas nas quais me especializei após minha residência em Pediatria, situam-se em um lugar de intersecção com várias outras especialidades médicas. Frequentemente a complexa avaliação do sistema imunológico é solicitada por outros médicos tanto em casos de seu hiperfuncionamento como no caso das doenças alérgicas, entre as quais se podem citar a asma, rinite, sinusite, dermatite atópica, urticária, alergia a medicamentos, conjuntivites, quanto em casos nos quais se suspeita de outras disfunções desse sistema, como nas imunodeficiências ou nas doenças autoimunes tais como síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), imunodeficiências primárias, lúpus, artrite reumatoide, esclerose múltipla, etc.

Situando-se nessa posição singular, essa especialidade muitas vezes é depositária daquilo que não se resolve objetivamente com cirurgias, procedimentos-padrão ou medicamentos; daquilo que não se resolve a despeito dos protocolos ou estudos duplo-cegos controlados. Dessa forma, para essa clínica, frequentemente convergem casos de todas as outras especialidades médicas, principalmente os controversos, os não controlados, os refratários.

Frequentemente encaminha-se o paciente ao alergologista e imunopatologista com o discurso de que já se fez de tudo e que resta ainda fazer um teste, achar no palheiro a agulha que dispara todo o prurido, todo o inchaço, toda a dor, todo o incômodo, retirá-la e restaurar a saúde anterior.

Entretanto, diante de pacientes com tais queixas, na maioria das vezes uma minuciosa e exaustiva investigação clínico-laboratorial não logra estabelecer o diagnóstico preciso ou um tratamento eficaz.

Dessa forma, ao longo de mais de duas décadas de vida profissional como alergologista e imunopatologista tanto no serviço público quanto no atendimento privado, vim colecionando questões, entraves, perguntas, restos do que a ciência da pesquisa e do olhar não conseguiu solucionar.

Por que muitos pacientes (não apenas os asmáticos) não conseguiam obter adequado controle, apesar de receberem apropriado tratamento tanto do ponto de vista medicamentoso quanto do aspecto ambiental ou biopsicossocial?

Afora as dificuldades técnicas de avaliação e abordagem do sistema imunológico como intrincada rede ainda não completamente elucidada de inúmeros componentes celulares e moleculares, não se pode deixar de considerar a complexidade do próprio paciente, um ser humano dotado de corpo biológico e também afetivo.

Sobre o primeiro, o corpo biológico, procederei a uma breve reflexão acerca da evolução do conhecimento no campo da imunologia, comentando sobre a visão peculiar de Metchnikoff, embriologista do século XIX que reconhecia no processo de “fagocitose” um fenômeno biológico conectado à digestão e à imunidade e também sobre a perspectiva dos atuais pressupostos teóricos

Posteriormente, sobre o corpo afetivo, comentarei, à luz de recortes de casos clínicos de pacientes portadores de asma não controlada, a experiência médica de escuta da subjetividade desses pacientes, a irrupção espontânea do incômodo e da palavra em meio a um atendimento clínico, caminho que Freud ensinou a trilhar fora das estradas batidas do cientificismo.

1.2 Como nos mantemos vivos? – uma reflexão imunobiológica

Já por ocasião de meu mestrado, em 1997, a insuficiência do método científico no manejo de muitos casos de pacientes refratários me incomodava e me movia em direção à busca de outros paradigmas¹⁰.

¹⁰ O termo paradigma é utilizado como uma cosmovisão, consenso, visão de determinado grupo relativo a determinado assunto, uma teoria científica com o significado amplo de modelo que, no essencial, pode ser

Nessa ocasião inscrevi-me em uma disciplina optativa no Instituto de Ciências Biológicas (ICB), denominada “Imunobiologia – Imunologia como se o organismo importasse”, ministrada pelo Professor Nelson Vaz, na época Professor Titular do Departamento de Bioquímica e Imunologia, que nos convidava a olhar os fenômenos imunológicos sob outros aspectos que não somente o bioquímico. Em uma visão influenciada pelas ideias de Maturana e Varela, o Prof. Nelson desafiava a desaprender as noções do organismo como apenas um agregado isolado de células, órgãos ou funções, para imaginá-lo como algo mais dinâmico, mais relacional do que algo apenas bioquímico e espacial.

A leitura de alguns de seus textos – algo que permitia ir além dos pressupostos científicos vigentes – fez brotar em mim algo que iria mudar por definitivo o meu olhar para o “*saber*” e para o “*científico*”. Em minha dissertação de mestrado (MARQUES, 1998), na qual comparei a sensibilidade e especificidade de dois métodos diagnósticos para rinite alérgica e asma, não deixei de incluir uma breve discussão sobre o dado anômalo, sobre o imprevisto e seus efeitos na reconstrução dos compromissos de um grupo sob efeito da leitura das ideias de Kuhn (1982, p. 57-76) sobre a evolução do conhecimento.

Com o olhar mais crítico, comecei a observar que também na Imunologia, disciplina de ponta na pesquisa científica, oriunda da convergência de diversas áreas, existiam lacunas, controvérsias entre as duas principais correntes teóricas vigentes: a Teoria Clonal e a Teoria da Rede Idiotípica acerca do pressuposto de defesa do organismo contra substâncias invasoras malélicas, estranhas, causadoras de doenças. A origem dessas divergências remonta à época da disputa científica estabelecida no final do século XIX entre o grupo de imunologistas “*celularistas*”, defensores da pesquisa com fagócitos, e “*humoralistas*”, defensores da pesquisa com anticorpos. Os primeiros, simpatizantes da Teoria Fagocítica, seguidores de Metchnikoff, e os últimos, pesquisadores do Instituto Koch de Berlim, partidários das pesquisas com as antitoxinas ou anticorpos (SILVERSTEIN, 2003, p. 425).

De forma intrigante, também o nascimento da Imunologia constituiu um processo imbricado na transformação da Medicina em Ciência, que não aconteceu isolado da influência de fatores outros que não os estritamente acadêmicos e científicos.

entendido como um modelo científico compartilhado por uma comunidade científica ou por um ramo da ciência, que se impôs aos demais (KUHN, 1982, p. 93-105).

De acordo com Silverstein (2003, p. 425), da descoberta da vacinação contra varíola por Jenner, em 1798, ao experimento realizado por Pasteur, em 1878, demonstrando a viabilidade da imunização ativa com patógenos atenuados, que lhe possibilitou a publicação da “Teoria dos Germes e suas Repercussões em Medicina e Cirurgia”, muito pouco se determinou acerca do mecanismo de ação a partir do qual os fatores envolvidos no evento de proteção atuavam. O arcabouço teórico de tal fenômeno, que não mais se orientava pela antiga cosmovisão hipocrático-galênica sobre a saúde, ainda estava por ser descrito.

Em 1883, Metchnikoff, embriologista ucraniano, que iniciara seus estudos descrevendo o desenvolvimento de diversos invertebrados à procura dos mecanismos ancestrais do desenvolvimento e da evolução, observou uma larva *brachilaria* de estrela-do-mar mobilizar células fagocíticas contra um estímulo de um acúleo. Com base nessa observação, Metchnikoff formulou uma nova hipótese de resposta imunológica ativa à qual denominou *phagocytosis*, referindo-se a seu caráter de “engolfamento”: *phagos* (do grego, comer) *cytosis* (células) de partículas estranhas realizada por células ameboides (TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. 10).

Um dia, estando em casa sozinho com meu microscópio enquanto toda a família tinha ido ao circo para ver uma performance extraordinária de macacos amestrados, fui observar a mobilidade de larvas transparentes de estrelas-do-mar, quando um pensamento cruzou a minha mente. Imaginei que células semelhantes poderiam servir ao sistema de defesa ao organismo. Entusiasmado com tal ideia, comecei a andar de um lado para o outro e acabei saindo para caminhar um pouco pela praia para tentar organizar minhas ideias. Pensei que se minha suposição estivesse certa, um estímulo invasivo causado pela introdução de um espinho no corpo da larva da estrela-do-mar, organismo desprovido de vasos sanguíneos ou de um sistema nervoso, deveria suscitar a mobilização de células “protetoras” ao local, da mesma forma que eu supunha ocorrer em um homem com um espinho em seu dedo. Decidi realizar o experimento sem demora. Voltando ao laboratório, introduzi sob a pele de algumas belas larvas de estrela-do-mar transparentes como água alguns espinhos de árvore de tangerina do meu quintal. Mal consegui dormir, à espera da observação do resultado. Na manhã seguinte, observei com entusiasmo que meu raciocínio estava certo e que meu experimento fora um sucesso, o qual forneceu a base de minha Teoria Fagocítica, à qual dediquei os subsequentes 25 anos de minha vida (METCHNIKOFF, 1921).

Assim, Metchnikoff passou para a História como o defensor da “teoria celular” da imunidade, na qual a inflamação e a fagocitose constituíam os elementos centrais do

processo. Sua proposta defendia uma ligação da imunologia com atividades biológicas básicas como a nutrição e procurava elucidar a origem filogenética do processo. Ele acreditava que havia uma ligação filogenética entre todas as espécies de animais e que evidências dessa hipótese poderiam ser encontradas no estudo comparativo da maquinaria digestiva das espécies em que seriam encontradas as marcas da evolução (VAZ; FARIA, 1993, p. 33).

À sua maneira, servindo-se de suas pesquisas em embriologia como moldura para suas teorizações, estabelecendo um elo filogenético entre a fagocitose e a nutrição, Metchnikoff forneceu as bases para a explicação do fenômeno da imunidade, capacidade adquirida pelos organismos de, sob certas circunstâncias, destruir substâncias estranhas ou invasoras (VAZ; FARIA, 1993, p. 33). De acordo com Tauber e Chernyak (1991, p. XV), originalmente, o processo foi descrito como uma “inflamação fisiológica” na qual os fagócitos seriam capazes de identificar e excluir o *non-self* em suas mais diversas formas de apresentação (p. ex. células malignas, senis ou substâncias invasoras).

Um processo inflamatório particular, uma solução ontogenética que ocorreria tanto no estado fisiológico quanto no estado patogênico do organismo, um mecanismo pertencente a uma organização muito mais sistêmica do que específica, uma resposta ativa existente no organismo ligada à metamorfose de certos animais, à degeneração senil dos tecidos e à imunidade (TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. 18-19). De acordo com Vaz e Faria (1993, p. 182), Metchnikoff detinha o mérito de permanecer ligado às raízes biológicas do fenômeno da imunidade, entretanto, incorria no equívoco comum de confundir domínios de descrição, relacionando fenômenos definidos no domínio da estrutura do organismo (fagocitose) com fenômenos definidos no domínio de suas interações funcionais (nutrição e proteção).

No entanto, sua hipótese, fruto de mais de 18 anos de trabalho e pesquisa em embriologia e digestão intracelular, constituiu um marco para que novas perspectivas teóricas pudessem ser desenvolvidas para além dos limites do pensamento dicotômico tradicional, “organismo” *versus* “mecanismo”, e também das antigas asserções metafísicas de que o corpo seria dotado de uma *physis* autoprotetora e regeneradora. O *insight* de Metchnikoff, resultante tanto de suas observações científicas rigorosas quanto de sua abertura conceitual,

abriu caminho para um novo modelo de pensamento sobre saúde e doença (TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. 18-19).

Ao postular que a natureza tenderia muito mais à desarmonia e à degeneração, ele inverte a pergunta e questiona não sobre a natureza das doenças, mas sobre a origem da saúde: como é possível ser/estar saudável? Em outras palavras, ele se pergunta sobre a existência e a natureza de um fenômeno de proteção ativo (TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. 18-19). Também um estudioso de filosofia, Metchnikoff, de forma original, propõe então uma elaboração teórica sobre a imunidade que ultrapassa o contexto metafísico vigente, abrindo caminho para uma nova maneira de pensar sobre a questão da “*guerra contra as doenças*”. Contemporâneo de uma época que sofreu forte impacto da publicação de Darwin, “A Origem das Espécies”, em 1863, ele não se furtou à leitura e estudo dessa obra, assumindo posição crítica em relação a algumas das proposições da teoria da seleção natural e do darwinismo. Discordava do grupo liderado por Haeckel e Spencer, o qual elegeu, como ideia central, a crença em uma suficiência da teoria da seleção natural como único fator responsável pelo evolucionismo rumo à perfeição (TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. 90-95). Metchnikoff chegou a argumentar que o próprio Darwin recomendava cautela quanto à responsabilização exclusiva da teoria da seleção natural pelo evolucionismo: nós não encontramos em Darwin (com exceção do tratado “A descida do homem”) alguma tentativa direta em demonstrar a possibilidade de aplicação da teoria da seleção natural a determinado grupo e o grau de sua influência sobre esse grupo. A maioria dos fatos da vida orgânica natural não ocorre de acordo com os princípios básicos da seleção natural (METCHNIKOFF, 1876¹¹ *apud* TAUBER; CHERNYAK, 1876).

Como morfologista, em discussões sobre a Teoria da Evolução¹², interessava-se mais pela origem do processo que determinou a formação de novas estruturas do que pelo estudo das variações adaptativas em si mesmas.

¹¹ METCHNIKOFF, E. Essay on the question about Origin of Species. **SBW**, p. 169-177, 1876.

¹² Metchnikoff (1876, p. 94-95) não rejeitava a ideia da Teoria da Evolução pela seleção, mas não acreditava no processo de seleção como o objetivo principal da evolução. De seu ponto de vista, a seleção poderia determinar alterações funcionais, mas não alterações morfológicas essenciais suficientes para fazer surgir um novo grupo sistemático. Para ele, a seleção operaria muito mais como processo facilitador do estabelecimento de pequenas variações adquiridas ao longo do tempo de maneira independente do processo de seleção, as quais, em conjunto, poderiam levar a mudanças significativas e determinar o surgimento de um novo grupo sistemático. Discordando dos pressupostos da Teoria da Evolução, ele afirmava que a verdadeira competição não se daria entre *indivíduos* da mesma espécie com pequenas variações entre si, mas sim entre *grupos* diferentes. Como morfologista, embasado em suas observações e pesquisas em embriologia comparada, não era o único a discordar da ideia da evolução como um processo primário intencionalmente adaptivo, linear.

Ele entendia que a evolução não se orientava por uma lógica regular, baseada no aperfeiçoamento da capacidade de trabalho, mas na maioria das vezes em uma lógica *non-sense*, discordando, assim, da intuição antropocêntrica que colocava o Homem no topo da escala do progresso. Para ele, a perfeição se estreitava mais com as transformações fisiológicas adaptativas do que com seu grau de organização. Discordava amplamente das ideias apoiadas pelos naturalistas de que o homem representaria o mais alto grau de perfeição e que todos os órgãos se desenvolveriam à custa de um processo harmonioso (TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. 90-95). Para ele, a seleção poderia tanto favorecer aumento quanto redução na organização do indivíduo, muitas vezes agindo sem afetar as características que determinaram seu nível sistemático. Nesse sentido, infere: “Entre perfeição de organização e seleção, não existe tal conexão pressuposta por Darwin” (METCHNIKOFF 1876¹³, p. 196 *apud* TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. XV).

Porém, o ponto que mais intrigava Metchnikoff, nas propostas darwinistas, não era nem tanto a sua proposta de universalização da tendência evolutiva, mas sim sua incapacidade de elaborar termos próprios para descrever a diferença entre “*progressão*” e “*regressão*” em termos adaptativos.

O que mais interessa neste breve comentário sobre esse cientista pouco conhecido é apresentar a contribuição de seu trabalho no processo de mudança conceitual sobre a organização e funcionamento do sistema imune que se seguiu à publicação de suas observações.

Metchnikoff não derivou sua formulação teórica do sistema imune “*contaminado*” por ideias “*defensivas*” *a priori*. Muito ao contrário, foi o resultado da verificação de suas próprias pesquisas em embriologia comparada que o levou à consideração da existência de um processo protetor ativo por trás da integridade do organismo (TAUBER; CHERNYAK, 1991, p. 182). Na contramão do pensamento dos imunologistas bioquímicos emergentes da época, que pretendiam medir e quantificar a reação imune, Metchnikoff previa um plano geral de construção do organismo, protagonizou, junto aos humoralistas, uma discussão que passou para a história como o debate entre a Teoria da Imunidade Celular e a Teoria da Imunidade Humoral.

¹³ *apud* METCHNIKOFF, E. Essay on the question about Origin of Species. **SBW**, p. 169-177, 1876.

Apesar de o Prêmio Nobel de 1908 ter sido concedido simultaneamente tanto a Methnikoff quanto a Paul Erlich, “*humoralista*” representante da Escola Alemã, a verdade é que a teoria “*celularista*” foi abandonada pelas pesquisas que se sucederam. Associadas ao cenário político e econômico da época, as descobertas sobre os anticorpos acabaram por sepultar o interesse científico pelos fagócitos. Naquele momento, toda a atenção voltara-se para Berlim, berço e centro do pensamento da “*imunidade humoral*”, onde os anticorpos, verdadeiros pivôs de toda resposta imune, podiam ser vistos, observados e medidos. Os anticorpos de Erlich e Behring tornaram-se então o centro da atenção de toda a imunologia, enquanto a pesquisa com os fagócitos e a imunidade celular não seria retomada até o início da segunda metade do século XX.

Somente após a Segunda Guerra Mundial, pela primeira vez em 60 anos, começou a surgir uma nova geração de cientistas “*biologicamente*” orientados. Em 1955, Niels Jerne sugeriu que os anticorpos fossem formados em resposta a um antígeno e que deveriam ser, de alguma forma, “*selecionados*” entre os anticorpos “*naturalmente*” presentes no organismo (VAZ; FARIA, 1993, p. 36). Logo depois, em 1957, Macfarlane Burnet, juntamente com David Talmage, elaboraram um princípio de funcionamento do sistema imune que ficou conhecido como Teoria da Seleção Clonal e começaram a recolocar ênfase na dinâmica do sistema imune (SILVERSTEIN, 1993, p. 427).

Entretanto, foi em 1974 que Niels Jerne, uma das figuras mais importantes da imunologia contemporânea, veio adicionar novamente um importante ingrediente ao debate imunológico (JERNE, 1974¹⁴, *apud* STEWART, 1990). Ao chamar a atenção para o fato de que os anticorpos seriam capazes de reagir uns aos outros (a partir de determinantes que ele denominou idiotipos) e demonstrar que essa conectividade interna era importante no sistema imune, Jerne propõe uma abordagem verdadeiramente sistêmica, em que o conjunto global de linfócitos existiria e estaria em interação em uma rede muito complexa. Essa elaboração teórica ficou conhecida como a Teoria da Rede Idiotípica, a qual, operando por assimilação de materiais indistintamente próprios ou estranhos, reaproximase da proposta de Metchnikoff, que insistia na existência de uma conexão geral na organização do indivíduo (VAZ; FARIA, 1993, p. 43-44).

¹⁴ JERNE, N.K. Towards a network theory of the immune system. **Ann Immunol**, Paris, n. 25, p. 337-389, 1974.

Observe-se que existe uma diferença abissal entre, por um lado, imaginar um sistema de defesa do organismo funcionando de certa forma separado dele e, por outro lado, imaginar um sistema de defesa derivado da mesma rede de processos que continuamente (auto) desmonta e (auto) constrói o organismo (VAZ; FARIA, 1993, p. 43-44).

A apresentação da contraposição entre os dois paradigmas imunológicos atualmente existentes, o primeiro, cientificamente hegemônico da Teoria Clonal e o segundo da Teoria da Rede Idiotípica, proposto por Jerne, e mais recentemente, reesboçado pelos trabalhos de Vaz e Varela (1978), ilustra um pouco o processo pelo qual se dá a evolução do conhecimento, que pretende ser estritamente conceitual. Contudo, conforme Ferreira (2000), a discussão sobre a ciência moderna como racionalidade não deve criar a ilusão de que esta se constitui em campo autônomo da sociedade, como se a ciência apresentasse suas crises e revoluções como resultado puramente de mecanismos epistemológicos, imanentes à própria ciência e, portanto, estritamente científicos. Segundo o mesmo autor, a concepção de ciência de KUHN (1982, p. 57-75) talvez possa induzir a esse ponto de vista. Mas a partir do pensamento de autores como Bachelard (1996, p. 76) e Canguilhem (1977, p. 17), segundo Ferreira e Fontes (2010), fica mais fácil perceber e situar os obstáculos epistemológicos em outros campos que não os estritamente científicos, como os preconceitos, os fatores psicológicos, as resistências ideológicas, enfim, nos cenários histórico, cultural e político que servem de pano de fundo para determinada formulação conceitual.

1.3 O debate entre as teorias celular e humoral

De forma sucinta, a primeira teoria, que ainda dirige o pensamento imunológico, denominada Teoria da Seleção Clonal, formulada por Burnett, em 1957, é aquela em que se postula que o sistema imune teria por principal papel defender o organismo da penetração de corpos estranhos (antígenos) por meio da produção de imensa diversidade de anticorpos (clones) submetidos apenas a uma seleção externa feita pelo antígeno que, ao penetrar no organismo, elegeria aqueles que deveriam se expandir e realizar o que chamamos resposta imune (FARIA, 1987, p. 628).

Nessa proposta, cada linfócito durante a linfopoiese formaria e exibiria na membrana um receptor peculiar (*B Cell Receptor* ou *T Cell Receptor*) que, se ativado por interação com outras células, poderia se multiplicar e formar um clone (expansão clonal). Após um episódio de estranhamento (resposta imune), o corpo poderia desenvolver uma reatividade progressiva (memória, respostas secundárias), que se acredita ser a base da eficácia das vacinas. Nessa visão, só seriam incorporados ao sistema os antígenos (substâncias estranhas) cujos idiotipos possuiriam, paradoxalmente, alguma afinidade com os anticorpos, caso contrário não seriam reconhecidos e não causariam reação (VAZ, 2008).

Assim, a ideia de estranheza como critério para reconhecimento imunológico é fundante de uma ideia mais abrangente do sistema imune como algo que, para operar, primeiro separa o que é *self* do que é *nonself*. Tais clones seriam submetidos a uma seleção externa feita pelo antígeno que, ao penetrar o organismo, elegeria aqueles que deveriam se expandir e realizar o que chamamos de resposta imune. Dessa distinção inicial brotariam as demais funções do sistema. Essa teoria ainda dirige o pensamento imunológico atual. Contudo, revela-se uma visão irresistivelmente simples e reducionista, que torna desconcertantes e deixa sem resposta várias perguntas, p. ex.: como pode um sistema qualquer se organizar referenciado em algo exterior a ele, estranho? Como poderia o sistema imune reconhecer o que “*des-conhece*” e ignorar (“*des-conhecer*”) o que ele já conhece há muito tempo – a si próprio? (FARIA, 1987, p. 625).

Como observa FARIA (1987, p. 625), que discriminação é essa que pode prever o imprevisto, sabendo que ele é tão variado e que, ao mesmo tempo, é composto de elementos idênticos aos que compõem o próprio corpo? O que torna essas substâncias reconhecíveis? Ou, antes disso, o que as torna estranhas?

Em contraposição a essa primeira, a segunda vertente, conexionista, não estabelece alguma função específica ao sistema além da atividade essencial de se manter e de se reproduzir ao interagir com o ambiente.

De acordo com Vaz (2008), nela existiria uma atividade imunológica natural, espontânea, na qual se formariam linfócitos B e T autorreativos e autoanticorpos sem consequências patogênicas (tolerância natural). Esses estabeleceriam padrões previsíveis de reatividade, proporcionando robusta estabilidade durante todo o viver sadio. A única teoria proposta

nessa direção foi a chamada Teoria da Rede Idiotípica, formulada por Niels Jerne, em 1974, que descreve o sistema imune com um funcionamento prévio à entrada do antígeno e alinha-se a evidências experimentais de que as imunoglobulinas e os linfócitos T e B ativados reagiriam entre si e com o organismo do qual fazem parte sem consequências patogênicas, conectando-se não por estranheza, mas por familiaridade. Ao considerar a natureza complexa dos sistemas vivos e sua organização, faz um avanço ao apontar a natureza altamente dinâmica, restrita e interdependente do sistema imune. Nesses aspectos, a Teoria da Rede é polarmente oposta à Teoria da Seleção Clonal. Nesta, o reconhecimento de antígenos é feito por diferença (entre a estrutura do antígeno e do organismo), enquanto que na Teoria da Rede o reconhecimento é feito por semelhança. Dentro de suas limitações, essa segunda proposta indica avanço, embora incompleto e obscuro, na direção das explicações mais sistêmicas.

Embora Jerne não tenha ido até o fim nas suas conclusões, o estranho aqui é reconhecido exatamente por remeter ao conhecido (FARIA, 1987, p. 628).

1.4 O estranho-familiar e a clínica

É interessante notar que a palavra estranho (do latim *extraneus*, *exter*: do lado de fora) pode significar, em português, aquilo que é novo, inusitado, desconhecido, como também alheio, exterior, estrangeiro. Geralmente o estranho e o assustador andam juntos; talvez tenha sido esse sentido que a imunologia tenha tomado emprestado da palavra para descrever seus fenômenos (FARIA, 1987, p. 625).

Todavia, não deixa de ser intrigante perguntar o que confere a certas coisas, e não a outras, o caráter de estranhas. Além disto, considerando-se o contexto da clínica, os dois arcabouços teóricos deixam sem explicação o processo de “*adoecer*” ou de “*estranhar*” de muitos pacientes.

Do material clínico colhido ao longo dos anos, misturado às queixas objetivas de dispneia, prurido, urticária e muitas outras alterações, pude constatar inúmeras frases enigmáticas, no mínimo estranhas:

Bichos que soltam as asinhas passeando pela minha cama me fazem chiar.

A asma desta menina é falta do amor de mãe.

Não consigo abortar as crises de asma do meu filho.

[...] de uns tempos para cá minha asma é desencadeada por um cheiro de rato no ar que sai do bueiro [...] estas poeiras que vieram com os tufões chegaram à minha casa [...].

Meu filho adorou tanto a vinda da irmã que até chorou e depois é que começou a chiar.

[...], fico deprimida, tomo remédio controlado, brigo com o meu marido, mas é só eu começar a trabalhar que minha filha “faz” crise e eu tenho que deixar o emprego para ficar com ela.

Diante dessas questões, ditos, restos, que não se encaixam nos protocolos, diante da refratariedade dos sintomas de muitos pacientes, indaguei-me se existiria algum fator de outra ordem envolvido no processo de adoecimento. Para além do raciocínio cientificista dicotômico atual, que tende a considerar a causalidade da doença em seu aspecto biológico (clonal ou conectivista) ou ambiental (psicossocial), o aspecto subjetivo desses pacientes não poderia também estar envolvido?

Assim como os anticorpos (como algo que o organismo produz “*contra*” um corpo estranho que o penetra conectando-se, não por estranheza, mas, por familiaridade) por vezes atacavam o *self* (os próprios pacientes), não poderiam muitas lembranças da tenra infância, histórias afetuosas, também constituir causa de conflito, angústia, inquietação e “adoecimento” para o sujeito?

Em artigo intitulado “O Estranho”, Freud (1919 [1996]) trabalha linguisticamente a palavra *heimlich* (nativo, familiar, doméstico) para mostrar que o estranho é uma categoria do assustador que remete ao que é conhecido, velho, há muito familiar. Nele, Freud descreve um deslocamento peculiar dessa palavra, mostrando que, em alemão, estranho, *unheimlich*, exhibe diferentes matizes de significação, possuindo um que é idêntico ao seu oposto, *umheimlich*. Não é no mínimo curioso que naquele idioma *umheimlich* (estranho) possa ser uma subespécie de *heimlich* (conhecido)? O mais curioso, de acordo com Faria (1987, p. 626), é que o significado de *heimlich* desemboca em uma definição de *umheimlich* feita por Schelling (*apud* FREUD, 1919 [1996] p. 242): “*Umheilich* é nome de tudo que deveria ter permanecido [...] secreto e oculto, mas veio à luz”. Impressionado com essa definição, Freud percebe, então, que a ambiguidade não é apenas da palavra, mas da própria natureza do que é estranho. O percurso da palavra e de seu significado acaba se tocando,

coincidindo. *Heimlich* pertence, pois, a dois conjuntos de ideias que, sem serem contraditórias, ainda assim são muito diferentes: por um lado, significa o que é familiar e agradável e, por outro, o que está oculto e se mantém fora da vista.

No mesmo artigo, Freud (1919 [1996]) pondera que, para que o novo se torne assustador, estranho, algo tem que ser acrescentado. No desenvolvimento literário do texto, mostra que esse algo a mais a ser acrescentado à novidade para torná-la bizarra é exatamente o familiar, não no seu estado corriqueiro, mas um pouco modificado, como objeto obscuro da memória.

Canguilhem (1978) afirma que a anomalia pode transformar-se em doença, mas que ela não pode ser, por si mesma, doença, não existindo fato que seja normal ou patogênico em si. Segundo ele, o doente deve ser sempre julgado em relação à situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o meio próprio lhe oferece – a língua. Não há distúrbio patogênico em si, o “*anormal*” só pode ser apreciado numa relação. Nesse sentido, Niels Bohr (1996, p. 3) afirma que, “para uma descrição objetiva e uma compreensão harmoniosa, é necessário, em quase todos os campos do conhecimento, prestar atenção às circunstâncias em que os dados são obtidos”.

Neste trabalho, de minha parte, considero os grandes responsáveis pela busca de outros caminhos o não recuo diante das inúmeras dificuldades, muitas vezes angustiantes, no corpo a corpo solitário com pacientes “*difíceis*”, “*poliqueixosos*” “*refratários*”, “*não controlados*”, assim como o não abandono da sensação de estranheza diante da ineficiência da ciência. Da advertência experimentada com a Psicanálise, não sem trabalho, nem sem paixão, tento transmitir alguma coisa dessa jornada que me levou por quatro meses à Universidade Aix-Marseille II, em um estágio-*sandwich* com a Prof^a. Marie-Jose Del Volgo, médica especialista em fisiologia pulmonar e também psicanalista. Essa autora, em sua obra “O Instante de dizer” (DEL VOLGO, 1998), com o rigor epistêmico que lhe é peculiar, descreve como interessa a história do caso, assim como a história do sintoma, fazendo existir o “romance da doença” (GORI, 1998a, p. 11), um verdadeiro que não se confunde com o exato. Ao verificar que a história da moléstia provém de uma construção conjunta, elaboração do doente e reconstrução do próprio médico, ela propõe o termo duplo-encontro para se referir, de forma singular, à chamada relação médico-paciente.

Fruto da oferta da palavra a crianças e adolescentes portadores de asma não controlada, esta tese expõe o trabalho de escuta realizado por um médico advertido pela Psicanálise. Uma aposta na retomada pelos pacientes de seu “romance da doença”, esse “estranho-familiar” que os ronda, considerando que “no fundo o ato de conhecer dá-se contra um conhecimento anterior” (BACHELARD, 2011, p. 17; DEL VOLGO, 2003, p. 42; FREUD, 1919 [1996]).

CAPÍTULO 2 - A questão da doença e a Medicina

2.1 Sobre o sentido da doença

Faz-se mister dizer que procederei, antes de entrar no uso dos discursos na clínica, ao relato de alguma perspectiva ordenadora de fatos relevantes, rupturas, pontos de inflexão que se deram ao longo da prática médica, necessários ao desenvolvimento da minha investigação, sem a pretensão de aqui realizar um inventário sobre a história da Medicina.

Durante séculos, e em muitos lugares, culturalmente, a doença foi considerada uma possessão por um ser “maligno” ou uma punição infligida por um poder sobrenatural a um desviante impuro. Em quase todas as civilizações arcaicas observava-se essa característica, sendo que, especialmente na Mesopotâmia e no Antigo Testamento, o viés pecaminoso da doença era algo marcante (SINGER, 1961, p. 298). No Levítico, terceiro livro da Bíblia, (capítulos 13 e 14), a lepra era considerada e rejeitada como uma impureza e os leprosos eram expulsos das comunidades (CANGUILHEM, 2005, p. 23). E ainda hoje, tempo da prática médica sob o crivo das evidências científicas, algumas doenças, como o câncer, as infecções sexualmente transmissíveis, especialmente a SIDA e mesmo a asma, são muitas vezes interpretadas como um “mal” ou um “castigo”.

Conforme Canguilhem (1978, p. 21), desde a Antiguidade até os dias de hoje, o conceito de doença para a Medicina oscila entre duas concepções, uma ontológica e a outra, dinâmica. Embora distintas, apresentam um ponto comum: ambas encaram a experiência de adoecer como uma situação polêmica e de luta, quer seja contra um ser estranho, como na concepção ontológica, quer seja contra forças internas que se afrontam, como na concepção dinâmica.

A concepção dinâmica, bem definida desde o período hipocrático, predominou como teoria humoral desde o século III até o século XVI. Embora nunca tenha desaparecido, cedeu espaço, desde essa época, para a teoria ontológica, que veio se tornar quase absoluta a partir do século XVII e principalmente século XVIII (TAMAYO, 1988¹⁵ *apud* FERREIRA, 2000, p. 190). Na primeira, a doença não é compreendida como entidade, mas

¹⁵ TAMAYO, R.P. **El concepto de enfermedad**. México: Fondo de Cultura Económica, 1988. Tomo I. p. 234.

com uma condição orgânica, forma de resposta a agressões ou a um novo ajustamento em condições desfavoráveis (FERREIRA, 2000, p. 190). Para a Medicina grega, por exemplo, a natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é compreendida como harmonia e equilíbrio e sua perturbação, a doença, um esforço da natureza em busca de um novo equilíbrio (CANGUILHEM, 1978, p. 20). Conforme Ferreira (2000, p. 190), pode-se afirmar que no dinamismo a saúde é algo equivalente a um estado de equilíbrio das forças vitais, a algo positivo, e não a uma ausência de doença. Esta última surgiria como um desequilíbrio à procura de novo equilíbrio, um movimento vital constituindo um esforço da natureza sobre o homem, a fim de obter novo equilíbrio. Para esse autor, essa corrente naturalista encontra-se frequentemente associada a conceitos vitalistas, nos quais, de forma sucinta, o objetivo é construir e restaurar as condições de equilíbrio ou do novo equilíbrio. Nesse sentido, o organismo fabrica a doença procurando a cura e a terapêutica deve respeitar, e até reforçar, essa tendência. Observa-se aí um otimismo referente à natureza, e não à técnica.

Já a concepção ontológica constitui uma vertente conceitual que veio se transformando através dos séculos, passando por diversas correntes teóricas. Existente desde o Egito Antigo, no século XVI foi incorporada à teoria das espécies mórbidas, no século XVIII à teoria das entidades patogênicas, enquanto que no século XIX articulou-se com a teoria da lesão orgânica (TAMAYO, 1988¹⁶ *apud* FERREIRA, 2000, p. 190). Nesse campo, entende-se que na doença o homem perde alguma coisa, a qual lhe pode ser restituída posteriormente de alguma forma. Nessa visão, a moléstia entra e sai do homem como por uma porta, constituindo uma entidade, algo com existência própria, que atinge o corpo humano e se localiza em seu organismo (CANGUILHEM, 1978, p. 19).

Para Ferreira (2000, p. 189), nessa concepção a doença é entendida como algo com existência própria, que se acrescenta ou se subtrai, podendo ser eliminado ou repostado, podendo vir de fora (como uma infecção, uma agressão, uma magia ou sortilégio) ou de dentro, como um tumor. Nesse contexto, a saúde é tida como ausência de doença, constituindo objeto do conhecimento, e a Medicina, como ciência, transforma-se na disciplina das doenças. À técnica delega-se a tarefa de restaurar o organismo afetado pela

¹⁶ *Op. Cit.*

doença, pois, da natureza por si mesma nada de bom se pode esperar. Há também aí um otimismo, todavia localizado em uma intervenção externa.

Entretanto, Ferreira (2000, p. 190) observa, ainda, que essas definições são muitas vezes confusas, flutuantes, produto de certa mistura de conceitos. Relevante é a observação de que a questão da doença repousa, desde a Antiguidade, sobre os pilares de ampla e complexa temática não apenas científica, mas também histórica, cultural e subjetiva (FERREIRA, 2000, p. 190).

Canguilhem, filósofo e médico, especialista em epistemologia e história da ciência, em sua obra “O Normal e o Patológico”, uma investigação que leva em conta a experiência do doente como ser vivo, localiza pontos cruciais do processo de subversão conceitual que extirpou da doença sua condição de objeto de angústia para o homem e a elegeu objeto de estudo para os teóricos da saúde. De forma instigante, o autor formula a pergunta: “A diferença de valor que o ser vivo estabelece entre sua vida normal e sua vida patogênica seria uma aparência ilusória que o cientista deveria negar?” (CANGUILHEM, 1978, p. 53). Em outras palavras, formulada de outra maneira, ao médico do tempo da Medicina baseada em evidências¹⁷ deveria escapar uma escuta, mesmo que mínima, acerca da subjetividade do paciente?

2.2 A medicina moderna e a supressão do sujeito

O homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo.
(CANGUILHEM, 1978, p. 162).

De acordo com Canguilhem (2005, p. 25), na contemporaneidade, tempo em que a Medicina empenhou-se para se tornar uma ciência das doenças e o doente foi colocado entre parênteses como eleito da diligência médica, o sofrimento, a redução da atividade habitual escolhida e a degradação mental não são atributos específicos daquilo que o

¹⁷ MBE ou Medicina Baseada em Evidências refere-se a um termo criado nos 1980 por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina McMaster, do Canadá, para denominar uma estratégia de estudo clínico (DAVIDOFF *et al.* 1995, p. 1085-1086).

médico de hoje identifica como parte de seu trabalho. Para ele, o conhecimento atual das doenças somáticas constitui o resultado, sem dúvida provisório, de uma sucessão de crises e de invenções do saber médico, de progressos concernentes às práticas de exames e análise de seus resultados, que obrigaram os médicos a deslocar seu foco e mudar o alvo da intervenção reparadora. Correlativamente, foram também desviados os locais de observação e análise das estruturas orgânicas suspeitas, em função de aparelhos e técnicas desenvolvidas. Assim, as doenças foram sucessivamente localizadas no organismo, no órgão, no tecido, na célula, na enzima, no gene.

Seguindo com Canguilhem (2005, p. 27-28), a eliminação progressiva da referência às situações vividas pelos doentes não é apenas o efeito da colonização da Medicina pelas ciências fundamentais e aplicadas, a partir dos primeiros anos do século XIX. Ela constitui também efeito da atenção interessada, em todos os sentidos do termo. A partir dessa mesma época, as sociedades do tipo industrial concederam à saúde das populações operárias ou, para usar as palavras de alguns, ao componente humano das forças produtivas, um interesse específico. A vigilância e a melhoria das condições de vida tornaram-se desde então o objeto de medidas e regulamentos decididos pelo poder político. Como exemplo, o epistemólogo cita o que ocorreu na França na época da Revolução, no decorrer do século XVIII, quando aconteceu um grande empenho em se substituir o hospício, asilo de acolhimento de doentes quase sempre abandonados, pelo Hospital, espaço de análise, mas também de vigilância de doentes catalogados, construído e governado para funcionar como “*máquina de curar*” (CANGUILHEM, 2005, p. 27-28).

Se, por um lado, o tratamento hospitalar higienizou, tecnologizou e padronizou o tratamento das doenças, por outro contribuiu, nos termos de Canguilhem (2005, p. 28), para “des-individualizá-las”, considerando que a análise cada vez mais artificial das condições de seu aparecimento extraiu sua realidade da representação clínica inicial. Para esse autor, o corolário desse desligamento foi a mutação sobrevinda à profissão médica sobremaneira ao modo de abordagem das doenças. Sobre o efeito dessas transformações na prática médica, afirma:

Se simplificarmos, sem dúvida abusivamente, a diferença entre a Medicina antiga, sobretudo a grega, e a Medicina moderna, suscitada por Vesálio e Harvey e celebrada por Bacon e Descartes, podemos dizer que a primeira é contemplativa e a segunda operativa. A primeira baseia-se na correspondência entre a ordem do cosmos e o equilíbrio do organismo, que se exprime num poder natural de correção de desordens, a natureza curativa, que respeita uma terapêutica expectante e defensiva. A segunda é um ativismo que, para Bacon, deve ser conduzido pela química e para Descartes pela mecânica (CANGUILHEM, 1977, p. 52).

Discípulo de Gaston Bachelard, o autor de “O Normal e o Patológico” sustenta que a vida não pode ser deduzida a partir de leis físico-químicas, ou seja, que é preciso partir do próprio ser vivo para compreender a vida, e que o objeto de estudo da Biologia é irredutível à análise e à decomposição lógico-matemática. Na tradição da epistemologia francesa, exerceu notável influência sobre Michel Foucault que, em 1963, escreveu uma de suas obras mais notáveis, “O Nascimento da Clínica”, em que afirma que, entre a abordagem mítica e a descritiva, a diferença é ínfima e total. Total, no sentido da primeira fazer uso da linguagem sem suporte perceptivo, das fantasias; e a segunda guiar nosso olhar para um mundo de constante visibilidade (FOUCAULT, 2004, p. VI).

É o mesmo Foucault (2004, p. VI) quem pondera que ninguém pode assegurar-nos que um médico do século XVIII não via o que via e que, na evolução do conhecimento médico, tenha acontecido uma experiência fundamental única capaz de instaurar uma ruptura espontânea e definitiva dos investimentos imaginários. Para ele, os sintomas subjetivos não desapareceram, mas antes, teriam sido deslocados:

O vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de se ter rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das imaginações; a presença da doença no corpo, suas tensões, suas queimaduras, o mundo surdo das entranhas, todo o avesso negro do corpo, que longos sonhos sem olhos recobrem, são tão contestados em sua objetividade pelo discurso redutor do médico quanto fundados como objetos para seu olhar positivo. As figuras da dor não são conjuradas em benefício de um conhecimento neutralizado: foram redistribuídas no espaço em que se cruzam os corpos e os olhares. O que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apoia, a relação de situação e de postura entre o que fala e aquilo de que se fala (FOUCAULT, 2004, p. VII).

Sobre a complexidade da prática médica e seu objeto, Canguilhem pergunta-se se a relação entre médico e doente conseguiu, algum dia, ser uma relação simples de ordem instrumental instaurada em um mesmo nível e, também, harmoniosa, em que cada uma das

partes pudesse se dizer plenamente satisfeita com o comportamento da outra (CANGUILHEM, 2005, p. 11).

Para ele, as particularidades dessa relação vieram se transformando ao longo dos anos, mas nos Séculos XVIII e XIX, a população se tornou um objeto de estudo e de gestão política, passagem da lei para a norma. Em uma sociedade centrada sobre a lei, o cuidado migrou para uma empresa de gestão com foco no padrão, vindo a constituir-se uma das consequências da Revolução Liberal.

Na contemporaneidade, os médicos, não mais os artífices de uma arte secular, mas os grandes técnicos e operadores de banco de dados de ordem estatística e etiológica, por vezes desconhecem a existência e a força de componentes de natureza social, portanto política, na criação e aplicação de práticas para o conhecimento e tratamento das doenças. Tendência surgida da revolução anatomoclínica nos hospitais austríacos, ingleses e franceses no começo do século XIX, o estudo das doenças do seu ponto de vista técnico e social é de suma importância, considerando-se os grandes avanços e ganhos com a crescente eficácia dos atos médicos e cirúrgicos (CANGUILHEM, 2005, p. 29). Contudo, continua Canguilhem:

Seja qual for o interesse de um estudo das doenças quanto a suas variedades, sua história e sua saída, ele não poderia eclipsar o interesse de tentativas de compreensão do papel e do sentido da doença na experiência humana. [Para ele, as doenças] são crises, um preço a ser pago, eventualmente pelos homens, que devem aprender que tendem necessariamente, desde seu primeiro dia, para um final a um só tempo imprevisível e inelutável (CANGUILHEM, 2005, p. 32).

Como prova existencial, a doença suscita uma interrogação até hoje sem resposta convincente, relativa à precariedade das estruturas orgânicas. Para falar com propriedade, “a morte está na vida e a doença é o signo disto” (CANGUILHEM, 2005, p. 32).

Mas a medicina moderna não quer saber disto. Não quer saber dos casos difíceis, não controlados, dos pacientes poliqueixosos, questionadores, que não se encaixam nos protocolos, que não respondem às medicações, que invalidam as regras. A Medicina

moderna “só [quer] saber do que pode dar certo”¹⁸. Publicações recentes em revistas leigas dão o tom dessa Medicina:

[...] No dia 17 de outubro de 2010, a primeira cirurgia inteiramente realizada por robôs foi realizada em 25 minutos sem a presença física de nenhum médico no Hospital Geral de Montreal Canadá. O paciente estava cercado por 3 enfermeiros e 2 robôs, enquanto a equipe médica se encontrava distante 3 andares. Controlada a distância por *joysticks*, um braço robótico aplicou a anestesia. Foi quando a segunda máquina introduzida no abdômen através de uma incisão de 2 cm alcançou a próstata do paciente e retirou com precisão parte do órgão acometido por um tumor. No Brasil, os hospitais paulistanos Albert Einstein, Oswaldo Cruz e Sírio Libanês já usam também robôs nas salas de cirurgia, o “Da Vinci”, como foi batizado. Os equipamentos, embora caros, cortam gastos: o risco de infecção diminui, pacientes se recuperam mais rápido, com substancial redução de ocupação de leitos (CORDEIRO; TONON, 2011, p. 66).

Conforme avalia positivamente em uma revista leiga o médico brasileiro Dr. Chao Lung Wen, coordenador do Núcleo de Telemedicina e Telessaúde do Hospital das Clínicas da USP e membro do Comitê Executivo de Telemedicina e Telessaúde do Ministério da Saúde, “em 10 anos os pacientes serão chamados de parceiros”. “Esqueçam a palavra paciente”, afirma. Conforme o Dr. Chao, “[...] sempre que uma tecnologia torna o trabalho mais confortável e barato, ela tem tudo para ficar” (CORDEIRO; TONON, 2011, p. 66).

Não é difícil observar e admitir o quanto as novas tecnologias já modificaram a prática médica, mas é notável o quanto afetaram, principalmente, a relação médico-paciente. De acordo com Ferreira (2008, p. 107), no contexto *standardizado* dos protocolos estabelecidos pela MBE, a autoridade do sujeito da experiência e a intuição foram abolidas, não restando subjetividade ou qualquer autoridade na relação médico-paciente, momento em que o próprio doente é muitas vezes convidado a participar da discussão sobre dados estatísticos e probabilísticos, extraídos de consensos internacionais, para que ele também possa opinar e decidir sobre sua condição, prognóstico e tratamento.

Dessa forma, a Medicina contemporânea vive a época de ouro da automação, da teleassistência, das videoconferências, do compartilhamento de dados e informações *on-line*, das dúvidas corriqueiras solucionadas ou - muitas vezes - complicadas pelo Dr.

¹⁸ Frase extraída e adaptada da música “Go Back” de Sergio Britto e Torquato Neto, interpretada pela banda Paralamas do Sucesso.

*Google*¹⁹. Se, por um lado, o reconhecimento dos benefícios advindos dessa evolução é inegável, por outro essa frenética tendência normatizadora e excludente do sujeito não deixa de preocupar.

Não desconhecamos nem menosprezemos o potencial normalizador do discurso da ciência e seu viés de apagamento do sujeito da enunciação. Conforme Lebrun (2009, p. 127-140), se isso não se coloca de maneira clara, objetiva, é impossível não perceber, em algumas tendências contemporâneas claramente totalizadoras, como na supervalorização da eficácia operativista e na subversão do saber espontâneo, a cega obediência aos protocolos sem que se tenha a preocupação de discernir a sua origem.

Na contemporaneidade, a Medicina pouco se preocupa em divulgar a maneira pela qual se chega a uma descoberta, a um consenso. Vivemos um momento em que a temporalidade histórica cedeu lugar à temporalidade operatória, momento da publicação incessante de milhares de “*atualizações*”, verdadeira produção incessante de palavras e termos desconectados de sua origem, de sua história. Contaminados por essa ilusão universalizante da eficácia, da garantia e da rapidez, os pacientes hoje pouco suportam o tempo da cicatrização, o tempo da dor, o tempo em sua função de escultor, conforme observação de Marguerite Yourcenar (LEBRUN, 2009, p. 141). De acordo com Ferreira (2008, p. 107), na procura por uma técnica que se sobreponha aos enganos, a subjetividade do médico e do paciente foi excluída, a própria fonte de engano, engano esse que era conhecido pelos médicos da Antiguidade e considerado útil na cura.

Freud, em seu texto “O Mal-Estar na Civilização” (1930 [1996], p. 94-98), já em 1930 observava os efeitos sobre o homem do “progresso extraordinário nas ciências naturais e sua aplicação técnica, estabelecendo seu controle sobre a natureza de uma maneira jamais imaginada”. Nesse texto tão contundente quanto atual, desde o título chama a atenção para o descompasso entre o montante de benefícios materiais obtidos na civilização moderna, segundo o modelo do progresso científico, e a desconsideração do subjetivo nesse

¹⁹ *Google Inc.* é uma empresa multinacional de serviços on-line e *software* dos Estados Unidos. O *Google* hospeda e desenvolve uma série de serviços e produtos baseados na internet e gera lucro principalmente pela publicidade pelo AdWords. A empresa foi fundada por Larry Page e Sergey Brin, muitas vezes apelidados de “*Google Guys*”, enquanto os dois estavam frequentando a Universidade Stanford como estudantes de doutoramento. Foi fundada como uma empresa privada em 04 de setembro de 1998 e sua oferta pública inicial foi realizada em 19 de agosto de 2004. Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Google>. Acesso em: 29/01/2012.

processo. Sem desmerecer os ganhos e os grandes avanços, Freud se preocupava com o descaso com as “coisas que não têm nenhum valor prático ou lucrativo” nessa incessante marcha tecnicista.

Coube, então, a ele próprio, um médico particularmente sensível ao sofrimento de viver do outro e acometido de câncer, alcançar, na simplicidade, a profundidade do patético. Em cartas a Lou Andreas Salomé, Freud escreveu sobre seu padecer: “Eu bem suportei todas as realidades repugnantes, mas aceito mal as possibilidades, não admito esta existência sob ameaça de feriado” (CANGUILHEM, 2005, p. 33).

Contudo, em 1926, em uma entrevista a George Sylvester Viereck, o mesmo Freud declara:

Setenta anos ensinaram-me a aceitar a vida com serena humildade. Eu não me rebelo contra a ordem universal. Do mesmo modo como um pequeno elástico esticado tende a assumir a forma original, assim, também toda matéria viva, consciente ou inconsciente, busca readquirir a completa e absoluta inércia da existência inorgânica. O impulso da vida e o impulso da morte habitam lado a lado dentro de nós. A morte é companheira do amor. Juntos, regem o mundo. No começo a Psicanálise supôs que o amor tinha toda a importância. Agora sabemos que a morte é igualmente importante (FREUD, 1926 *apud* VIERECK, 1990, p. 20).

Se, para Freud, não foi fácil encontrar nas doenças uma perspectiva instrumental e pedagógica sobre a vida que o obrigou a reconhecer-se mortal, não subestimemos os frequentes reveses com os quais vai se deparar o clínico. Entre a revolta excitada pela ideia de dar feriado à vida e a aceitação resignada do retorno ao inorgânico, reconhecer o sentido e o trabalho da doença nunca constituiu tarefa simples (CANGUILHEM, 2005, p. 33).

2.3 A clínica entre o mítico e o racional (sobre a constituição de um saber clínico)

A quem desejasse fazer o inventário temático, a ideia da clínica sem dúvida apareceria carregada de valores demasiado imprecisos. Não é possível designar claramente neste velho arsenal, que pode designar claramente o que ocorreu na passagem do século XVIII, quando a retomada do antigo tema clínico “produziu”, à primeira vista, uma mutação essencial no saber médico (FOUCAULT, 2004, p. XV).

Conforme comentado, as doenças estão, antes de tudo, ligadas às condições de existência e às formas de vida dos indivíduos que sempre variaram com as épocas e os lugares. Não é fácil delimitar com precisão o momento em que o saber médico se referiu mais às “noções positivas de saúde” ou de “normalidade”, mas, segundo Foucault (2004, p. 38), até o final do século XVIII a Medicina referiu-se muito mais à saúde²⁰ do que à normalidade²¹. Não se apoiava na análise do funcionamento regular do organismo para procurar onde se desviou e como se poderia restabelecê-lo, mas preocupava-se mais com as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar.

Enquanto a saúde concedia grande destaque ao regime de vida, ao mesmo tempo possibilitava ao indivíduo a condição de “ser médico de si mesmo”. Nesse sentido, na cultura grega o conhecimento pressupunha uma modificação no ser, sendo inteiramente subordinado ao “cuida-te de ti mesmo”.²² É a resposta de Sócrates a Alcebiades, um jovem ambicioso e presunçoso que queria tomar a seu encargo a cidade, dar-lhe conselhos e entrar em rivalidade com os reis de Esparta ou com os soberanos da Pérsia: “Se quiser conhecer o governo dos homens, o funcionamento da cidade e da natureza, comece por cuidar de si mesmo, comece por ocupar-se de si mesmo” (FOUCAULT, 1985, p. 50). Logo, não é somente o conhecimento de si, mas o cuidado de “ocupar-se de si mesmo” que colocava em jogo a concepção grega do conhecer (GORI; DEL VOLGO, 2005, p. 51-52, tradução nossa).

Segundo Foucault, quando Epicuro prescreveu igualmente a necessidade de “ocupar-se de si”, ele empregava o verbo *therapeuein*, que se pode compreender melhor se nos remetermos a Philon de Alexandria, quando distingue, assim como vários outros autores gregos, a *terapêutica* e a *iátrica*. Segundo ele, a *prática iátrica* aplica-se ao corpo e provém da Medicina, enquanto que a *terapêutica* é muito mais ampla, ela cuida da alma

²⁰ Saúde, em Canguilhem (1978, p. 158), é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

²¹ Aqui nos referimos à normalidade no sentido de normal (*normalis*, de *norma*, regra), *norma* que significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a direita nem para a esquerda (CANGUILHEM, 1978, p. 95).

²² Segundo Foucault (1985, p.49) “pode-se caracterizar brevemente essa ‘*cultura de si*’ pelo fato de que a arte da existência — a *techne tou biou* sob as suas diferentes formas — nela se encontra dominada pelo princípio segundo o qual é preciso “*ter cuidados consigo*”; é esse princípio do “*cuidado de si*” que fundamenta sua necessidade, comanda o seu desenvolvimento e organiza a sua prática. Referindo-se à fala de um imperador, Foucault (1985, p. 49) ensina que este é um tema bem antigo na cultura grega, o de ocupar-se consigo mesmo. Segundo ele, Xenofonte dizia que não se podia reprovar os deuses por não terem realizado todos os nossos desejos.

como os médicos cuidam do corpo e se dedica a uma prática do culto do ser. É interessante notar que a exclusão progressiva do “*cuidado de si*” da perspectiva racional e moral da Medicina moderna em prol de um “*si objetivado*” não existia na cultura antiga. Isso constituiu, sem dúvida alguma, o preço a ser pago pelo conhecimento racional e técnico-científico do mundo, que de uma forma ou de outra a Medicina perseguiu desde a era de Hipócrates (GORI; DEL VOLGO, 2005, p. 53, tradução nossa).

Com a revolução científica²³ iniciada no final do Renascimento (século XVI) e a ruptura de visão e organização do mundo, principalmente com a Teoria Heliocêntrica de Copérnico (1543), as leis de Kepler sobre as órbitas dos planetas e as leis de Galileu sobre a queda dos corpos, a ciência moderna viu nascer seu modelo de racionalidade. Contudo, a Medicina só o encontraria tardiamente, no século XIX (SANTOS, 1997, p. 11).

O caminho em busca da “*ciência*” perpassou os séculos XVI e XVII, época da Medicina das espécies patogênicas, a qual, pela anatomia e fisiologia, incorporou à Medicina alguns elementos de cientificidade. Entretanto, a Medicina continuou à procura de sua positividade científica, pois não houve aparecido no quadro do saber o conhecimento capaz de iluminar o seu caminho. A compreensão dos mecanismos de doenças e das técnicas terapêuticas ainda permanecerá por mais um bom tempo no campo da especulação (FERREIRA, 2000, 191).

No início do século XVIII, a Medicina era ainda uma sintomatologia e nosologia explicitamente calcada nas classificações naturalistas, não conseguindo passar de “um discurso vazio” que incidia sobre práticas que muitas vezes se assemelhavam à magia. Nessa época, observou-se um “assinalável retorno” ao hipocratismo, ao famoso preceito *primum non nocere*²⁴, à terapêutica expectante que oscilava entre o ecletismo cético e dogmatismo obstinado sem qualquer fundamento além do empirismo (CANGUILHEM, 1977, p. 53).

²³ Na história da ciência, **revolução científica** caracteriza-se por uma etapa do progresso em que um antigo paradigma científico, universalmente reconhecido por algum ramo da ciência, é substituído, na totalidade ou em parte, por outro novo e incompatível: a revolução copernicana do século XVI substituiu o paradigma astronômico ptolomaico (a Terra como centro do mundo) por outro inconciliável com ele (o Sol como centro) e a revolução newtoniana do século XVIII transformou radicalmente o sistema físico (NOVA ENCICLOPÉDIA BARSA, 1998, v. 12, p. 328).

²⁴ No volume “*Epidemias*”, da coleção hipocrática (*corpus hippocraticum*), encontra-se uma citação aproximada deste termo: “Exercitar-se a respeito das enfermidades em duas coisas, ajudar ou ao menos não causar dano” (HIPPOCRATES, 1989, p. 62).

Contudo, nos fins do século XVIII e início do século XIX, surgiram os indícios de mudanças significativas que determinariam radical guinada nesse *rejuvenescimento hipocrático* da prática médica (CANGUILHEM, 1977, p. 53). Canguilhem (1977, p. 53) assinala três fenômenos importantes no surgimento dessas mudanças. O primeiro, o nascimento da clínica; o segundo, o surgimento e a persistência de um ceticismo terapêutico que se manifesta especialmente na Áustria e na França; e, por último, o advento da fisiologia como disciplina autônoma, isenta de subordinação à anatomia clássica, que passou a situar os problemas nos tecidos e, logo a seguir, nas células.

2.3.1 O nascimento da clínica

A clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável (FOUCAULT, 2004, p. XV).

Michel Foucault (2004), em sua obra “O Nascimento da Clínica”, localiza em um movimento institucional e cultural ocorrido no final do século XVIII o marco de ruptura entre a Medicina dos séculos XVI e XVII, classificatória, e a Medicina científica moderna, a anatomoclínica.

Nessa notável publicação crítica às estruturas políticas e epistemológicas contemporâneas, esse autor demonstra o quanto essa cisão influenciou na transformação fundamental da organização do conhecimento médico que se seguiu, a qual não se deveu, segundo ele, a um refinamento conceitual ou à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança em seus objetos, pressupostos e métodos (MACHADO, 2004).

O uso do método clínico coincide com o momento do nascimento da Medicina científica e com a necessidade de sistematização das classificações diagnósticas e propedêuticas que não reservou, entretanto, lugar para a habilidade particular do indivíduo, consolidando a transformação da *techné* médica em técnica (FERREIRA, 2008, p. 86). A esse respeito, Foucault afirma:

No século VIII, só há clínica pedagógica, e sob forma ainda restrita, visto que não se admite que o médico possa a cada instante ler, por esse método, a verdade que a natureza depositou no mal. A clínica só diz respeito a essa instrução no sentido estrito, que é dada pelo professor a seus alunos. Não é em si mesma uma experiência, mas o resultado, para uso dos outros, de experiência anterior (FOUCAULT, 2004, p. 65).

Dessa forma, a despeito da inegável importância da ruptura de visão de mundo que se deu nessa época, “momento em que o olho passou a ser ao mesmo tempo o depositário e a fonte de toda clareza” (FERREIRA, 2008, p. 71), a clínica não se prestou, de acordo com Foucault (2004), como instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida, mas uma maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvelasse sistematicamente, com menos interesse no entendimento do sofrimento humano.

2.3.2 A anatomoclínica

Com a anatomoclínica, a doença se deslocou do doente, do quadro, para o corpo, e o novo espaço de percepção cristalizou no olhar objetivo. A Medicina dos *sintomas*, ordenada no quadro, e a clínica de transição que representou a “linguagem de ação” de Condilac²⁵, entraram em regressão para dar lugar à clínica ordenada pela anatomia patológica. Conforme Ferreira (2000, p. 205), a idealidade tornou-se a lesão, a Medicina moderna consagrou a doença como seu objeto de estudo e o corpo humano como espaço geográfico (e não histórico) onde a doença se localiza.

Marie François Xavier Bichat (1771-1802), médico e patologista francês do fim do século XVIII, servindo-se do trabalho de Morgagni²⁶ (1682-1771), protagonizou uma nova percepção sobre o corpo e a doença, passando da análise dos órgãos para a dos tecidos (FOUCAULT, 2004, p. 141). Assim, tornou possível nova ordenação da doença, ou melhor, apresentou o princípio unificador que permitiu à anatomia patológica incorporar

²⁵ Étienne Bonnot de Condilac (1715-1780), filósofo francês, desenvolveu uma teoria do conhecimento a partir da percepção, das sensações, usando os órgãos do sentido. Para ele, a linguagem representaria a etapa mais avançada do processo cognitivo. Introduziu a noção de signo na linguagem e sua teoria sobre a linguagem de ação influenciou a articulação médica entre o sintoma e o signo das doenças. Para ele, através da linguagem seria possível chegar ao segredo das coisas (MORA, 1990 *apud* FERREIRA 2000, p. 201).

²⁶ Giovanni Battista Morgagni (1771-1802). De acordo com Foucault, “as cartas de Morgagni garantiam a especificação das doenças mediante uma repartição local de seus sintomas ou de seu ponto de origem: o princípio diretor da análise nosológica era a dispersão anatômica: o frenesi fazia parte, como a apoplexia, das doenças da cabeça; **asma**, peripneumonia e hemoptise formavam espécies próximas por estarem localizadas no peito” (FOUCAULT, 2004, p. 139).

seu inestimável valor junto à clínica. Graças a ele, estritamente um analista que operou uma redução do “volume orgânico ao espaço tissular”, a superficialidade se incorporou e passou a servir de origem ao positivismo médico que se instalou a seguir (FOUCAULT, 2004, p. 142). Seu olhar, ao conceder um absoluto privilégio epistemológico ao olhar de superfície, se aproxima mais do modelo de um cálculo matemático, diferindo assim do olhar da experiência clínica (FOUCAULT, 2004, p. 142).

Nessa concepção, a doença de espécie natural, inspirada no modelo botânico, transformou-se no próprio corpo doente e o “espaço” completou assim o seu deslocamento, indo situar-se no próprio corpo. Com essa manobra, a anatomoclínica tornou definitivamente visível o que antes era invisível (MACHADO, 1982, p. 218).

Com a clínica, inaugurou-se o “tempo positivo do saber” (FOUCAULT, 2004, p. 60), quando se imaginou poder compreender a doença conhecendo o corpo.

2.3.3 A fisiologia

No século XIX, ao mesmo tempo em que se inaugurou a crença na onipotência da técnica baseada na ciência para explicar o humano reduzido a seu corpo, também se observou a eclosão de contradições e dificuldades advindas da adoção dessa nova concepção. Verificou-se, nessa época, certa insuficiência da teoria da lesão anatômica na explicação plena dos processos clínicos. Contra essa atribuição de valores opostos, surgiu, então, especialmente na França, uma tendência a diferenciar os processos tidos como normais ou fisiológicos e os anormais ou patogênicos, em termos de falta ou excesso.

Em 1808, Broussais (1722-1838) publicou a “História das Inflamações Crônicas” e em 1816 tornou suas críticas radicais contra os conceitos classificatórios da nosologia, retornando à ideia pré-clínica de que a febre e a inflamação representariam o mesmo fenômeno patogênico (FERREIRA, 2000, p. 210-211).

Claude Bernard (1813-1878), em franca ruptura com o empirismo, dedicou uma vida inteira à experimentação biológica e à busca do conhecimento sobre a doença por meio da fisiologia e, a partir dela, dirigiu sua pesquisa do normal para o patogênico com a

finalidade de uma ação racional e terapêutica sobre o último (CANGUILHEM, 1978, p. 23). Para Canguilhem (1978, p. 85), sua incontestável obsessão por uma coerência lógica de continuidade e homogeneidade entre o patogênico e as variações do fisiológico para mais ou para menos acabou por engessar seu pensamento que, em última instância, “adotou o ponto de vista teórico e métrico”, fazendo-o perder o “cálculo abstrato das identidades e a apreciação concreta das diferenças”. Pode-se afirmar que Claude Bernard elegeu o laboratório, e não o Hospital, seu santuário de pesquisas, incorporando, assim, uma prática médica muito mais experimental do que clínica (DEL VOLGO, 2003, p. 43, tradução nossa). Por fim, sua obstinação pela correspondência entre a doença e as alterações de intensidade dos processos fisiológicos o impediram de se interessar pela doença celular ou pela bacteriologia, processos por ele desdenhados por não corresponderem à sua teoria do princípio de identidade entre o normal e o patogênico, que se desenvolveriam a seguir (CANGUILHEM, 1977, p. 61).

2.4 A clínica entre o saber e a verdade (sobre a tecnologização e a dessubjetivação da clínica)

Coisas e palavras sangram pela mesma ferida (PAZ, 1982, p. 35)

A Medicina, então, principalmente após o final do século XVIII, veio regular-se muito mais pela normalidade do que pela saúde. Enquanto isso, a razão foi sendo depurada dos sentidos e dos sentimentos, do que é obscuro, tomando a direção de um saber sem sujeito, dessubjetivada, fragmentada. Essa fragmentação do sujeito instituído objeto criou condições para que ele fosse, assim como a natureza, objeto de pesquisa da ciência, passível de exploração, observação, intervenção, transformação e produção. Acreditava-se que a racionalidade faria a passagem das trevas para a luz (MACHADO, 1982, p. 45-54). Nessas condições, a clínica foi se constituindo muito mais como uma determinada maneira de dispor o saber já adquirido. Para Foucault, “[...] a clínica só diz respeito a esta instrução, no sentido estrito, que é dada pelo professor a seus alunos. Não é em si uma experiência, mas o resultado, para uso dos outros, de uma experiência anterior” (FOUCAULT, 2004, p. 65).

Como parte desse cientificismo, a adoção de medidas regulamentadoras e normalizadoras nesse campo, ao conceber a doença em sua vertente puramente biológica ou orgânica, também possibilitou e facilitou uma forte tendência à medicalização do sujeito.

Conforme Calazans e Lustoza (2008, p. 2), na base dessa medicalização generalizada estaria um pragmatismo transformado em ideologia, respaldado por uma prática destituída do livre pensar e orientada basicamente pela restituição do bem-estar ao paciente ao mais baixo preço e no menor tempo possível.

Hannah Arendt considerou como cerne da crise da tradição ocidental a descrença no conceito clássico de verdade²⁷, afirmando que este veio a ser substituído por um novo, “não mais concebido com base em uma perspectiva contemplativa, mas na capacidade de fabricação” (MORAES, 1991, p. XIV).

No início de sua obra “A vida do espírito”, ao apresentar as motivações que a teriam levado à elaboração do livro, Arendt indica, em primeiro lugar, a hipótese da existência de uma relação entre o mal (referindo-se aos crimes de Eichmann²⁸) e a ausência de pensamento. Segundo ela, no funcionamento das sociedades totalitárias existe um papel principal atribuído às ideologias, consideradas por ela como substitutos perversos do pensamento.

As ideologias suspendem toda a abertura para o ser, característica da atividade de pensar, que sempre se inicia pelo espanto (o *tháuma* “os gregos) e a substituem pela afirmação de princípios explicativos totais, a raça ou a luta de classes, que se desdobram movidos pela força implacável do raciocínio lógico (MORAES, 1991, p. XIV).

²⁷ O conceito de verdade como correspondência é o mais antigo e divulgado. *Alethéia* (em grego antigo, ἀλήθεια, tem sentido de desvelamento: de *a-*, negação, e *lethe* “esquecimento”). Para os antigos gregos, designava verdade e realidade, simultaneamente. Na contemporaneidade, o conceito de verdade volta-se mais para o sentido de conformidade a uma regra: verdade é a validade ou a eficácia dos procedimentos cognitivos. Nesse sentido, entende-se por verdade a qualidade pela qual um procedimento cognitivo qualquer se torna eficaz ou consegue êxito (ABBAGNANO, 1982, p. 957).

²⁸ Karl Adolf Eichmann (Solingen, 19 de março de 1906 - Ramla, 1º de junho de 1962) foi um importante político da Alemanha Nazi e tenente-coronel da SS. Foi o grande responsável pela logística de extermínio de milhões de pessoas durante o Holocausto, em particular dos judeus, que foi chamada de “solução final” (*Endlösung*). A partir do inverno de 1941-1942 organizou a deportação e o extermínio dos judeus da Europa Oriental e da Alemanha. Refugiado, após a guerra, na Argentina, foi ali preso por israelenses em 1960. Condenado à morte pela Corte Suprema de Israel, foi enforcado (GRANDE ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL E., 1998, p. 2040).

No relato de Arendt, que esteve presente no julgamento de Eichmann, ela afirma que não se observava nele sinais de firmes convicções ideológicas ou de motivações especificamente más, algo inteiramente negativo ou notoriamente estúpido, mas *apenas* uma *irreflexão* (ARENDR, 1991, p. 6, grifo nosso). De acordo com essa filósofa:

Clichês, frases feitas, adesão a códigos de expressão e conduta convencionais e padronizados têm a função socialmente reconhecida de nos proteger da realidade, ou seja, da exigência de atenção do pensamento feita por todos os fatos e acontecimentos em virtude de sua mera existência. Se respondêssemos todo o tempo a esta exigência, logo estaríamos exaustos; Eichmann se distinguia do comum dos homens unicamente porque ele, como ficava evidente, “*nunca*” havia tomado conhecimento de tal exigência (ARENDR, 1991, p. 6, grifo nosso).

Dessa forma, na ideologia cientificista a demanda por eficácia acaba funcionando como uma proibição ao pensar, já que a obediência ao cumprimento de metas dificulta qualquer iniciativa que possa colocar em dúvida, ou entre parênteses, a validade dos protocolos.

Nesse ponto, percebe-se que o conceito de saúde, que norteia a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), orienta-se por um projeto político medicalizante e totalitário, em cuja Constituição lê-se que “a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos estados”. Conforme Calazans e Lustoza (2008, p. 5), quando a saúde se torna conceitual²⁹ e a preocupação é delimitar o seu campo de problemas, para o cidadão atento não é difícil perceber o quanto a definição da OMS é impositiva e questionável.

Gori e Del Volgo (2005, p. 13) observam que essa ideologia da saúde e dos corpos saudáveis tomados como um bem e propriedade social, que extrai do indivíduo a possibilidade de escolha, convertendo-o em um “*parceiro da equipe médica*”, em uma contemporaneidade de “*pares*” e “*iguais*”, constitui fato preocupante. Para Roudinesco (2005, p. 89), nos atuais Estados democráticos assiste-se a “uma espécie de involução do raciocínio do racionalismo iluminista”, em que os sujeitos chegam a desejar sua própria escravidão e abdicar de sua liberdade em prol de um modelo de “*sucesso*”, na verdade um modelo de submissão coletiva. Hoje o totalitarismo tende muito mais a travestir-se em uma figura maternal em sua voracidade igualitária que tudo tenta englobar e universalizar,

²⁹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), “saúde é um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”..

tendo há muito abandonado sua aparência despótica. Jean-Pierre Lebrun (2009, p. 114) compara a figura de Hitler e o nazismo³⁰ à de uma “mãe toda-poderosa a quem nada e ninguém escapam”, mesmo que, de saída, todos pensem no *Fuhrer* como um pai tirano.

Para esses autores, o enquadramento legislativo, social e econômico dos atos médico-cirúrgicos, também inseridos nas regras de mercado das companhias seguradoras de saúde, se, por um lado, conferem ao paciente desavisado alguma sensação de poder, de estar integrado na equipe e realmente participando das decisões, por outro extirpam-lhe a condição humana e o classificam como mais um número. Para o sistema de saúde não existem mais doentes, pacientes, enfermos ou pessoas, mas “usuários”. Os programas de treinamento para os profissionais dessa área passaram a denominar-se “matriciamento”. Não sejamos hipócritas; a ideologia do corpo e da saúde como uma propriedade social, que ignora sua dimensão subjetiva e pulsional, vem carregada de consequências (GORI; DEL VOLGO, 2005, p. 13-14).

De outra perspectiva, percebe-se em outras tendências a busca por uma definição de saúde que não se oriente exclusivamente pela validação dos critérios referentes à vida orgânica e sua medição por aparelhos. Nesse sentido, o modelo biopsicossocial das terapias cognitivo-comportamentais oferece vantagens potenciais frente ao desafio de conciliar uma atitude objetivamente científica com a atenção às necessidades psicológicas, familiares, sociais, culturais, etc. de pacientes e profissionais. Contudo, limitações em torno de sua operacionalização na prática clínica, ao excluir do sujeito o seu subjetivo, seu prazer e sua dor experimentados como tais, sua verdade como causa, como “causação”, vem muito mais franquear a concepção de um “homem sem sua humanidade” do que proporcionar algum distanciamento do enquadramento míope e normalizador do paciente (GORI; DEL VOLGO, 2005, p. 18).

Se, por um lado, as ciências do homem apareceram no prolongamento das ciências da vida, talvez porque estivessem “biologicamente” fundadas, por outro, seu objeto de estudo, o

³⁰ O nazismo passou de um racismo visceral a um racismo cientificamente justificado; ele se tratou muito mais de uma relação de depuração biológica do que de um afrontamento brutal. Nessa perspectiva procuramos revelar uma intenção de legitimidade científica embutida no ato de autorização do extermínio, da eliminação daqueles que poderiam causar algum mal social. Note-se que Hitler frequentemente introduzia em seus célebres discursos palavras do vocabulário médico como contaminação, eliminação do pus, envenenamento do sangue, infecção pestilenta, etc. Curiosamente, o significado da famosa saudação nazista *Heil Hitler* não era outro, mas que Hitler esteja em boa saúde! (LEBRUN, 2009, p. 99).

homem e suas condutas, realizações individuais, sociais e, principalmente, sua subjetividade nunca se deixaram capturar totalmente pelo foco dessa lente. O frequente relato de casos refratários e insolúveis, verdadeiros artefatos a “*embaçar*” a nitidez do olhar científico não deixa duvidar da irredutibilidade da verdade ao saber.

Certamente a clínica possibilitou a cientifização do saber ao depurar o método do puro imaginário e proporcionar benefícios com esse progresso, mas, frequentemente, desorienta-se diante das limitações impostas pelo caráter singular do método científico, que insiste em explicar o homem e sua peculiar refratariedade frente às padronizações. Inserido nesse contexto turbulento e conflituoso, totalmente regulamentado de seu exterior, o médico despojado do julgamento, da experiência e do poder de tomar decisões baseadas em sua autoridade pessoal procura sobreviver e se afirmar, agarrando-se às evidências pré-julgadas oferecidas pelos protocolos e pela MBE, nem sempre tão evidentes e aplicáveis (FERREIRA, 2008). Para Milner (2007), no contexto da MBE, o ato médico supremo não é consubstanciado na cura nem nos cuidados ou no tratamento, mas na autópsia. “Daí o caráter singular das ciências do homem, impossível de separar da negatividade em que apareceram, mas também ligadas à positividade que situam, implicitamente, como norma” (FOUCAULT, 2004, p. 39).

Canguilhem, em sua obra “Poder e Limite da Racionalidade na Medicina”, enfatiza a importância de o médico não se limitar ao registro do campo técnico no atendimento ao paciente, em que prevalece a tendência à interpretação literal dos consensos aliada à ideia de combater a doença racionalmente (CANGUILHEM, 1989³¹ *apud* GORI; DEL VOLGO, 2005). Em um mundo de códigos e consensos, no que concerne ao que é propriamente humano, não se pode prescindir do entendimento do que lhe é próprio, do que lhe é bom e do que lhe é justo, caso a caso.

Nesse sentido, também Miller (2006, p. 31) acrescenta uma crítica a esse empuxo cientificista da clínica, valendo-se da referência que Kant dá ao julgamento: “O juízo ou julgamento é toda uma prática que não é um conhecimento nem uma teoria, mas uma arte. Nessa dimensão, a prática não é uma aplicação da teoria” (MILLER, 2006, p. 31).

³¹ CANGUILHEM, G. Puissance et limites de la rationalité [1978]. In: CANGUILHEM, G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin, 1989, p. 392-411.

Em consonância com os que discordam desse deslocamento normalizante da Medicina contemporânea, também Gori e Del Volgo (2005, p. 119) reconhecem-se partidários do pressuposto de que a prática não deve constituir a simples aplicação do saber científico. Segundo esses autores, considerando-se o doente antes de tudo um sujeito, a “doença do doente” (tradução nossa), ou seja, sua própria versão sobre o que ocorre consigo não deveria ser-lhe expropriada (GORI; DEL VOLGO, 2005, p. 76).

Dispositivo clínico primordial, a anamnese³² em seu sentido hipocrático prestava-se para relembrar não somente os fatos relacionados à moléstia, mas também aqueles relacionados à pessoa do doente, recurso que objetivava fazer aflorar, de modo natural, a resposta que originou a pergunta.

Na atualidade, na premência do resultado, dentro dos consultórios médicos acabam por predominar os questionários estruturados ou semiestruturados e sua objetividade reducionista. Entretanto, nos compêndios de clínica e semiologia podem-se encontrar referências interessantes sobre a entrevista com o paciente. Para Surós Forns (1981, p. 2), a anamnese constitui:

[...] a base fundamental e insubstituível do diagnóstico, na qual nunca se deve poupar tempo e a que exige maior conhecimento e experiência do médico, momento em que este não deve encarar o paciente como simples objeto de estudo ou investigação e adotar perante ele uma atitude puramente objetiva, fria e desapaixonada.

Nesse mesmo cenário, Ferreira³³, em seus seminários proferidos no ambulatório da Medicina do Adolescente da UFMG, sempre reafirma a importância da abertura, por parte do médico, de “uma janela de escuta”, partindo do pressuposto de que sua função clínica não deve se restringir ao lugar do saber, já que a “*verdadeira*” demanda do paciente nem sempre é falada a princípio. Referindo-se à cena do filme “Elsa e Fred”, em que a protagonista, em meio a um procedimento de diálise, encontra espaço, junto ao dializador,

³² Do grego *anamnesis*, significa "reminiscência, recordação". Derivado de *ana*; direcionado para trás, novamente, + *mimneskesthai*; lembrar-se. Toma o sentido de recordar-se novamente, ir contra o esquecimento; informação sobre a história passada de uma doença, incluindo dados sobre a família, o ambiente anterior, experiências e sensações (THE AMERICAN ILLUSTRATED MEDICAL DICTIONARY, 1942, p. 93). Na retórica, *anamnésia* toma o sentido de “figura pela qual nos fingimos recordar de coisa esquecida” (NOVO DICIONÁRIO BÁSICO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 1988, p. 41).

³³ Estabelecimento por transcrição de palestra inaugural proferida pelo Professor Roberto Assis Ferreira na disciplina Medicina do Adolescente em 25 de fevereiro 2011. Anotações pessoais.

para dizer de sua angústia diante da “*morosidade*” do amado, Ferreira ilustra sua afirmação de que “é sempre possível escutar algo que leva à subjetividade”.

Ainda nesse aspecto, Pierre Benoit (1989, p. 11) esclarece que a ideologia do “curandeiro científico” (referindo-se ao médico tecnocrata) se estabelece pela recusa da vida íntima do paciente e se sedimenta no postulado de que “os progressos da Medicina provieram da biologia” e que, portanto, deveriam prosseguir nesse rumo. Em interessante contraponto, Juan Surós lembra que “o aparelho que mais fizera progredir a Medicina fora a cadeira” (FORNS; BATTLO; BATTLO, 1981, p. 2).

Diante de tais pontuações, reafirma-se que não se pretende aqui negar as conquistas da Medicina científica, mas discutir e problematizar sua tendência em manter na obscuridade a face humana da dor. A *expertise* do olhar científico não deveria eximir o clínico de sua função de escuta do discurso de sofrimento do paciente, pertencendo esse ou não à área “*psi*”.

Em contraponto à célebre frase do famoso professor cirurgião francês René Leriche (1936 *apud* CANGUILHEM, 2005, p. 35), quando define que “a saúde é a vida do silêncio dos órgãos”, Paul Valéry (1942³⁴ *apud* CANGUILHEM, 2005, p. 35) afirma que “a saúde é o estado no qual as funções necessárias se realizam insensivelmente ou com prazer. De sua parte, pergunta Canguilhem (2005, p. 38): “A saúde não seria a verdade do corpo?”

Para esse autor, a verdade do corpo seria sua própria constituição ou autenticidade de existência, não sendo uma ideia susceptível de representação, do mesmo modo que não há ideia da alma. Para ele, trata-se de considerar a saúde como verdade do corpo em sua condição de livre exercício não contabilizável como um objeto por aquele que se crê ou que se diz, especialista da saúde, higienista ou gestor de uma população. Para o paciente, entre o saber do médico sobre a doença do seu corpo e a sua própria verdade³⁵ sobre o que lhe acontece, há uma distância abissal (CANGUILHEM, 2005, p. 45).

³⁴ VALÉRY, P. Mauvaises pensées et autres, 1942.

³⁵ O critério de verdade aqui considerado é aquele internalizado pela própria consciência da experiência, na sucessão das figuras como estações (HEGEL, 1992, p. 66 *apud* IANNINI, 2009, p. 60) que, cada uma a seu modo, experimenta a contradição entre saber e verdade. Se a verdade não se confunde com a exatidão, nem é uma propriedade de enunciados pretensamente objetivos, é antes de tudo, porque ela é, em Hegel como em Lacan, processo. A verdade é o todo. Mas o todo não é senão a essência que se conclui por seu desenvolvimento. Há que dizer do absoluto que ele é essencialmente resultado, que ele não é senão, por fim,

Do material clínico colhido ao longo dos anos, misturado às queixas objetivas dos pacientes ou dos pais, pude detectar inúmeras frases curiosas, entre as quais algumas no mínimo enigmáticas, “verdadeiras histórias” ou crenças acerca da origem dos sintomas:

[...] mas a asma do meu filho é eterna!

Esta menina começou a ter coceira no corpo e asma depois que parei de passar leite de peito no seu cabelo [...].

Queria que Deus tirasse as coisas ruins do mundo como cobra, escorpião, cabelo ruim, vassoura, pano de chão e asma.

Tive intoxicação com corticoide há 18 anos e os médicos agora estão sem remédio para a minha asma. Meu pai era farmacêutico, curou a minha irmã, mas minha mãe falava que para mim o remédio dele fazia mal, que não podia. Ela dizia: “isto eu não deixo você tomar”. Filho não contraria mãe, então eu não tomava [...] continuei com asma, e hoje quase todo remédio me dá reação.

Eu não podia nada [...] não podia pegar vento, não podia pegar chuva, não podia comer chocolate, comida remosa, não podia correr, não podia gritar, não podia rir, nem mesmo chorar [...] tudo me fazia ter crise de falta de ar que chegava a roxear a ponta dos meus dedos [...]. Todo mundo tinha pena de mim. Eu dormi até os 15 anos no quarto dos meus pais, com a minha mãe recostada na cama me vigiando, esperando a crise. Um dia resolvi chupar picolé escondido e não tive crise. Ninguém falou nada - pensei. E eu não tive crise! Foi então que descobri que a fala das pessoas podia me fazer chiar.

Gori e Del Volgo (2005, p. 78) referem que a ética de certa forma instrumenta e serve o praticante, exigindo-lhe uma abordagem plural para além do manejo técnico. Para ele, o cuidado ético incluiria, além da abordagem científica, uma prática terapêutica que não se reduziria simplesmente a uma técnica, já que leva em conta a escuta do sofrimento humano, do romance da doença, este irredutível às doenças, convocando de seu praticante, além do conhecimento teórico, a experiência, a decisão e o julgamento, caso a caso (GORI; DEL VOLGO, 2005, p. 118).

No reino do consumo e das técnicas o recurso à palavra ética³⁶, do lado do clínico, poderia servir como ferramenta, ponto de resistência contra a avalanche contemporânea da

o que ele é em verdade, e é nisto precisamente que consiste sua natureza de ser sujeito atual ou devir de si. “Segundo a essência, o objeto é a mesma coisa que o movimento. O movimento é o desdobramento e a distinção dos momentos, e o objeto é a conjunção dos mesmos. Portanto, a força de sua verdade reside agora no Eu, na imediateidade do meu ver, ouvir, etc. O agora é dia porque Eu vejo” (HEGEL, 1996, p. 350-357).

³⁶ A palavra “ética” deriva do grego *ἠθικός* e significa em geral ciência da conduta (ABBAGNAGNO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1982. p. 360). Para Chauí (2011, p. 27), diferentemente do *páthos*, que é a disposição passageira, o *éthos* é disposição natural, a constância, aquilo que, na *Poética*, Aristóteles diz constituir a semelhança de si consigo mesmo ou, como a tradição consagrou, o caráter de alguém, que varia de pessoa a pessoa, sua constituição ou temperamento. A ética é discurso para educação do *éthos* como *práxis*, para que realize sua finalidade natural.

protocolização indistinta dos tratamentos, contra a abolição do que é propriamente humano na abordagem do doente?

2.5 A força das normas na clínica médica

A essência da argumentação é que, para uma descrição objetiva e uma compreensão harmoniosa, é necessário, em quase todos os campos do conhecimento, prestar atenção às circunstâncias em que os dados são obtidos (BOHR, 1996, p. 3).

Criado na Inglaterra em 1942, o Plano Beveridge serviu de modelo de organização da saúde para vários países depois da Segunda Guerra Mundial. Considerado o responsável pelo surgimento do plano da assistência social moderna, esse recomendava ao governo inglês combater os cinco grandes males da sociedade: a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade. Assim, a saúde entra para o campo da macroeconomia, tornando-se antes de tudo um dever, objeto da ação do Estado e de uma verdadeira luta política. Elabora-se e oferta-se, a partir de então, todo um espectro de protocolos, *guidelines*, questionários, testes estatísticos e procedimentos com objetivo de se obter ao mais baixo custo, mais eficácia e o melhor controle (MACEDO, 2006, p. 53-58).

Entretanto, bem antes disto, em 1910, o *Informe Flexner*, uma iniciativa científicista de padronização da formação médica, estabelecia o campo propício para o estabelecimento do paradigma biológico e a implantação do modelo tecnológico, tanto na prática quanto no ensino da Medicina. Não obstante criado nos Estados Unidos, o “paradigma flexneriano” consolidou o lugar hegemônico da abordagem médica tecnicista em todo o Ocidente. Ao conferir à Medicina o *status* de ciência e adotar o modelo de ensino já preconizado na Alemanha e na *Johns Hopkins University*, esse informe estabeleceu a supremacia da lógica sobre a observação e valorizou o aprendizado do normal sobre o patogênico, ao entender que a clínica deve se submeter ao método científico (FERREIRA, 2000, p. 283-291). Berliner (1975³⁷ *apud* FERREIRA, 2000, p. 290) relata que a doença torna-se, então, uma entidade universal quantificável e, como em todo paradigma vitorioso, fazem-se multiplicar as descobertas sobre as particularidades desse corpo anatomofisiológico.

³⁷ BERLINER H. S. A larger perspective on the Flexner report. *Int J Health Serv*, v. 5, n. 4, p. 573-592, 1975.

Como alguém poderia estar doente no mundo de hoje, vivendo em uma cultura que transforma o paciente em usuário dos cuidados médicos *standardizados* que a tudo pretende controlar, prevenir e responder, na qual “imperava a impostura da objetivação sem limites, a tirania da vigilância generalizada e o gozo obscuro da transparência?” (MACEDO, 2006, p. 53). De acordo com essa autora, na hipermodernidade o erro trágico se converte no erro crasso³⁸, que a partir da ideologia da avaliação induz a um silêncio ensurdecido (MACEDO, 2006, p. 53). Quem irá cuidar das exceções e do sofrimento humano? Onde irão parar os tropeços que os melhores protocolos não podem prever?

Não havendo lugar para a doença e a morte, em meio a tanta tecnologia, eficácia e prevenção, o que fazer dos casos difíceis, dos refratários, dos insolúveis, repletos de perguntas e sentimentos subjetivos nunca contemplados pelos questionários estruturados ou semi-estruturados?

Pequenos fragmentos clínicos de falas recolhidas de atendimentos clínicos talvez digam melhor o que se pretende significar. Em um serviço público, queixa-se uma mãe aflita do número infinito de médicos que já examinaram seu filho e da falta de solução definitiva para as infecções respiratórias recorrentes que o afligiam: “*Um médico manda para o outro, que manda para o outro, que manda para um outro*”.

Em outra situação clínica, um senhor portador de inúmeros “*problemas de saúde*” afirma que “a partir de agora só acredito em médico que me mostra no livro”, na tentativa de se resguardar de novos erros médicos. Esses, e muitos outros pacientes que diariamente buscam atendimento nos consultórios médicos, encarnam o verdadeiro protótipo do paciente atual, um indivíduo descrente do ato médico, em busca de uma enciclopédia, de uma bibliografia atualizada ou de um catálogo que contenha o nome do seu “*mal*”, assim como a fórmula para sua cura.

³⁸ A expressão designa um erro grosseiro, estúpido, vem da tradução do latim *crassus*, que significa “gordo” ou “grosseiro”. Em 59 a.C., no período conhecido como Primeiro Triunvirato, Marco Licínio Crasso, após comandar as forças que derrotaram o levante de escravos liderados por Spartacus, desenvolveu a ideia fixa de conquistar os partos, povo cujo império dominava a Mesopotâmia e impedia a expansão de Roma. Só que subestimou o inimigo e usou a tática errada, atacando a exímia cavalaria parta com uma infantaria romana em campo aberto. O “erro crasso” custou sua vida (LUI, 2006).

Dois pensadores do século XX, Georges Canguilhem e Michel Foucault, ocuparam-se, cada um a seu modo, do problema da imanência e do poder das normas, tentando compreender sob diferentes ângulos o motivo pelo qual a existência humana é com elas confrontada, de onde extraem seu poder e em que direção o orientam (MACHEREY, 2009, p. 98).

Na obra de ambos, a investigação sobre a influência e o “*poder de alcance*” das padronizações sobre a vida, em todos os seus aspectos, é algo crucial. Há pontos distintos, porém, na essência, para nenhum dos dois as normas deveriam se apresentar como regras formais aplicadas do exterior ao conteúdo, de forma independente ao seu campo de aplicação, como artefatos de cunho essencialmente científico ou jurídico. A preocupação em distingui-las como algo criado e elaborado em um âmbito que inclui sua historicidade, seu campo de origem e de atuação, implica a recusa a absorvê-las como algo puramente teórico (MACHEREY, 2009, p. 10-11).

Foucault, que, de início, tratou das questões concernentes ao campo médico (o que o aproximou da obra de Canguilhem), logo ampliou seu terreno de investigação para uma complexa discussão no campo da filosofia política e moral em todos os seus aspectos, enquanto Canguilhem, sem desconhecer esse campo, se ateuve mais às questões da vida (MACHEREY, 2009). Contudo, tanto para um quanto para outro, ambos críticos do positivismo biológico, a relação intrínseca da vida com a morte não se desenvolve senão à partir da experiência clínica da doença (MACHEREY, 2009, p. 99).

Canguilhem ocupa-se mais da experiência clínica individualizada do “doente”, este talvez o grande ausente da obra “O Nascimento da Clínica”, de Foucault (MACHEREY, 2009, p. 103). O primeiro, ao enfatizar a importância do levantamento histórico de determinado evento e seu panorama, constrói uma problematização em torno da história da ciência e da criação das normas, ressaltando a importância da consideração da vida, da linguagem, enfim, do cenário no qual se deu a elaboração dos conceitos, pois, segundo ele, seria justamente o levantamento dessas condições que permitiria o discernimento das regras como simples palavras ou não (MACHEREY, 2009, p. 36, 99). Para ele, conhecer um conceito implica o levantamento detalhado das condições de seu “*nascimento*”, do momento de sua criação. Mais do que deduzidos, os conceitos devem ser produzidos (MACHEREY, 2009, p. 47-48).

Nesse aspecto, referindo-se ao campo específico da Medicina, Canguilhem problematiza sobre a relação entre o normal e o patológico:

Quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual, de tal modo que a relação fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia, pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções (CANGUILHEM, 1978, p. 65).

Nesse sentido, retornar ao conceito implica mostrar a questão original afora seus determinantes teóricos e consentir em seu movimento de formação que abrange sua positividade e também sua negatividade, seus erros, suas faltas, seus mitos. Implica fazer uso de uma lógica que não se resume à simples busca de concordância com os resultados de uma universalidade conhecida *a priori*, mas, ao contrário, que se faz possível ao representar uma “racionalidade histórica e contingente”³⁹ (MACHEREY, 2009, p. 59).

Coincidentemente com o pensamento monista, o filósofo Baruch de Espinosa, no “Tratado da Emenda do Intelecto”, também afirma que conhecer é conhecer pela causa. Para ele, em primeiro lugar a própria causa deve ser conhecida e, depois, em segundo lugar, deve-se conhecer, por seu intermédio, que nada mais é senão conhecer o modo pelo qual ela engendra de maneira necessária um efeito determinado, visto que uma causa verdadeira não pode ser extrínseca ao efeito, mas interna a ele. Para Espinosa, “sabe quem faz”: o intelecto conhece ideias verdadeiras porque é ele mesmo que as causa ou as faz (CHAUÍ, 2011, p. 131).

Dessa forma, a história do conhecimento não pode se reduzir à eliminação da falta, mas, ao contrário, acarreta a sua retomada pelo interior do movimento no qual ela mesma se produziu. No sentido da consideração da negatividade, da exceção e da falta, no campo da Medicina pode-se afirmar que a doença cumpre uma função “normativa”, já que, conforme Canguilhem, foi o anormal que suscitou o interesse pelo normal (MACHEREY, 2009, p.

³⁹ Nesse sentido, Jean Claude Milner afirma que existiria somente ciência do contingente, considerando a argumentação de Popper de que uma teoria científica seria sempre conjectural e provisória (MILNER, 1996, p. 50).

67). E estar doente, desse ponto de vista, ser um monstro ou mesmo morrer seria ainda viver (MACHEREY, 2009, p. 132).

De forma distinta da aplicação direta e mecânica de um poder pré-constituído do que é tido como “*normal*” ou “*normalizador*”, a função normativa constitui um processo que não transmite diretamente as normas ao indivíduo sobre um suposto ideal de viver, pelo contrário, ela renuncia ao ideal globalizador e considera a vida uma experiência singular: “A experiência de viver não pode se constituir de outra forma que não uma experiência individualizada: não existe experiência do ser vivente em geral, mas somente experiências de vidas singulares” (MACHEREY, 2009, p. 128).

Referindo-se a Espinosa, Miller e Milner (2006, p. 29) comentam que, para esse filósofo, o estatuto da comparação constitui algo que diz respeito ao imaginário, já que ele negava que a um homem cego faltasse o que quer que seja, “tanto como a vista não falta a uma pedra”. Para ele, é a comparação (do exterior) que introduz a falta e a diferença, ou seja, novamente o patológico é que estabelece o que é “normal”⁴⁰. Espinosa, no sentido de dar ênfase à observação da singularidade do indivíduo, afirma na proposição 57 da “*Ética*”: “Um afeto qualquer de um indivíduo discrepa do afeto de um outro tanto quanto a essência de um difere da essência do outro” (SPINOZA, 2007, p. 233).

Simpatizante e estudioso das ideias desse filósofo, Canguilhem também afirma algo semelhante em sua obra “*O Normal e o Patológico*”:

Não existe fato que seja normal ou patológico em si, senão em um contexto dinâmico, e que um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder às exigências do meio, sendo, portanto, sempre ao individual que se deve referir (CANGUILHEM, 1978, p. 113).

As concepções desses autores fazem supor que não existe uma norma universal, criada do exterior da experiência de cada um, que valha indiferentemente para todos os indivíduos. E que a atual “febre do ciframento da sociedade da garantia e do controle” tem sua origem no medo de que alguma coisa não tenha preço e escape às medidas do avaliador, no pavor da

⁴⁰ Em outras palavras, a doença é o que leva à observação da diferença, do estabelecimento do “normal” e de regras ideais, levando ao esquecimento de que o patológico já constitui em si mesmo uma forma relativa de saúde.

singularidade, da invenção, da diversidade e da autonomia. A percepção é que a avaliação, fenômeno essencial dos tempos atuais, carrega em seu cerne uma busca metódica pelo consentimento do outro, encarnando em seu íntimo um ideal de poder e controle (FORBES, 2006, p. IX-X).

Neste ponto, faz-se mister afirmar que não se trata aqui de ir contra as evidências científicas, mas de considerar que a ciência não responde a todas as questões do adoecer e da cura. Que devemos usá-la onde for útil e aplicável, mas que seria desejável o conhecimento de seus limites e a inclusão de outro saber⁴¹ na clínica, principalmente nos casos em que a ciência e seus métodos não têm mais algo a responder e o paciente sofre.

Referindo-se aos frequentes impasses na clínica contemporânea, impotente diante do que se revela propriamente humano, Roudinesco (2005, p. 89) instiga o leitor em sua obra a indagar-se sobre o significado dos verbos “predizer, avaliar, calcular, periciar, validar, contar, medir”, em se tratando do sofrimento psíquico e das terapias supostamente capazes de curá-lo. Afinal, pergunta a autora, “*quem*” estaria habilitado a controlar o incontrolável? (ROUDINESCO, 2005, p. 86).

⁴¹ Que tipo de “saber” seria esse? Possivelmente, uma “sabedoria estritamente humana” como aquela referida por Sócrates relatada na “Apologia” por Platão (PLATÃO, 1999, p. 70). Nessa obra, Platão se faz instrumento das palavras de Sócrates, por este último proferidas perante o júri ateniense, por ocasião de sua condenação sob acusação de desrespeitar as leis da cidade, os deuses tradicionais e de corromper a juventude de Atenas. Em lugar de uma defesa tradicional, que poderia tê-lo livrado da condenação, Sócrates defende sua liberdade de pensamento e o caráter crítico da Filosofia, afirmando que “esse é o maior bem para o homem, meditar todos os dias sobre a virtude, [...] pois uma vida desprovida de tais análises não é digna de ser vivida” (PLATÃO, 1999, p.91). Mantendo-se coerente com aquilo que acreditava ser a sabedoria, antes de escolher tomar a dose mortal de cicuta, Sócrates afirma ainda que “o verdadeiro saber consiste em saber que não se sabe” (PLATÃO, 1999, p. 73), indicando que sábio seria o homem que admitisse que sua sabedoria não possuía valor algum, senão no sentido de lhe permitir permanecer nem sabedor de sua sabedoria, nem ignorante de sua ignorância.

PARTE 2 - OS PROTOCOLOS, A HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA E A ASMA

É preciso refletir para medir, em vez de medir para refletir
(BACHELARD, 2011, p. 262).

CAPÍTULO 1 - A asma

1.1 Etiopatogenia

A asma⁴², doença inflamatória crônica, constitui uma doença com peculiaridades específicas. Sua grande variação de prevalência e gravidade individualmente e no mundo sugere que ela constitui uma síndrome com fenótipos diversos e diferentes padrões de respostas aos medicamentos. Essas características, que lhe são peculiares, indicam a existência de uma complexa inter-relação entre a hereditariedade e o ambiente por trás da sintomatologia observada, provavelmente dependente de inúmeras variáveis externas como poluição ambiental, número de infecções, tamanho da família, frequência em creches, exposição alérgica, hábitos alimentares, vacinações, acesso e uso adequado de medicamentos, mas, também, de outros fatores ainda desconhecidos que, juntos, atuam no desencadeamento, manutenção e determinação da gravidade da doença.

Se, por um lado, passados mais de 20 anos desde a proposta de Strachan (1989) acerca da etiopatogenia das doenças alérgicas denominada “hipótese da higiene”⁴³, conseguiu-se

⁴² Hipócrates acreditava que a asma era causada por um desequilíbrio nos “humores” (uma *cacochymia*) resultante da liberação do humor maléfico da pituitária sobre o nariz e os pulmões (MICALLEF-ELLUL, 1997, p. 9).

⁴³ Hipótese da higiene: apesar de fatores genéticos serem importantes para explicar a variabilidade da prevalência de asma no mundo, a genética não explica o acentuado crescimento recente da prevalência de asma, rinite alérgica e eczema, verificados em vários países, o que provavelmente está relacionado a mudanças ambientais ocorridas nas últimas décadas. Entre os fatores ambientais que podem influenciar o surgimento de doenças alérgicas estão as infecções na infância. Em recém-nascidos, a população de linfócitos T do cordão umbilical tem atividade imunológica predominantemente Th2, semelhante ao que ocorre em indivíduos alérgicos. É possível supor que haja uma predisposição natural ao desenvolvimento de doenças alérgicas na infância e que as doenças infecciosas adquiridas nessa faixa etária contribuam para o desenvolvimento de um equilíbrio da atividade imunológica, prevenindo o surgimento das alergias. Essa é a hipótese da higiene, que tem o respaldo de publicações que demonstraram associação inversa entre alergia e exposição a infecções virais, bacterianas e helmínticas. De acordo com a hipótese da higiene, as políticas de vacinação e de saneamento básico implantadas nas últimas décadas em países desenvolvidos previnem

evidenciar e contestar muitas de suas limitações, por outro, segundo Camelo-Nunes (2011, p. 31), não se pode deixar de levá-la em consideração por completo, com vistas à instituição futura de estratégias preventivas e terapêuticas.

1.2 Epidemiologia

Segundo Bousquet *et al.* (2010, p. 926), atualmente a asma ainda constitui um problema de saúde global, afetando cerca de 300 milhões de pessoas de todas as idades e grupos étnicos em todo o mundo.

De acordo a versão de 2007 do *National Asthma Education and Prevention Program* (NAEPP) nos Estados Unidos, mais de 22 milhões de pessoas têm asma, constituindo naquele país a doença crônica mais comum na infância, chegando a atingir 6 milhões de crianças (EXPERT PANEL REPORT 3, 2007). No Canadá, a asma é a doença respiratória crônica mais comum, responsável por 80% do total das doenças respiratórias, afetando 8,4% da população (TO *et al.*, 2010). Na França, a prevalência dessa doença é de aproximadamente 3,5 milhões de pessoas, entre as quais um terço são crianças e adolescentes (TUAL *et al.*, 2008, p. 815).

No Brasil, a asma é uma das principais doenças crônicas da infância, com mortalidade crescente, elevado número de internações e alto custo social (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006). De acordo Cerci Neto (2007, p. XXIII) sua prevalência nesse país está em torno de 20%.

Foi a partir do reconhecimento da asma como fator de forte impacto na saúde pública no princípio da década de 1990 que se deu início à elaboração de vários estudos colaborativos nacionais e internacionais na tentativa de uniformizar os dados e estabelecer a prevalência mundial da asma e o controle da doença. A última década tornou-se então a “época dourada” dos *guidelines* sobre a asma, entre eles os mais importantes e citados

doenças infecciosas na infância, o que impede o equilíbrio imunológico, explicando o aumento da prevalência de doenças alérgicas (PONTE; RIZZO; CRUZ, 2007, p. 335-342).

(FERREIRA FILHO, 2007, p. 33), o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) (ASHER *et al.*, 1995); o *European Community Respiratory Health Survey* (ECRHS) (BURNEY *et al.*, 1994); o *Global Initiative for Asthma* (GINA) (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - NIH, 2004); o *ARIA Workshop Report* (BOUSQUET, 2001); e o *British Guideline on the Management of Asthma* (BRITISH THORACIC SOCIETY, 2003).

Da fase I do ISAAC, realizada entre 1991 e 1996, participaram 119 centros de 45 países da Europa, Ásia, África, América do Sul, América do Norte e da Oceania, sendo que na América Latina, a Costa Rica, Peru e Brasil apresentaram as mais altas taxas de prevalência do continente (ASHER *et al.*, 1995). No Brasil, nos oito centros estudados, de diferentes regiões do país, a prevalência de sintomas de asma variou entre 2,3 e 46,9%, com média próxima de 20%, resultado esse que alçou o país ao oitavo lugar no *ranking* mundial (SOLÉ *et al.*, 2001).

Já os dados da fase III do mesmo estudo, realizado entre 2001 e 2002, não obstante indicarem leve tendência à redução na prevalência geral, não evidenciaram mudança substancial no cenário da prevalência da asma nos cinco centros participantes. O Brasil ainda consta do topo da lista dos países de maior prevalência dessa doença (SOLÉ *et al.*, 2006, p. 20).

1.3 Algumas considerações sobre as pesquisas epidemiológicas

Em relação à asma, a falta de sintomas específicos e a variabilidade de manifestação clínica entre os pacientes ou no mesmo indivíduo, bem como a não existência de unanimidade em seus critérios diagnósticos, apesar dos consensos, fazem com que estudos epidemiológicos para se estabelecer a sua frequência em uma população apresentem alguns problemas metodológicos. Enquanto alguns utilizam o conceito de asma ativa (quando ocorreu pelo menos um episódio asmático nos últimos 12 meses) ou cumulativa (quando o paciente apresentou um ou mais episódios de sibilância em algum momento da vida), outros alocam os indivíduos pela avaliação do fluxo aéreo ou o conceito de “asma diagnosticada pelo médico” (FERREIRA FILHO, 2007, p. 33). Por exemplo, na fase I do estudo ISAAC, quando utilizado o critério de “sibilos nos últimos 12 meses”, a prevalência

da asma na faixa etária de seis a sete anos e de 13 a 14 anos mostrou índices de 22,4 e 24%, respectivamente, enquanto que, ao considerar-se como critério “asma diagnosticada por médico” nas mesmas faixas etárias, essas taxas caíram para 11,3 e 16,1% (FERREIRA FILHO, 2007, p. 35). Esses dados confirmam ser a prevalência de “asma diagnosticada por médico” significativamente inferior à do critério “sibilos nos últimos 12 meses” (FERREIRA FILHO, 2007, p. 35)⁴⁴.

Explicita-se, assim, o quanto o conhecimento real da prevalência de asma na população geral é algo complexo, visto que, mesmo quando utilizados questionários padronizados, a valorização de diferentes critérios para o diagnóstico pode variar e influir nos resultados. Esse fato permite perceber o quanto a escolha de critérios para observação de determinado evento ou doença pode interferir nos resultados encontrados, escolha essa, por sua vez, nunca “descontaminada” da singularidade do observador.

Não se pode desconhecer o valor da ciência e da tecnologia, como também não se pode abrir mão de uma postura crítica frente a resultados de pesquisas ou ignorar o perigo das generalizações pragmatizantes. Na contemporaneidade, com a proliferação incessante de relatórios, compilações e meta-análises, o cientificismo tenta “*bater todas as metas*”, como se otimizar benefícios, minimizar riscos e custos, demonstrar validade, usar estratégias, fazer contrato e alcançar objetivos fossem perfeitamente transferíveis do campo das ciências exatas para o domínio das ciências humanas (FERREIRA, 2008, p. 101; ROUDINESCO, 2005, p. 103). E, acrescenta-se, ao das ciências da saúde ou das ciências biológicas.

A título ilustrativo do que possa advir dessa era do ciframento massivo sem críticas, artigo publicado na Folha de São Paulo, intitulado “Má conduta científica dispara nos EUA” (MIOTO, 2010), afirma que nunca antes os Estados Unidos, país tido como grande potência científica mundial, teve tantos problemas com desvios de conduta de pesquisadores. Das 86 denúncias de desvios relatadas em 1993 à Agência para a Integridade em Pesquisa (ORI, sigla em inglês), passou-se a 217 em 2009, em que,

⁴⁴ De acordo com Wandalsen *et al.* (2009, p. 199), na ausência de um critério ao mesmo tempo sensível e específico para o diagnóstico de asma, somado à necessidade de estudos epidemiológicos e de comparações interregionais e internacionais, o critério “sibilos nos últimos 12 meses” e o escore global do *International Study of Asthma and Allergies*, ISAAC são os critérios mais recomendados para se diagnosticar asma.

historicamente, um terço das investigações resultou em punição. “Desconfie da ciência”, alerta esse outro artigo recentemente publicado também na literatura leiga, que em síntese convoca do cidadão comum postura mais crítica frente aos resultados divulgados pelas pesquisas científicas sobre correlação entre hábitos e riscos de doenças, já que, segundo a publicação, “nem sempre as pesquisas condizem com a verdade” (NOGUEIRA; MORAIS, 2011, p. 54).

Entretanto, a crítica mais contundente ao atual modelo de Medicina vem do próprio seio do cientificismo, de um artigo denominado “*Data torturing*” (Torturando dados, em inglês) publicado nada menos que no respeitável periódico *New England Journal of Medicine*, onde o autor James Mills (1993, p. 1196) afirma que “o estudo de dados, se manipulados de maneiras diferentes, pode evidenciar o que quer que seja que o investigador deseja provar”. Torna-se evidência incontestável o quanto a cultura tecnológica contemporânea vem privilegiando a perícia generalizada, a quantificação e o categorizável, como denomina o Prof. João Gabriel⁴⁵ uma “verdadeira hipertrofia do medir em contraposição a uma hipotrofia do sentir”.

1.4 Considerações sobre a classificação da asma

O protocolo GINA, em suas primeiras versões, formulou um guia de classificação e abordagem da asma e subdividiu-a por sintomas de gravidade, baseando-se no nível de sintomas, limitação ao fluxo aéreo e variações na função pulmonar, em quatro categorias: intermitente, persistente leve e persistente moderada e persistente grave. Em sua revisão de 2006, a classificação deixou de priorizar a gravidade dos sintomas, mais baseada em avaliação especializada, para valorizar mais o nível de controle da doença. Justificou-se a mudança afirmando-se que a primeira classificação, apesar de ainda válida e útil na categorização de pacientes para fins de estudos, mostrou-se insuficiente para fins clínicos na observação da resposta do paciente ao tratamento e na predição de novas crises. Essa nova classificação (QUADRO 2), baseada em critérios de controle, obtida da aplicação de questionários validados como o *Asthma Control Test* (ACT), permite ao próprio paciente

⁴⁵ Estabelecimento por transcrição da palestra intitulada “A Medicina, a Arte e a Ciência” proferida pelo Prof. João Gabriel Marques Fonseca no X Congresso Brasileiro de Medicina Antroposófica, em 30 de julho de 2011. Anotações Pessoais.

conhecer, avaliar e controlar seus sintomas, o que representa grande avanço na comunicação profissional de saúde/paciente e no manejo da doença (GINA, 1995, update 2010).

QUADRO 2 - Níveis de controle da asma

Característica	Controlada	Parcialmente Controlada	Não Controlada
Sintomas diurnos	Nenhum (2 x ou mais por semana)	Mais de 2x/semana	3 ou mais características da asma parcialmente controlada presente em qualquer semana
Limitação a atividades	Nenhuma	Qualquer	
Sintomas/despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	
Necessidade de medicação de resgate	Nenhum (2x ou mais por semana)	Mais de 2x/ semana	
Função pulmonar (PEF ou VEF 1)	Normal	< 80% previstos ou da melhor medida pessoal	
Exacerbações	Nenhuma	Um ou mais/ano	Uma em qualquer semana

Fonte: GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (1995, revisão 2010).

PEF: pressão expiratória final. VEF: volume expiratório forçado.

Recentemente, a importante publicação da *World Health Organization* (WHO) elaborou a releitura de vários consensos anteriores e propôs nova padronização internacional do conceito de “gravidade” da asma, que inter-relaciona os níveis de controle da doença e de resposta à medicação. Segundo essa iniciativa internacional, a asma grave seria aquela associada tanto ao controle inadequado dos sintomas quanto à resposta inadequada ao tratamento, resultando em aumentado risco de exacerbações, comprometimento da função pulmonar e até morte. Segundo esse consenso, em maiores de cinco anos, a asma grave se originaria de casos classificados como asma parcialmente controlada ou não controlada, subdividindo-se, por sua vez, em asma grave não tratada, asma difícil de tratar e asma grave resistente ao tratamento. No caso do grupo classificado como “asma difícil de tratar”, pacientes “parcialmente controlados” ou “não controlados” apresentariam resposta inadequada ao tratamento instituído, em virtude da interferência/coexistência de outros fatores agravantes, como associação de outras doenças crônicas, má-adesão, falta de acesso à medicação, profilaxia ambiental inadequada e/ou manifestação de distúrbios emocionais ou psicossociais (BOUSQUET *et al.*, 2010, p. 926).

1.5 Asma, essa doença “esquisita”, “emocional”, “psicossomática”?

Conforme comentado anteriormente, é consenso considerar-se na origem da asma uma inter-relação entre a vulnerabilidade genética, as condições socioculturais, ambientais e a hiper-responsividade brônquica.

De forma diversa de outras doenças crônicas, ainda hoje, apesar do consenso, não existe definição única fisiopatogênica que contemple todos os mecanismos pelos quais a asma pode ser desencadeada. Essa situação remete, conforme Gross (1980, p. 203), à história dos “homens cegos da fábula, cada um tentando descrever um elefante pela parte que conseguiam tocar”. Assim, sobre a asma, enquanto o fisiologista diria “hiper-responsividade brônquica”, o patologista diria “edema de mucosa, hipertrofia de musculatura lisa, inflamação e remodelamento” e o pneumologista diria “sibilância, dispneia e tosse”.

Sol Permutt (1980⁴⁶ *apud* GROSS, 1980, p. 203), de maneira poética, refere-se à asma: “É como o amor, todos nós sabemos o que é, mas quem acredita plenamente na definição do outro?” Diante da inconsistência de seu controle eficaz, apesar dos altos investimentos, esse autor sugere que, além da consideração dos termos, nessa doença dever-se-ia também considerar os fatos.

Em outra linha de pesquisa, vários estudos têm sido feitos no sentido de pesquisar a relevância de fatores tais como transtornos psicológicos, emocionais e comportamentais/biopsicossociais (ALVIM, 2005; ALVIM *et al.*, 2009; BLOOMBERG; CHEN, 2005; BORBA; SARTI, 2005; KAUGARS *et al.*, 2004; KILPELAINEN *et al.*, 2002; MONTORO *et al.*, 2009; OKELO *et al.*, 2004; SANDBERG *et al.*, 2004; SANDER, 1998; SMYTH *et al.*, 1999; TURYK *et al.*, 2008; WEIL *et al.*, 1999), psiquiátricos (CASTRO *et al.*, 2001; MACHADO *et al.*, 2001; RIETVELD *et al.*, 2000) e psicossomáticos (CREER *et al.*, 1992; MARTY, 1998⁴⁷ e MESTRINER, 1989⁴⁸ *apud* VILLELA; TRINCA, 2001) na origem do problema.

⁴⁶ PERMUTT, S. (19--?). Personal communication.

⁴⁷ MARTY, P. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

Também em publicações nessa vertente, constata-se certa indefinição e sobreposição de termos em relação ao que se deseja nomear por estresse, angústia, dificuldades emocionais, distúrbios do afeto, distúrbios comportamentais e familiares, ansiedade e depressão, mesmo quando são utilizados questionários padronizados. Pierre Benoit (1989 p. 31-34), médico e psicanalista, ele próprio asmático, relata suas doenças “esquisitas”, sua “obsessão com a asfixia” e, também, “o imenso prazer que é ter a respiração livre, quando o ar passa sem obstáculos para o interior dos brônquios não estreitados e dele desfrutamos com volúpia”, localizando, assim, no ato de respirar, inspirar e expirar, certa reprodução do inevitável encontro ameaçador entre a vida e a morte.

De forma sucinta, seguir-se-á breve comentário sobre algumas dessas hipóteses que têm em comum o objetivo de tentar determinar sua causalidade e explicar aquilo que “*escapa*” ao controle, aquilo que “*não dá certo*”, aquilo que esbarra no “*rochedo da não adesão*” ao tratamento.

1.6 A hipótese psicossomática

A psicossomática teve suas origens na Psicanálise, embora os termos psicossomático ou somatização não façam parte do vocabulário freudiano (BENOIT, 1993, p. 75). Apesar de não constituir objetivo deste trabalho discussão minuciosa sobre este tema específico, vale lembrar alguns pontos sobre a formação dos sintomas em Freud e Lacan e, a seguir, discuti-los tendo em vista o fenômeno psicossomático, antes de entrar propriamente no tema.

No final do século XX, Freud retomou a visão do ser humano, descrevendo em sua teoria das pulsões o substrato orgânico da vida psíquica. Na Conferência XVII intitulada “O Sentido dos Sintomas”, servindo-se de dois exemplos de casos de neurose, ele afirma que está no início de seus esforços para compreender a significação dos sintomas e destaca que “os sintomas neuróticos têm um sentido, [...] têm uma conexão com a vida de quem os

⁴⁸ MESTRINER, S.M.M.E. **O procedimento de desenhos-estórias em crianças asmáticas**. São Paulo, 1989. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

produz [...] e que possuem determinada conexão com ‘experiências do paciente’” (FREUD, 1916-17, [1969], p. 265, 277).

Mais adiante, na Conferência XVIII, denominada “Fixação em Traumas: o Inconsciente”, Freud (1916/17 [1969]) menciona a noção de inconsciente, acentuando que os sintomas constituem resultado de alguma coisa “fixada” em determinada parte do passado do paciente, da qual ele não tem consciência, mas que da qual “sabe”, pois “sob a influência do tratamento consegue descobrir a significação do tratamento e a referir a mim” (FREUD, 1916/17 [1969], p. 285). Sob os efeitos dessa afirmação ele escreve que “existem diferentes formas de saber” e que com isso “aprendemos que existe mais de uma espécie de ignorância”, sinalizando a existência do inconsciente (FREUD, 1916/17 [1969], p. 289).

Na Conferência XXIII, “Os caminhos da Formação dos Sintomas”, Freud (1916/17 [1969]) introduz a leitura e a importância para o tratamento da vertente libidinal no sintoma, afirmando que “os sintomas neuróticos são resultado de um conflito e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido” (FREUD, 1916/17 [1969], p. 361). Com isso, ele indica que, no conflito, a realidade repele a libido de se satisfazer e a saída é procurar outra via de satisfação. Ao tomar esse caminho, a libido é induzida a tomar “regressivamente posições que abandonou, as quais, porém, permaneceram aderentes a determinadas parcelas da mesma libido” (FREUD, 1916/17 [1969], p. 375). Segundo sua elaboração, as fantasias, como reservatórios de pequenas parcelas de libido, serviriam como caminho a partir do qual a libido poderia movimentar-se para trás, até as suas origens no inconsciente – “aos seus próprios pontos de fixação” (FREUD, 1916/17 [1969], p. 375). Freud acredita que a fantasia constitui uma saída diante das exigências da realidade e que por meio dela o homem encontra aberto o caminho que conduz às fixações recalcadas⁴⁹, uma antiga forma de satisfação. Segundo Miller (2011, p.34), nessa conferência XXIII, denominada em alemão *Die Bedeutung*⁵⁰ *der symptom*, Freud indica a vertente do gozo⁵¹

⁴⁹ Recalque (*verdrängung* no alemão): para Sigmund Freud o recalque designa o processo que visa a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psíquico do indivíduo, transformando-o em fonte de desprazer (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 647).

⁵⁰ Lacan, em sua *Conferência em Genebra sobre o sintoma* (1998c), refere-se à Conferência XVII de Freud, *O sentido dos sintomas*, em alemão *Der Sinn der Symptom*, indicando que *Sinn* não é *Bedeutung*. Enquanto *Sinn* é efeito de sentido que se determina a partir do significado, *Bedeutung* concerne à relação com o real. A dificuldade de traduzir a segunda palavra para as línguas romanas se dá pelo fato de indicar ao mesmo tempo “significação” e “referência” (MILLER, 2011, p. 19).

⁵¹ Gozo: termo raramente utilizado por Freud, tornou-se conceito na obra de Jacques Lacan indicando um termo operatório do corpo, uma ficção de uma satisfação absoluta e impossível, residindo este na tentativa

no sintoma para além dos “relatos de sedução, castração e coito”, para além do sentido, situando um núcleo de real na fantasia, limitando-se, entretanto, a isso. A *Bedeutumg* fica registrada em Freud então apenas como uma “vivência anterior”, uma memória do trauma (MILLER, 2011, p. 20). Nela ele demonstra que a referência do sintoma é a fantasia, “espécie de véu fundamental” da fixação, permitindo pensar a libido como o “equivalente a um significado” (MILLER, 2011, p. 20, 22).

Sobre o tema do sintoma, Lacan, por sua vez, vai além da fantasia. Se ele inicialmente, em um esforço de articulação, dedução e produção, vasculha e fundamenta um duplo circuito da palavra e da libido no caminho que vai do sentido a algo além dele (MILLER, 2011, p. 22), assinalando a ligação do gozo com o significante⁵² como mensagem cifrada, pessoal, que possibilita no mundo dos falantes o singular⁵³ e uma “gama enorme e disparatada de sentidos” (LACAN, 2003, p. 515), posteriormente vai se deslocar do caminho freudiano. Estabelece a vertente do “sintoma como real” (MILLER, 2011, p. 35), como abordagem lógica “que permite desatar efetivamente aquilo em que consiste o sintoma, ou seja, um nó de significantes [...] cadeias que não são de sentido, mas de gozo-sentido [*jouis-sens* do francês] a ser escrito de conformidade com o equívoco que constitui a lei do significante” (LACAN, 2003, p. 515-16).

Isso posto, voltemos à psicossomática e depois sigamos em direção ao fenômeno psicossomático, tal como é possível tratá-lo à luz da Psicanálise com Freud e, posteriormente, Lacan.

permanente de ultrapassar os limites do princípio de prazer *freudiano* (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 300). “O caminho para a morte nada mais é do que aquilo que se chama gozo” (LACAN, 1992b, p. 17).

⁵² Significante: termo que será mais bem discutido posteriormente, no capítulo 7 deste trabalho. Introduzido por Ferdinand de Saussure (1857-1913) no quadro de sua teoria estrutural da língua, para designar a parte do signo linguístico que remete à representação psíquica do som (ou imagem acústica), em oposição à outra parte, ou significado que remete ao conceito. Retomado por Jacques Lacan como conceito central em seu sistema de pensamento, na Psicanálise o significante transformou-se no elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 709). A definição lacaniana recorrente do significante, de que ele representa um sujeito para outro significante, implica precisamente a inclusão do sujeito do inconsciente (LACAN, 2005, p. 168).

⁵³ Isso não indica que Lacan vai além da fantasia, pois a vertente do significante é exatamente a vertente de deciframento do sentido: em Freud sentido/satisfação, em Lacan, sentido/gozo (ROSA, M. Comunicação pessoal, janeiro 2012). Posteriormente é que ele estabelece o campo do real, do “não senso”, do “sentido em branco” (LACAN, 1975^b, *apud* JORGE, 2000, p. 46), tema que ultrapassa os objetivos e a proposta desta tese, podendo, entretanto, constituir objeto de discussão e considerações em estudos futuros.

^b LACAN, J. **RSI, lição de 11 de março de 1975**, p. 27

Na obra de Freud, as formulações que se aproximam do que atualmente se denomina de psicossomática foram suas hipóteses sobre um grupo de neuroses diferentes das psiconeuroses às quais denominou “neuroses atuais”, já que sua origem é atribuída ao presente e não à infância e às alterações sintomáticas resultantes de inadequação ou ausência de satisfação sexual (FREUD 1898 [1996], p. 255-257.) Em seu texto “Sobre os fundamentos para destacar a neurastenia, uma síndrome específica denominada neurose de angústia”, Freud (1895 [1996], p. 93-94), discute sobre a “neurastenia” e a “neurose de angústia”. E ao escolher se dedicar ao estudo das psiconeuroses, deixou inúmeras questões em aberto, entre as quais as múltiplas configurações que podem resultar da relação entre corpo e psíquico.

Entre os seguidores de Freud, um dos primeiros a se preocupar com a doença orgânica foi Groddeck, que em 1923 apresentou ideias sobre a significação dos sintomas como doenças físicas como intencionalidade inconsciente expressa no corpo. A partir daí desenvolveram-se muitas teorias sobre a organização psicossomática, sendo que os estudos mais importantes sobre o tema originaram-se na Escola de Chicago, com Franz Alexander, e na Escola Psicossomática de Paris (IPSO), com Pierre Marty. Na primeira, na década de 1930-1940, investiu-se pesadamente no estabelecimento de uma explicação neurofisiológica para a gênese das disfunções viscerais e na busca pelo estabelecimento de perfis de personalidade específicos para afecção, fazendo-se uso da teoria psicanalítica. O grupo de Chicago teve o mérito de ser o primeiro a definir o que e quais seriam as doenças psicossomáticas. Já a Escola Psicossomática de Paris, nos 60, tentando opor-se à dualidade corpo *versus* mente implícita na corrente norte-americana, acabou por criar outra, principalmente com base nos trabalhos de Pierre Marty, ao defender a noção de uma estrutura psicossomática distinta de outras organizações psíquicas, como as neuroses e as psicoses, na qual o sujeito, diante de dificuldades, regrediria a formas de defesa arcaicas do tipo somático pela limitação da capacidade de elaboração e de simbolização (VILLELA; TRINCA, 2001, p. 120-121).

De acordo com Bloomberg (2005, p. 83), a asma possui uma longa tradição em ser considerada uma doença psicossomática. Mestriner (1989⁵⁴ *apud* VILLELA; TRINCA, 2001) descreve na sintomatologia da asma a presença de fantasias ligadas ao conflito dependência-independência, uma busca de expansão psíquica associada a um concomitante temor a essa, frequentemente ligadas à relação com o objeto primário materno, uma espécie de angústia sufocante de ser preso, encarcerado, reproduzida na obstrução respiratória. Valas (1996, p. 83) sugere que na asma a dificuldade de respirar poderia ser traduzida em uma questão de satisfação do grande Outro⁵⁵, a qual retornaria sobre o corpo na forma de angústia.

Para Benoit (1993, p. 74), a psicossomática, como definidora de uma categoria particular de doenças, categoria que encontraria uma definição positiva de si mesma na sua natureza ou na sua etiologia, tal como uma doença infecciosa ou de carência, não existe.

Assim a asma, a psoríase e a dermatite atópica existem, mas dizer que se trata de doenças psicossomáticas não constitui senão uma maneira ilusória e criticável de falar, pois “toda doença reconhecida que se dá para ser reconhecida é psicossomática e a única questão que conta é de saber em que medida o psiquismo que se reconhece é o do doente ou dos seus próximos” (BENOIT, 1993, p. 74). Tratar-se-ia muito mais de reconhecer *em que medida* essas doenças ou lesões de órgãos podem ser considerados fracassos ligados ao sexual e ao inconsciente ou, de outra maneira, como fracassos próprios a um ser sexuado que sofre, pelo fato de que é também um ser de linguagem e de relação.

Aqui não caberia a visão dualista que coloca de um lado a alma, que entrou no campo da ciência sob o nome de “aparelho psíquico”, e do outro, o organismo, um aparelho puramente material. A demarcação no indivíduo de um divisor de águas situando, num extremo, os verdadeiros médicos, puros especialistas do corpo, e do outro, os “*psi*”, especialistas da alma, encarregados de fazer admitir aos homens a dualidade estrutural do

⁵⁴ MESTRINER, S.M.M.E. **O procedimento de desenhos-estórias em crianças asmáticas**. São Paulo, 1989. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

⁵⁵ Outro: para Lacan, o sujeito se constitui a partir do Outro, lugar da verdade que preexiste ao Sujeito como linguagem, constituindo lugar onde os significantes tomam sentido. Pensar o inconsciente como “linguagem” faz supor um código, que é dado por Outro, lugar do tesouro dos significantes, lugar de todas as significações possíveis, que já estava presente antes do sujeito nascer. Assim, cada palavra falada tem para cada sujeito um sentido exclusivo, único, advinda de Outro que o precedeu (LEITE, 2000, p. 68).

seu ser, constituiria algo puramente virtual. “Centauros ou sereias?” Não, seres humanos (BENOIT, 1993, p. 76).

Foi, então, no seio dessa situação de “dualismo coagulado”, nas palavras do mesmo Benoit (1993, p. 76), que a Medicina psicossomática funcionou como uma montagem imaginária, um tipo de conservação da herança do pensamento religioso dualista de tempos anteriores, uma alma e um corpo, separados por pontos de passagem estritamente guardados pelos psicossomáticos, os quais somente os contrabandistas curandeiros ousavam burlar. Fronteira porosa, que os físicos já admitiram há muito tempo, ao reconhecer certa equivalência ou correspondência entre a matéria, a matéria material, para nós, estruturas orgânicas, e os processos energéticos, relacionais, ligados à realidade. Para Niels Bohr (1996, p. 65), muitas das dificuldades da Psicologia originam-se no posicionamento diferente das linhas de separação entre o objeto e o sujeito, na análise da experiência psíquica. Para ele, palavras como “pensamentos” e “sentimentos”, igualmente indispensáveis para ilustrar a variedade e o alcance da vida consciente, deveriam ser usadas de modo “complementar”, semelhante às da coordenação espaço-temporal e das leis de conservação dinâmicas na física atômica. Segundo ele, sempre existirá relação mutuamente excludente entre o uso prático de qualquer palavra e as tentativas de lhe dar uma definição estrita.

Lacan, por sua vez, veio falar da ordem do real, definível em um momento de seu ensino como um tempo anterior às palavras, um certo tipo de instância pré-simbólica ou pré-linguística na qual o corpo não foi mortificado pelo significante, pela linguagem, corpo pulsional tomado pelo gozo. Se ele, inicialmente, referiu-se à psicossomática numa concepção ainda muito clássica, em 1953, afirmando que, “se a tensão corporal se descontrolasse ou desregulasse tornando-se muito elevada, produziria lesões” (LACAN; LEVY; DANON, 1987⁵⁶ *apud* MYSSIOR, 2007, p. 87), posteriormente desloca-a para o campo do enigma, referindo-se a ela como algo fora do campo do significante, que diria mais respeito à “lesão” do que à palavra, um grito pouco elaborado, um hieróglifo.

Na Conferência em Genebra, Sobre o Sintoma afirma:

⁵⁶ LACAN, J.; LEVY, R.; DANON, B. Considerations psychosomatiques sur l’hypertension artérielle. *Ornicar*, v. 43, p. 5-16, 1987

Certamente que se trata de um domínio muito pouco explorado. Enfim, de todo modo, é algo da ordem do escrito, que em muitos casos, não sabemos lê-lo. Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, alguma coisa que se oferece como enigma. [...] Um doente psicossomático é muito complicado e assemelha-se mais a um hieróglifo do que a um grito (LACAN, 1998c p. 13-14).

Assim, no final de seu ensino, Lacan vai retomar essa problemática com ênfase no fenômeno psicossomático, daqui em diante denominado FPS. A partir dessa instância não se trata mais de pensar a psicossomática como uma doença, mas como uma resposta do sujeito, como um corpo que adocece pela via da linguagem, pelo excesso de um gozo específico advindo do movimento pulsional, região fronteira entre o somático e o psíquico (MELLO, 2009).

Nesse campo, é importante demarcar-se que no FPS o gozo deriva de outro modo que no sintoma e que a lesão psicossomática pode produzir uma sideração tal que conduz o sujeito a esquecer a sua história ou se fixar numa parte dela, mantendo-se enredado e ensimesmado em torno do gozo da doença, profundamente enraizado no imaginário (FUX, 2000).

Partindo da lógica do significante, se o sintoma é passível de deslocamento e modificação a partir de uma interpretação, em que a relação ao Outro é constitutiva, no FPS o Outro que está em questão está longe de ser o lugar que pode ser ocupado por outro sujeito (GUIR, 1997, p. 21). Nesse, o gozo retorna sobre o corpo em virtude do fracasso da função significante e o Outro, nessas condições, é o corpo próprio. Aí, conforme Miller (1996, p. 92-93), “a incorporação da estrutura de linguagem exerce sobre o corpo um efeito preciso, que é a separação do corpo e do gozo”, levando ao deslocamento deste último para outras áreas que não as chamadas zonas erógenas descritas por Freud, determinando uma localização de gozo deslocada, “um ataque localizado no corpo”, que “se deixa ir”. Então, no FPS, contorna-se o Outro do significante e a “libido torna-se corporificada”, não existindo intervalo entre S1 e S2, a primeira dupla de significantes que se solidifica em uma “holófrase” (MILLER, 1996, p. 88,96).

De forma sucinta, diria que o sintoma, no sentido analítico, é uma formação do inconsciente no campo do simbólico, uma estrutura de linguagem que opera por substituição (metáfora) passível de deslocamento e modificação a partir de uma

interpretação, enquanto que o FPS caracteriza-se por dificuldade de inscrição do significante, falta de simbolização que emerge pela via do corpo, em que não se tem a mesma condição da formação do sintoma, embora possa ser colocado no campo da linguagem (NICOLAU, 2008, p. 969). Conforme Guir (1997, p. 26), no FPS distinguem-se ao menos dois traços característicos principais, o congelamento do significante no corpo do sujeito, a “holófrase”, e a “lesão”, resultante do bloqueio de ligação de determinados significantes a outros significantes, uma espécie de curto-circuito pulsional responsável pelas manifestações lesionais. Também característicos no FPS são os “significantes especiais”, principalmente os relativos a “datas” resultantes de uma “indução significativa”, uma separação não dialetizada que não é notada pelo sujeito (GUIR, 1997, p. 34)

Diante da complexidade desse tema que trata da relação entre o gozo e o FPS, cujo aprofundamento foge aos objetivos desta discussão, fazemos menção ao trabalho de Nicolau (2008, p.975), intitulado “A psicossomática e o real”, no qual a autora afirma que “o estoque de teorias e de hipóteses sobre as causas e os desdobramentos do FPS está longe de ser conclusivo”, não obstante a profusa produção teórica a esse respeito. Segundo a autora, embora se tenha encontrado várias explicações para essa questão, ainda não se encontrou, nas teses examinadas, “uma resposta para os impasses clínicos diante de um sujeito entregue a um gozo mortífero, concentrado em seu corpo” (NICOLAU, 2008, p. 975). A direção do tratamento nesses casos, Nicolau (2008, p. 975) a situa numa perspectiva clínica, indicando o caminho do franqueamento de articulações possíveis entre o corpo e o gozo, pela ação da palavra.

Myssior (2007, p.79,141) também pondera que a pesquisa nessa área tem partido da clínica e se revelado uma experiência dinâmica e móvel, exigindo “aproximações tateantes”, bem diversas de um sistema generalizante, “deixando restos a pesquisar”. Para essa autora, diferentemente do FPS e dos sintomas típicos da neurose, haveria ainda as “manifestações psicossomáticas”, distúrbios sintomáticos que buscam interpretação e que podem ser alterados em seu curso ou mesmo curados pela construção de um sentido (MYSSIOR, 2007, p. 148).

Lacan, em “O Seminário 11, Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise” (1998b, p. 215), indica uma formalização teórica que norteia o fazer clínico nesse campo, ao afirmar que é na “[...] medida em que uma necessidade venha a estar interessada na função do

desejo que a psicossomática pode ser concebida como outra coisa que não esta simples bravata que consiste em dizer que há um duplo psíquico para tudo que se passa no somático [...]”, convocando cautela na consideração de que o “psicossomático” talvez só exista na medida em que algo é subjetivado na história do paciente, momento em que ele próprio formula alguma causalidade (inconsciente) a partir de sua fala, escutada sob transferência.

Sob essas considerações, de forma diversa das abordagens causalistas, que procuram explicar doenças físicas como intencionalidade inconsciente expressa no corpo, será que a asma poderia ser considerada uma doença ou um fenômeno psicossomático? A resposta não seria possível senão *a posteriori*, mediante a clínica, caso a caso. Um paradoxo, que funcionaria como guardião do valor do método clínico em seu desigual confronto com os consensos normatizantes.

O próprio Miller adverte: “O perigo evidentemente seria querer considerar desse jeito todas as doenças” (MILLER, 1996, p. 96). Muitas críticas têm sido feitas às teorias generalizantes da psicossomática, “por tomarem a doença orgânica como expressão da individualidade e o caráter como causa da doença, posto que acabam por atribuir o ônus da doença ao paciente, culpabilizando-o e tornando-o o único capaz de sua própria cura”⁵⁷ (GUIR, 1997, p. 23).

De acordo com Guir (1997, p. 23), é necessário não confundir psíquico e inconsciente, valendo a pena ressaltar “que não é senão por abuso do termo que se confunde psíquico e inconsciente”. Indicando que o inconsciente não é coextensivo à ordem psicológica, ele não recomenda falar-se em efeitos psíquicos, qualificando-os como inconscientes “apenas por excluírem o caráter de consciência”, já que isso não implica que se esteja falando do inconsciente no sentido freudiano⁵⁸.

⁵⁷ Neste sentido, Susan Sontag, em sua obra “*A doença como metáfora*”, um ensaio acerca dos significados morais e políticos atribuídos a algumas doenças do mundo moderno, discute com rigor o assunto e ajuda a demolir as interpretações apocalípticas e a dissipar a névoa irracionalista que dificulta a compreensão dessas doenças e duplica a punição de seus portadores. Ela o afirma: “Basicamente, a doença é interpretada como um acontecimento psicológico e as pessoas são estimuladas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade e que podem escolher entre morrer e não morrer da doença” (SONTAG, 2007, p. 52).

⁵⁸ “O inconsciente não é o primordial nem o instintivo e, de elementar, conhece apenas os elementos do significante” (LACAN, 1998a, p. 526). Conforme Benoit (1993, p.78), o próprio Lacan preferia o termo “ligação epistemossomática” à “ligação psicossomática”, afirmação que somente se investe de seu efeito pleno a partir da consideração do real lacaniano no nosso modo de pensar.

Nessa discussão, um ponto de consenso é que a angústia pode repercutir no corpo biológico. E que não se pode confundir a causalidade inconsciente de uma lesão ou doença com a repercussão subjetiva normal de toda doença orgânica.

Diante do exposto, considera-se que todos os casos de asma aqui discutidos direcionam-se mais em direção à neurose e ao sintoma, em sua vertente substitutiva. Nesses, não se identifica uma lesão, não há datação, nem holófrase. No caso Z., em determinado momento, a paciente emite uma palavra enigmática, a palavra “medamoinho”, considerada, no contexto, muito mais um neologismo do que uma holófrase.

No momento, este estudo se limitará a concordar com os comentários de Miller (1996, p. 91-97), quando este se refere ao fenômeno psicossomático como um “campo de pesquisa” e quando o considera um problema complexo, principalmente no tocante à questão sobre a medida em que ele “merece converter-se em questão sobre o desejo.”

A seguir serão citados, a título de exemplos e, ao mesmo tempo, de “*oportunidade*” na clínica, dois fragmentos de casos de pacientes portadores de queixas refratárias a tratamentos médicos anteriores, para os quais havia sido aventada a hipótese “psicossomática” quanto à sua etiologia. Apurou-se que, considerando a experiência singular da enfermidade, os sintomas desses pacientes sofrem alguma subjetivação a partir de seus próprios ditos, determinando algum efeito terapêutico.

a) Caso 1

W., na faixa de 40 anos, já anteriormente avaliada e tratada sem êxito por vários outros médicos, queixa-se do aparecimento, há dois anos, de “uma ferida nas pernas que não sarava”, naquele momento em estado crítico, com infecção “quase generalizada”, buscando uma origem alérgica para o problema. “Será que é alguma coisa que eu como?”

Durante seu atendimento, noto um linguajar muito peculiar com entonação infantilizada, com frequente emprego de diminutivos como “perninha”, “feridinha” “coceirinha”. Refere ser a filha caçula e cuidar da mãe idosa, que não caminha mais e necessita dela para todas as suas atividades fisiológicas. Realizado o teste alérgico, não se constatou alteração. Ao

exame físico, foi observada pele xerótica (ressecada), feridas infectadas, escoriações e várias cicatrizes mais antigas em ambas as pernas. Prescrita medicação específica e cuidados, após 30 dias W. retornou referindo alguma melhora, porém sem haver sido curada. “Havia algo que voltava”. Perguntei: “– O que voltava?” “Será que a agulha que volta e espirra nas minhas pernas do banhozinho que dou na minha mãezinha pode me causar alguma infecção, algum mal?” Pedi que explicasse melhor. “Bem, minha mãe faz tudo na roupa, então a água de seu banho pode conter alguma bactéria que pode entrar nas minhas pernas. Então depois do banho dela eu entro no chuveiro e esfrego bastante as minhas pernas com bucha e sabão para tirar esses micróbios... Pode ser isto?”

Fiquei em silêncio alguns minutos como alguém que raciocinava e considerava o problema com a devida importância, tempo suficiente para a própria paciente pronunciar quase que num desabafo: “A minha própria esfregação me machuca”.

Trinta dias após essa consulta, a paciente retornou com melhora de cerca 80% das lesões, segundo ela. Apesar disto, W. continua se consultando comigo, pois sempre “volta um probleminha”.

b) Caso 2

Em dezembro de 2005, atendi Y., na faixa de 55 anos, professor universitário, referindo que há alguns meses vinha sentindo piora de seus “sintomas respiratórios crônicos”, tosse, coriza e entupimento no nariz, mas o que o incomodava realmente era alguma coisa que “sentia vergonha de falar”. Já havia procurado anteriormente três otorrinolaringologistas, com quem não tinha “tido coragem” de falar sobre o seu “problema”. Perguntei qual era o seu problema. Embaraçado, disse que há quatro meses, aproximadamente, começou a sentir um “cheiro específico de rato no ar, um processo violento”. “– Estou com medo de me acharem louco, somatizador, hipocondríaco, mas é isso mesmo que estou sentindo. Moro em um bairro afastado, perto do rio e do metrô, e com essas poeiras que vieram com os tufões, com o furacão Katrina, esse cheiro de rato chegou à minha casa. Sinto-me dentro de um esgoto” - referia com muito constrangimento. Contudo, naquele dia, por algum motivo “decidira se abrir”, - abrir o esgoto? (perguntei-me em silêncio), pois o “pânico de cheiro” o estava afetando por demais em seus relacionamentos, vida conjugal e trabalho. Passava os dias pedindo para passar produtos de limpeza na casa e gostaria de um auxílio,

descobrir o que o deixava tão sensível aos cheiros. Beirava o desespero. Procedi ao atendimento de forma habitual, solicitei exame radiológico da face e solicitei retorno em sete dias. No retorno, nada de anormal foi encontrado em seu exame, no entanto, afirmou que “só de poder falar nos cheiros eles haviam diminuído” e que o rato devia então “ser uma metáfora” (termo do próprio paciente), o que o fizera pensar em retornar ao seu analista.

1.7 A hipótese emocional e comportamental: o biopsicossocial

Nesse campo, frente às dificuldades clínicas que se apresentam no manejo e controle da asma e várias outras doenças, diversos estudos (ALVIM *et al.*, 2009; BLOOMBERG; CHEN, 2005; BORBA; SARTI, 2005; KAUGARS *et al.*, 2004; KILPELAINEN *et al.*, 2002; MONTORO *et al.*, 2009; OKELO *et al.*, 2004; SANDER, 1998; SANDBERG *et al.*, 2004; SMYTH *et al.*, 1999; TURYK *et al.*, 2008; WEIL *et al.*, 1999) propõem um tipo de abordagem abrangente e integrativo das questões na tentativa de ultrapassá-las.

Conforme Haase (2009), a abordagem biopsicossocial, campo relativamente novo, procura conciliar as vertentes científica e humanística da assistência à saúde, para melhor atender às necessidades da população. Constitui seu denominador comum uma abordagem científica associada à valorização das questões biológicas e psicossociais na saúde, constituindo parte de seu instrumental operacional avaliações padronizadas de qualidade de vida⁵⁹.

Em Belo Horizonte, pesquisa relevante foi realizada nesse campo por Alvim *et al.* (2009, p. 186-190), estudo transversal que avaliou, a partir da aplicação de questionários padronizados (GOODMAN *et al.*, 2003; SCALA; NASPITZ; SOLE, 2005), a prevalência de sintomas, transtornos emocionais e comportamentais, assim como a qualidade de vida de 3.088 adolescentes asmáticos e não asmáticos, estudantes que haviam participado do inquérito epidemiológico ISAAC 2002. Em suas conclusões, não estabeleceram associação de causa-efeito entre as variáveis, mas constataram que adolescentes asmáticos

⁵⁹ Qualidade de vida relacionada à saúde é um construto complexo e mal definido, que abrange, além do bem-estar subjetivo, apreciações do funcionamento em vários domínios, tais como sintomas de doenças específicas, dor, limitações funcionais, funcionamento familiar, social e acadêmico. Essas medidas têm sido incorporadas como aferidores de desfechos importantes em diversas áreas da saúde (HAASE, 2009, p. 8).

apresentavam mais transtornos emocionais e comportamentais que os adolescentes em geral, identificando necessidade de realização de mais pesquisas nessa área.

Estudos consistentes (BORBA; SARTI, 2005; SANDBERG, 2002) evidenciam que os modelos biopsicossocial e cognitivo-comportamental oferecem vantagens potenciais em relação à postura protocolar embasada em fundamentos puramente científicos nos atendimentos a pacientes. Os Consensos de Qualidade de Vida, adotados por essas perspectivas de atendimento de cunho humanista valem-se de avaliações psicométricas que procuram *standardizar* questionários para possibilitar pesquisas clínicas confiáveis e melhorar os desfechos de doenças crônicas “não-controladas”, potencialmente associadas a questões psico-afetivas e baixa qualidade de vida. Em publicação recente, Wilson *et al.* (2012, p.88S-123S), sob encomenda do NIH, avaliaram 11 questionários existentes com essa finalidade e concluíram que nenhum deles é suficientemente completo para contemplar a grande amplitude de transtornos e fatores envolvidos no comprometimento da qualidade de vida de um paciente, recomendando enfaticamente mais pesquisas sobre questionários que consigam buscar e estabelecer a percepção dos próprios pacientes acerca do impacto da doença em suas vidas. Evidencia-se que há pontos positivos, mas também limitações da operacionalização dessas propostas na prática clínica, principalmente nos casos “refratários”, “não aderentes”, “não controlados”, em que questões subjetivas associam-se frequentemente e a singularidade do caso vem impedir que o paciente se “adeque” àquilo que lhe é consensualmente melhor. Para Miller (2008a, orientação lacaniana III 16/01/08), o cognitivismo é ligado ao conhecimento e ao saber, à ideologia e à crença em uma orientação fundamental diversa daquela que orienta uma demonstração: “é a crença de que o homem é uma máquina” [...] “um exclusivismo de S2” que exclui a exaustividade do humano e o que é da ordem do sujeito.

1.8 A asma e o rochedo da “não adesão”

Entre as causas de insucesso no tratamento da asma, vários trabalhos indicam a má-adesão ao tratamento como a causa mais significativa (BENDER; MILGROM; APTER, 2003; MILGROM *et al.*, 1996; MURPHY, 2010; NAIMI *et al.*, 2009; RHEE *et al.*, 2009).

De acordo com Alvim (2001), os estudos que avaliam a adesão ao tratamento na asma a partir do relato tanto dos pacientes quanto dos médicos, tendem a superestimá-la. Os

pacientes poderiam temer desagradar o médico em prejuízo da assistência ao assumirem suas falhas no seguimento das prescrições, enquanto que os médicos, diante da complexidade e infinitude de fatores envolvidos no problema, teriam dificuldade em identificar e se comprometer com a questão. Entre suas múltiplas causas, de diversas ordens, destaca-se aquela ligada à relação médico-paciente ou profissional da saúde-paciente (ALVIM, 2001; BARTON *et al.*, 2003; DI MATTEO *et al.*, 1993).

Constituindo problema complexo, ligado a múltiplas dimensões no adoecimento, sua abordagem não deveria se restringir a questões relacionadas à “não compreensão” ou à “não obediência” das recomendações.

A atual proposta de “humanização do ato médico”, conforme Ferreira (2000, p. 123), indica princípios de solidariedade, cortesia, apoio, polidez e compreensão do ser humano doente, abordagem necessária e de importância indiscutível, que mostra já a inconformidade com o modelo biotecnológico, sem, contudo, conseguir ultrapassá-lo

Para a boa adesão são necessários, mas insuficientes, apenas a informação, o treinamento, a capacitação técnica, a cordialidade, a dedicação e o acolhimento.

A tecnocracia não prioriza os aspectos éticos no cuidado à saúde. A dimensão ética negligenciada não é necessariamente aquela relacionada ao aspecto biopsicossocial, mas aquela relacionada à noção de que, por trás da doença, há um doente e sua história singular, uma construção imaginária que o próprio paciente articula para explicar o que está lhe acontecendo, para tentar entender o significado desse fato em sua vida.

Nesse sentido, a oferta de uma escuta de orientação psicanalítica, de um lugar vazio, constitui um instrumento epistemologicamente diverso dos fundamentos orientadores de outras abordagens. Para Lacan (1996), o que é banido pela ciência do corpo retorna como sintoma, pois no corpo que o paciente oferece ao médico como objeto de investigação coexistem prazer e dor.

Trabalhar com o caso clínico - “*clínica*”⁶⁰ - implica abordar o paciente para além do fenómeno orgânico, em que se privilegia também sua subjetividade, sua história, seus valores. Relembrando, a anamnese, dispositivo clínico primordial, em seu sentido hipocrático prestava-se para lembrar não somente os fatos relacionados à moléstia, mas também aqueles relacionados à pessoa doente. Logo, o olhar científico não deve eximir o profissional da responsabilidade de levar também em conta o discurso de sofrimento do paciente, não necessitando, para isso, que ele seja da área “*psi*”. O interesse em considerar além da queixa objetiva do paciente permite observar que nem sempre os pacientes vêm aos atendimentos em busca exclusiva de medicamentos.

Sobre essa questão, Jerusalinsky (2004) afirma que justamente aquilo que não se alcança sobre o que acontece com um paciente é o que, por outro lado, pode possibilitar e sustentar um vínculo nessa relação e ultrapassar o “rochedo da não adesão”. Para esse autor, o que faz a diferença entre uma história, um relato e um caso clínico é precisamente a decisão do profissional de não recuar e de bordejar esses buracos de ignorância, as dificuldades de cada caso, principalmente os “não controlados”, “refratários”. É precisamente aí que uma simples narrativa pode se tornar um caso e este ensinar alguma coisa.

Ao colocar por um momento o conhecimento em suspenso, para que possam surgir o paciente e sua história, o médico pode abrir um outro caminho de pesquisa. Tudo dependerá da posição que este escolherá ocupar (como veremos adiante) na sua relação com o paciente e de seu modo de resposta frente aos impasses advindos de sua prática clínica, questões que frequentemente desafiam e escapam às soluções pré-codificadas dos protocolos.

⁶⁰ *kliné*, do grego, quer dizer leito, cama, pois o prefixo *kli-* indica o ato de deitar e, não por acaso, origina o termo inclinar. *Klinike*, então, é a prática (*techné*) de quem cuida de pacientes acamados (ONLYNE ETYMOLOGY DICTIONARY, 2011).

PARTE III - CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À CLÍNICA

CAPÍTULO 1 - A clínica sob transferência: a contribuição de Freud e Lacan

Você tem que estar preparado para se queimar em sua própria chama: como se renovar sem primeiro tornar cinzas? (NIETZCHE, 2011, p. 68).

Pontuando que a formação do médico como profissional e ser humano deveria ser a máxima condição para que ele constitua uma relação profícua com o paciente, pretende-se, assim como Ferreira (2000, p. 232), ressaltar a existência de outras percepções que podem permitir ao profissional aumentar sua compreensão sobre o homem, enriquecer sua sensibilidade, não havendo nisso qualquer intenção de diminuir ou negar o saber biológico.

Ao escutar o homem em sua subjetividade e sofrimento, eis onde a Psicanálise, e não só a Psicanálise (FERREIRA, 2000, p. 231-232), pode ajudar a compreender que o corpo biológico é uma abstração, não existindo fora da história, da época, da família, da classe social, das suas relações, enfim, da palavra.

Freud, ao destacar que os sintomas patogênicos de determinados pacientes neuróticos tinham um sentido, tomou outro caminho esquivando-se do cientificismo da época, fundamentando nessa descoberta o método psicanalítico de tratamento.

Além de apreender de Breuer o método catártico (a cura advém da própria fala), para o tratamento das histéricas, e de Charcot o direito da histérica de ser tratada como portadora de uma verdadeira doença, para além da acusação de simulação, ele também não esqueceu a indicação de ambos da provável origem sexual desses sintomas. De maneira diversa de seus mestres, que não quiseram “*saber disso*”, Freud acolheu as histéricas e observou que o que se rejeita ao se recusar a histeria é o próprio inconsciente e a causalidade psíquica na origem dos sintomas. Enquanto Breuer interrompeu o tratamento de Anna O, quando essa expressou por ele seu amor erotizado por meio de uma gravidez imaginária, Charcot, por sua vez, colocava em cena – no palco do Salpêtrière todas as terças feiras – as histéricas de seu serviço e, por hipnose, fazia e desfazia sintomas. Algumas pacientes, as mais apaixonadas transferencialmente, transformaram-se nas “*vedetes*” do *Salpêtrière*, como *Blanche* e *Augustine*. Este último, também adepto do método anatomoclínico, buscava no

cadáver a “lesão” histérica correspondente aos sintomas que apurava, da mesma forma como, ainda hoje, fazem muitos neurocientistas contemporâneos (QUINET, 2005, p. 110-111).

Percebe-se, então, que tanto Breuer quanto Charcot passaram ao largo do que Freud iria destacar: a transferência. A reação de Freud distinguiu-se daquela de seus dois mestres; enquanto um fugiu e o outro ignorou, ele não se esquivou de sustentar a transferência desses pacientes. Enquanto o desejo de Breuer foi movido pelo desejo sexual e o de Charcot pela mestria, Freud foi movido pelo “*desejo do analista*”⁶¹.

Diferentemente do ensinante, do padre, do sábio, do patriarca, do amigo confidente e do amante, que também despertam sentimentos transferenciais que vão da afeição amistosa ao amor apaixonado e ao ódio, às aversões, etc., o analista, ao ter passado convenientemente pela mesma experiência, sabe que somente a sua ignorância interessa para que o inconsciente do Outro possa se manifestar. Trata-se de praticar um jogo também imaginário, propiciado unicamente pelas condições técnicas da Psicanálise: a fundamental abstenção constitutiva da lógica do tratamento, coisa que Freud intuiu no caso de Ana O. de Breuer (CHECCHINATO, 1999, p. 120).

Para Freud, a transferência seria a repetição de protótipos infantis, em que haveria o deslocamento de afeto de uma representação para outra, uma substituição do que não pode ser dito, sendo que no lugar de recordar se coloca a repetição. Em janeiro de 1912 ele publicou um de seus primeiros textos exclusivamente dedicados à transferência, denominado “A dinâmica da transferência” (FREUD, (1912), 1996, p. 107), no qual explica como ela é necessariamente ocasionada no tratamento analítico e como ela exerce seu papel. Em seu texto de junho de 1912, denominado “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise”, enfatiza a “solução da transferência” como uma das tarefas principais do tratamento, (FREUD, (1912), 1996, p. 131), distinguindo-a das técnicas da Psicologia da consciência na medida em que:

⁶¹ O desejo do analista é um operador lógico, que se distingue dos demais por ser o desejo que motiva o analista a levar o sujeito a um percurso absolutamente singular, para além da terapêutica, regido por princípios que levam em consideração o sujeito, sua história, seu desejo e gozo (QUINET, 2005).

[...] o médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado. [Segundo ele,] a técnica consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma atenção “uniformemente suspensa” (como a denominei) em face de tudo o que se escuta. Não basta para isto que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir, antes, que tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz (FREUD, 1992/1996, p. 125-129).

Lacan, por sua vez, considera a transferência como uma experiência dialética do desejo, “pois o desejo, em sua raiz e sua essência, é o desejo do Outro”, no qual se localiza a mola do amor (LACAN, 1992a, p. 180). Em Lacan, a transferência⁶² se articula ao desejo na medida em que este se articula à falta inerente ao ser falante, à linguagem. O homem, diferentemente dos animais, só se constitui em sujeito ao inserir-se na cultura a por meio da palavra. Se considerarmos o mundo da linguagem, podemos constatar que qualquer palavra é representação de uma ausência.

A fim de indicar esse exílio do homem de si mesmo, Lacan grafa o sujeito⁶³ com um grande “esse” S barrado: \$, representando sua essência eternamente dividida entre si e a noção de si. Em termos bastante sucintos, pode-se dizer que o desejo se articula à transferência, na medida em que ela está articulada à castração⁶⁴, experiência pela qual a

⁶² Transferência: termo progressivamente introduzido por Sigmund Freud e Sandor Ferenczi (entre 1900 e 1909), para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.766). Aqui, o sentido do fenômeno de transferência considerado refere-se a um amor técnico, jamais se tratando de uma relação entre iguais, dual, intersubjetiva, mas de uma relação terceira, estando ligado à presença do analista e à função que esse ocupa no tratamento.

⁶³ A palavra “sujeito”, oriunda da filosofia, indicava a sede do ser. Para Lacan, o Sujeito se constitui a partir do Outro, que se significa como lugar da verdade que preexiste ao Sujeito como linguagem, constituindo lugar onde os significantes tomam sentido. No sujeito lacaniano, a barra não indica mais relação, mas separação de ordens diferentes. Pensar o inconsciente como “linguagem” faz supor um código, que é dado por Outro, lugar do tesouro dos significantes, lugar de todas as significações possíveis, que já estava presente antes do sujeito nascer. Assim, cada palavra falada tem, para cada sujeito, um sentido exclusivo, único, advinda de Outro que o precedeu (LEITE, 2000, p. 68). Um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante (LACAN, 2004, p. 168).

⁶⁴ Para Lacan, a castração não tem relação com os órgãos biológicos ou ameaças a esses. E o sujeito castrado que adveio na linguagem é o sujeito que se está sempre se apresentando ao Outro, procurando atrair a atenção e o reconhecimento do Outro, e quanto mais se apresenta, mais inevitavelmente castrado se torna na medida em que é representado pelo e no Outro. O sujeito castrado é o sujeito barrado, debaixo da barra: é um produto de cada tentativa e intenção de significar o Outro. Esse “sujeito é constituído pela mensagem” (LACAN, 1998a, p. 305) recebida por ele, de uma forma invertida a partir do Outro (FINK, 1998, p. 97). A significação da castração, única referência do sujeito, ou seja, do inconsciente, a única referência que o sujeito tem, é a falta, é a mediação, o efeito da linguagem que nos introduz no não todo da satisfação, no não todo do gozo e se limita ao organizador, que é o falo; condição que garante a existência da série, significante destinado a designar em seu conjunto os efeitos de significado (LACAN, 1998a, p. 696).

falta no sujeito se apreende. Estabelece-se, então, na neurose, a falta como a base para a instalação do fenômeno da transferência. Ao deparar com a falta do objeto em sua realidade, o sujeito neurótico supõe que o outro tem, o que, para ele, o objeto não seria perdido e que o Outro sabe capturar e manipular esse objeto. Por isso demanda, porque crê que o Outro tem, sendo essa crença a base da transferência, o SSS (sujeito suposto saber), chave de acesso ao manejo da transferência.

Lacan (2001, p. 10), em seu texto “O lugar da Psicanálise na Medicina”, mostra que nem sempre o que o paciente demanda do médico é a cura e que a compreensão desse enunciado permite acesso à concepção da “estrutura de falha”⁶⁵ que existe entre demanda e desejo. Considerando que toda demanda seja autenticamente de amor, a demanda dirigida ao sujeito suposto saber encarnado pelo médico também evoca o fenômeno da transferência ao tocar na dimensão mais primitiva, no mais enraizado do desejo de saber. Constituindo fenômeno universal da mente humana, de forma alguma existe exclusivamente no *setting* analítico ou médico, fazendo parte do todo de um mundo de relações dos sujeitos.

Entender que quando o doente é enviado ao médico ou quando este o aborda nem sempre espera ou deseja desse exatamente a cura é entender que, embutido na significação da demanda, também se aloja o desejo. Lacan dá claramente um exemplo do que seja isso, quando afirma que não é necessário ser psicanalista, sequer médico, para saber que quando alguém demanda algo, isso não é idêntico e, às vezes, é diametralmente oposto àquilo que se deseja (LACAN, 2001). De acordo com Barreto (2010, p. 42), exatamente a noção de *falha* epistemo-somática que escapa à Medicina científica “se a faz potente em certa perspectiva, a fragiliza em outra”.

⁶⁵ De acordo com Barreto (2010, p. 26), a noção de falha é retomada como *falha epistemo-somática* para definir o efeito do progresso da ciência sobre a relação da Medicina com o corpo. Essa instância se instaura a partir do momento em que a ciência, ao considerar o organismo apenas um sistema homeostático em sua pura essência animal, desconsidera o corpo em sua condição desejante e gozosa. Nesse mesmo sentido, Myssior (2010, p.72-74) observa com propriedade que na Psicanálise o corpo não se restringe à ordem do organismo, resultando da construção imaginária que remete à ideia de um “corpo erógeno, delimitado pelo olhar e pela palavra”, o qual “a ciência, ao desconsiderar o gozo do corpo”, tornou-se incapaz na observação de seus efeitos, já que o gozo não se deixa medir, calibrar, nem fotografar. Para essa autora, o corpo que emerge entre a Medicina científica e o sujeito do inconsciente revela a *falha epistemo-somática*, “expressão criada por Lacan para dar conta desse ponto de falta no saber médico. Talvez uma brecha privilegiada para se reintroduzir o sujeito”.

Diante de pacientes portadores de doenças de etiologia idiopática ou obscura, dos intratáveis, dos não controlados, dos casos tidos como “exceções”, de tudo aquilo que evidencia os furos do edifício teórico do cientificismo, de suas normas e *guidelines*, poderia o referencial psicanalítico, ao indicar a existência de um doente por trás da doença, ser de alguma utilidade para o clínico?

1.1 Do discurso do Outro ao sintoma do sujeito

[...] os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente (FREUD 1917/1969, v. XVI, p. 265).

No campo da Medicina, pelo caminho da técnica e do cientificismo, a maioria das questões é resolvida e a maior parte dos casos de asma é controlada. Entretanto, algumas vezes isso não acontece e o paciente asmático, a despeito de tratamento adequado, continua apresentando crises graves e frequentes.

O que a clínica poderia colocar diante do médico que pudesse despertar-lhe o interesse pelo conceito de “*sujeito*” em Psicanálise?

Casos de insucesso no tratamento da asma não são raros na casuística⁶⁶. Olhando esses casos mais de perto, conforme reportam Ferreira e Fontes (2010, p. 21) “nem tudo está tão bem”: a mãe continua reclamando, insegura, temerosa da ocorrência de crises desesperadoras, a adolescente com certa dose de agressividade, não faz uso correto das “bombinhas”, o ambiente familiar é conflituoso, por vezes insuportável, assim como a relação médico-paciente.

A seguir, um pequeno recorte extraído do atendimento a uma adolescente portadora de asma grave não controlada, momento em que diz de seu sintoma e do que a incomoda:

⁶⁶ Recordemo-nos que no Brasil a asma ainda é uma das principais doenças crônicas da infância, com mortalidade crescente, elevado número de internações e alto custo social (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, IV DIRETRIZES, 2006, p. 447-474).

De uma hora pra outra, vem a crise. Fico sem ar, às vezes engasgo com ar. Não posso rir nem chorar... Quanto mais eu puxo, menos ar vem para dentro [...]. Não tenho medo de morrer, mas tenho medo de sentir dor [...]. Tenho medo de ter ficado dependente de bombinhas [...]. Fiquei um ano sem medicação para a asma, mas ficava internada direto, com muitas recaídas [...]. Sempre confundem o meu nome... Gostaria, como as outras pessoas, de encontrar meu nome em catálogos, em livros de significados de nomes, mas não encontro [...] não encontro meu nome em catálogos.

1.2 Noções sobre a constituição do sujeito

Uma criança chega ao mundo num lugar preestabelecido no universo linguístico dos pais, um espaço muitas vezes preparado muito tempo antes de seu nascimento⁶⁷. Nesse contexto, aprende a língua falada pelos pais, o que significa dizer que, a fim de expressar seus desejos, ela tem que ir além do estágio do choro e tentar dizer o que quer “em palavras”, isto é, moldar seu desejo na convenção da língua que aprende (FINK, 1998, p. 22).

A clínica psicanalítica ensina que os sintomas na vertente do sentido são efeito de uma estrutura discursiva e se mantêm porque há uma satisfação em jogo. Não se trata de algum sentimento, nem de alegria, mas de exigências de satisfação. Exigências relativas à linguagem e ao discurso, que condicionam o lugar e a posição do sujeito em relação à sua colocação frente ao Outro⁶⁸ da linguagem e do desejo (GONÇALVES, 2000, p. 10).

Se são exigências, qual a sua causa? Qual o motivo que levaria alguém a agarrar-se a seu sintoma, a seu sofrimento? Para introduzir a questão, faz-se necessário perguntar, antes: como se constitui o sujeito?

A criança ao nascer encontra-se totalmente desamparada, com urgências vitais e premente necessidade de cuidado. Para sobreviver, terá que contar com um adulto, geralmente a

⁶⁷ O surgimento da criança ocorre antes mesmo de seu nascimento, havendo algo que antecede sua chegada, posto que ela nasce em um lugar suposto na família que também tem expectativas em relação a seu futuro. Freud, em seu texto “*Sobre o narcisismo: uma introdução*” refere-se a esse pequeno ser como “sua majestade o bebê” (FREUD, [1914] 1996, p. 98).

⁶⁸ Outro: para Lacan, o Sujeito se constitui a partir do Outro, lugar da verdade que preexiste ao Sujeito como linguagem, constituindo lugar onde os significantes tomam sentido. Pensar o inconsciente como “linguagem” faz supor um código, que é dado por Outro, lugar do tesouro dos significantes, lugar de todas as significações possíveis, que já estava presente antes do sujeito nascer. Assim, cada palavra falada tem para cada sujeito um sentido exclusivo, único, advindo de Outro que o precedeu (LEITE, 2000, p. 68).

mãe, não somente para propiciar-lhe os cuidados da necessidade, como também para dirigir-lhe um interesse particularizado, condição que torna o outro cuidador alguém de importância ímpar em sua vida e de quem se torna totalmente dependente (MYSSIOR, 2007, p. 24).

A ideia desse “desamparo inicial” (*hilflosigkeit* em alemão) constitui referência constante na obra freudiana. Segundo Freud, as experiências precoces inscrevem-se na criança como sensações brutas, só fazendo sentido a partir de uma ajuda alheia, em um processo de “mútua compreensão” (FREUD, 1895/1996, p. 370, 421).

Assim, a primeira experiência de satisfação deixa seus traços na forma pela qual a criança, ainda de forma incipiente, passa a desejar a reatualização do prazer que essa experiência lhe causou. Esses momentos de repouso e alívio têm, portanto, valor de mensagem - da criança para a mãe e da mãe para a criança -, “podendo-se afirmar, com Freud, que o amor da mãe apoia-se na satisfação das necessidades do bebê ao “traduzir” o choro como demanda de alguma coisa” (MYSSIOR, 2007, p. 56).

A necessidade, embora sempre inscrita no desejo, pode, em princípio, ser atendida. A demanda, por sua vez, nunca pode ser totalmente satisfeita, porque nessa não se trata apenas da busca de um objeto que tenha valor pela substância ou pela qualidade, mas, sobretudo, trata-se de uma demanda de amor. Ou, nas palavras de Myssior (2010, p. 57), “a demanda é uma expressão do desejo”, em que se trata muito mais de reencontrar o desejo da mãe do que propriamente o objeto, sendo, portanto, “desejo de desejo”.

Essa formulação indica como o desejo surge a partir dessa primeira experiência de satisfação. Nesse tipo primário de funcionamento, a criança alucina o seio materno que lhe traz novamente satisfação (FREUD, 1895 [1969], p. 372).

Entretanto, para que a criança possa esperar pelo objeto que, além de satisfazê-la, a alimente, um novo funcionamento psíquico torna-se necessário. Esse princípio, mais adequado à realidade, prepara a criança para posicionar-se no mundo (FREUD, 1895 [1996], p. 379). Nesse registro de realidade, a criança é destinada a demandar o que deseja, momento em que ela terá que expressar suas necessidades, de forma articulada, ao outro; terá de fazê-lo pela demanda, “no registro da linguagem”. E ter que pedir o que deseja a

partir de uma demanda endereçada ao Outro, confronta a criança com a ordem da perda. Se não fosse por ela, o mundo pararia nesse ponto, em uma ilusória autossuficiência da relação mãe-criança, em uma circularidade de demandas sem nada para ser desejado. A constatação de perda é que instaura a ruptura na vida de uma criança, entre o registro da necessidade e da demanda (ZALCBERG, 2003, p. 57-58).

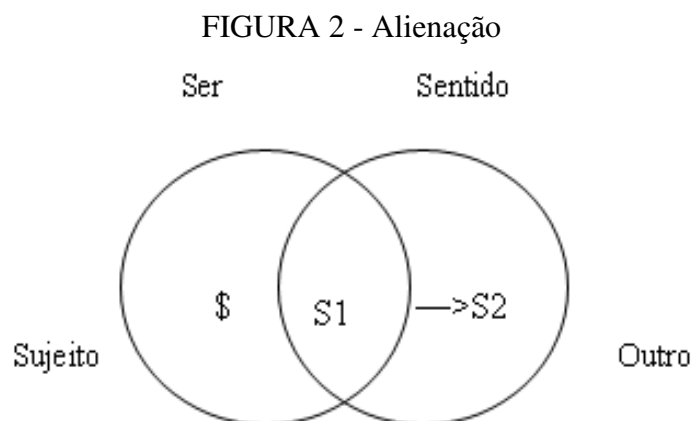
Justamente essa impossibilidade de poder ser satisfeita por um objeto ofertado faz com que a demanda (de amor) a um Outro estruture profundamente o inconsciente humano (FREUD, 1915 [1996], p. 126). Na formulação da falta na relação mãe-filho, ergue-se o desejo, pivô do desenvolvimento do psiquismo da criança. Para Lacan (1998a, p. 879), “o pensamento só funda o ser ao se vincular à fala, na qual toda operação toca a essência da linguagem”. E se o inconsciente é linguagem, o sujeito não usa a linguagem, mas dela surge. Assim, o sujeito lacaniano não é senão a própria divisão ou sujeito barrado (\$), produto de sua entrada na linguagem.

Nesse sentido, Lacan propõe duas operações lógicas, alienação e separação, como constitutivas do sujeito. Na Psicanálise o sujeito não é o indivíduo, o eu, ou mesmo a pessoa, mas uma posição do ser falante em relação à sua colocação frente ao Outro da linguagem.

1.2.1 Alienação/separação

Jacques Lacan, em “O Seminário, livro XI: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise” (1998b, p. 194), estabelece duas operações lógicas que estão no fundamento do sujeito: a alienação e a separação. Como se processam?

Na **alienação**, o Ser se submete às palavras (significantes) que vêm do Outro e que o designam. Nesse sentido, o sujeito é causado pelo desejo do Outro.



Fonte: Pimenta Filho (2010).

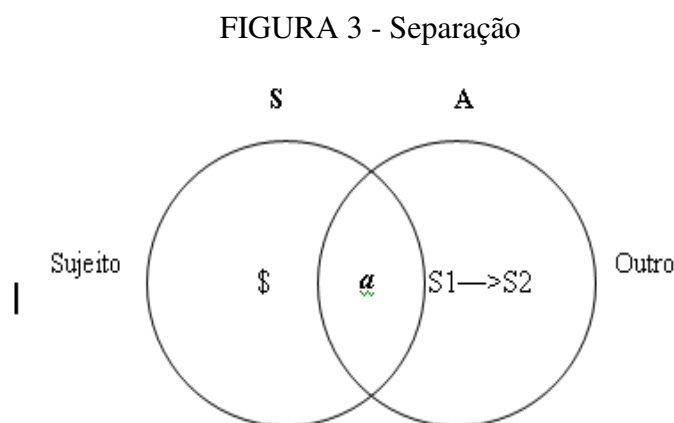
Nessa operação, para que ocorra o surgimento do sujeito, são necessários tão somente dois significantes, S1 e S2, que, articulados em uma cadeia, produzirão esse sujeito (\$), reduzindo-o a não mais que um significante, operação de redução que o inicia na fala. Dessa manobra resulta o sujeito da fala ou, como ensinou Lacan, o sujeito do inconsciente, que é o sujeito barrado, \$, que não é um ser (S), mas uma falta-a-ser (\$). É “falta-a-ser” relacionada ao fato de que o Sujeito não pode ser inteiramente representado no campo do Outro - porque há sempre um resto. Resto resultante da demanda (para sempre insatisfeita) endereçada ao Outro em sua busca por um objeto investido de um signo de amor. Em outras palavras, enquanto a criança tenta sondar o desejo do Outro materno (em constante mudança), ela é forçada a aceitar o fato de que não é o único interesse da mãe (PIMENTA FILHO, 2010, inédito).

Essa escolha “forçada” descarta o “ser” para o sujeito, instituindo em seu lugar a ordem simbólica que o inscreve na existência como um marcador de lugar nessa ordem. A alienação representa, então, um “lugar” que o sujeito não “detém” ainda, mas designado exclusivamente para ele (FINK, 1998, p. 74-75).

Já a operação de separação mostra o trabalho do sujeito de se distinguir, não se confundindo com o Outro. Essa segunda operação dá partida à estrutura e a criança vai perceber que não haverá reciprocidade, que as faltas do sujeito e as do Outro não se recobrem, que um e outro não se complementam. Assim, afirma Myssior (2007, p. 26), o mal-entendido torna-se efeito da estrutura de linguagem e mãe e filho se darão conta dos pontos de falta.

Enquanto a criança tenta ocupar as entrelinhas do desejo do Outro, sempre fracassando em fazê-lo adequadamente, também o Outro materno precisa mostrar algum sinal de incompletude e falibilidade para que a separação se concretize e que advenha o sujeito barrado (\$), inscrito na linguagem e no desejo.

Pode-se tomar essa segunda operação⁶⁹, no sentido a que se refere Lacan, como uma interseção que falta nos dois conjuntos: S - do sujeito e A - do Outro, operação que não se efetua sem que o sujeito queira se separar da cadeia significante e aceder a seu desejo, assumir sua condição de sujeito desejante.



Então, se na alienação tem-se a causação do Sujeito pelo desejo do Outro que o precedeu, na separação⁷⁰ o que se tem é um Sujeito implicado com seu desejo (PIMENTA FILHO, 2010). Um exemplo: uma criança dirá de seus pais ou de um adulto: “O que significo eu para eles”? “O que querem de mim”?

Considere-se que essas duas operações são disjuntas, mas articuladas no caso da neurose, ou seja, uma não vai sem outra.

Qual a importância clínica dessas operações? Considerando o sintoma em seu aspecto psicanalítico como efeito de uma estrutura discursiva, por vezes queixas ou mesmo ditos

⁶⁹ Na separação pode-se distinguir a parte viva que constitui o gozo localizado do Sujeito – o objeto pequeno a , ou simplesmente objeto a , objeto da *pulsão*. Para Lacan (1998b p. 202), “essa operação é tão essencial de ser definida quanto a primeira, porque é aí que vamos ver despontar o campo da *transferência*”.

⁷⁰ “É preciso não perder de vista que na “*separação*” o que está em jogo é menos a determinação pelo Outro do que a pergunta: “O que ele quer? O que ele quer de mim?” (ROSA, M. Comunicação pessoal, janeiro 2012. Notas pessoais, janeiro, 2012).

de determinados pacientes podem constituir indícios da maneira singular pela qual se inscreveram na linguagem a partir dessas operações de cunhagem simbólica do sujeito, alienação e separação.

Por exemplo, se o sujeito se identifica e se aliena a um significante em que ele é representado no ideal da mãe como “menina desajeitada”, este pode funcionar para ele como uma linha mestra durante toda a sua vida. Ele é definido como tal e se comporta como tal. Em outra situação, o sujeito pode se defender da separação, lançando mão de um sintoma nesse lugar. É o que se pode observar no caso Z, em que se escuta uma angústia constituída, nos ditos dessa paciente asmática de 15 anos sua dificuldade de elaboração de sua adolescência e de tornar-se adulta. Veja-se pequeno recorte de seu “*romance da doença*”:

Em uma sessão ela tira da bolsa uma fotografia e a coloca sobre a mesa. Na fotografia ela tem cinco anos e está ao lado de sua mãe. Perguntada sobre o que vê na foto, ela responde que as pessoas envelhecem e que ela não quer envelhecer: “Não quero envelhecer, quero voltar à época em que eu era feliz. Ainda tenho minha coleção de *Barbies* até hoje, às vezes vou dar uma olhada para me entreter um pouco”.

1.3 Do desejo à linguagem

Estabelecida a divisão fundamental na ordem do *ser* pela falta, essa operação marca sua entrada na linguagem. O indivíduo precisa enfrentar essa jogada aleatória – essa configuração específica no desejo dos pais – e de alguma forma advir sujeito: *Wo Es war, soll Ich werden*⁷¹, ou seja, deve vir a ser onde forças estranhas – o Outro como desejo, o Outro como amor, o Outro como gozo – uma vez dominaram. Em outras palavras, onde está o *isso*, deve advir o sujeito (FREUD, 1933 [1996], p. 84; FREUD, 1923 [1996], p. 38-39; LACAN, 1998a, p. 878).

Linguagem e desejo constituem, então, urdidura e trama do mesmo tecido. Enquanto a linguagem é permeada pelo desejo, este é inconcebível sem a primeira. Logo, nossa fala,

⁷¹ Do alemão: “Lá, onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir” (LACAN, 1998a, p. 878).

mesmo em conversas corriqueiras está longe do que acreditamos ser um reflexo de nós mesmos apenas. Longe de constituir pura emissão de fonemas, no caso dos humanos o *dizer*, então, pode significar outras coisas, na medida em que o “desejo habita a linguagem” e que opiniões e desejos de outras pessoas fluem para dentro de nós por meio dela (FINK, 1998, p. 72, 26, 27). Embora considerada puramente utilitária por natureza, pode-se constatar em Freud e Lacan que qualquer palavra é sempre a representação de uma ausência (LACAN, 1998a, p. 277).

Lacan, ao se aperceber que o sujeito, a quem grafa com um grande \$ (S barrado), é sempre um corte, dividido entre si e a representação de si, estabelece o conceito de “inconsciente estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1998b, p. 142 e 193), referindo-se aos efeitos da fala sobre o sujeito.

O sujeito, em Psicanálise, não é, por conseguinte, o sujeito da consciência de Descartes (*Penso, logo existo*⁷²), mas o sujeito do inconsciente, formado por uma rede linguística que lhe é própria. Ele aparece nos momentos de abertura e fechamento dessa estrutura, nos sonhos, chistes, nos atos falhos e no esquecimento, enfim, nas falhas da linguagem ou, como dizia Freud, em suas lacunas. Compreende-se, assim, como a linguagem é permeada pelo desejo e o desejo inconcebível sem linguagem.

Em sua obra “Função e Campo da Fala e da Linguagem” (mais conhecido como discurso de Roma), Lacan marca a importância do trabalho com a linguagem: “Pela palavra, que já é uma presença feita de ausência, a ausência mesma vem a se nomear em um momento original cuja perpétua recriação o talento de Freud captou na brincadeira da criança”⁷³ (LACAN, 1998a, p. 277). Aproximando-se da filosofia de Hegel, da antropologia de Lèvi-Strauss e da linguística de Saussure e Jakobson, Lacan produz uma releitura de suas obras, ressignificando-as.

⁷² Do latim: *cogito ergo sum* (LACAN, 1998a, p. 878).

⁷³ *Fort-da*: em seu artigo “*Além do princípio do prazer*”, Freud (1920[1996]) descreve a observação de seu neto de um ano e meio brincando com um carretel preso a um fio que faz aparecer e desaparecer, ao mesmo tempo em que emite fonemas alternadamente. Na repetição do brinquedo de seu neto, no *fort-da* reiterado, Freud verificava a “resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio criar na fronteira de seu domínio - a borda do seu berço - isto é um fosso” momento em que se pode reconhecer a inscrição significante agenciada pela falta, a primeira marca do sujeito (LACAN, 1998a, p. 63).

O signo linguístico é, pois, uma convenção para que determinada língua se constitua e seus usuários possam falar e se comunicar.

Saussure efetua, em sua teorização, a separação entre língua e fala, considerando que, enquanto a língua foi imposta ao indivíduo, a fala constitui um ato particular. Ocorre que ao instaurar no cerne na teoria linguística essa dicotomia conceitual língua/fala, [Saussure] evacua, com a exclusão do sujeito falante, o subjetivismo para fora do campo da linguística científica” (RADZYNSKY, 19?--?⁷⁴, *apud* JORGE, 2000, p. 70).

Lacan, por sua vez, vai além dessa elaboração dicotômica. Desejoso de dar um fundamento estrutural à concepção freudiana do inconsciente, ao perceber o quanto o signo linguístico é incapaz e impróprio para exprimir a realidade subjetiva, inverte o signo saussuriano, denominado algoritmo, colocando o significante acima do significado, atribuindo-lhe uma *função* primordial.

Significante	S
-----	---
Significado	s

Subvertendo a ideia de valor do signo⁷⁵ em Saussure, Lacan acentua a primazia do significante sobre o significado. Com essa manobra ele estabelece a autonomia do significante em relação ao significado, ao se aperceber da relação sempre fluida e inconstante existente entre ambos. A partir disso formula que da articulação entre significantes ou cadeia de significantes deriva o sujeito e que toda significação remete a outra significação (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 709).

Assim, para Lacan o significante não forma uma “composição” com o significado nem está encarregado de representá-lo. Ao afirmar que o “significante é o que representa o sujeito para outro significante”, esse autor salienta que o significante indica a constituição do sujeito a partir da maneira própria como ele se estrutura na série de significantes (LACAN,

⁷⁴ RADZYNSKY, A. *Lacan/Saussure: les contours théoriques d' une rencontre*. [s.l.: s.n., 19--?] p. 120.

⁷⁵ Em Saussure, o valor de um signo se mede por sua relação com todos os outros signos e resulta, negativamente, da presença simultânea neles na língua, que é concebida como a totalidade sincrônica (ou seja, estrutural) de todos os signos que nela se encontram. Diferentemente do valor, a significação se deduz da ligação que existe entre um significante e um significado (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 709).

1998a, p. 833) ou, ainda, como o sujeito se situa em sua própria história. Então, se para Saussure o sentido provém do valor oposicional entre os diversos signos, para Lacan esse resulta da “inclusão do sujeito”, representado pelos significantes (JORGE, 2000, p. 80).

Em termos clínicos, essa afirmação diz respeito à maneira absolutamente pessoal e singular de cada sujeito viver a língua e, conseqüentemente, de sofrer e expressar sua fala.

Assim, por exemplo, a palavra “*pai*”, que terá definição sempre a mesma no dicionário (na língua), terá sentido subjetivo único para cada um de nós. Este, “específico a cada um de nós, essa marca personalíssima da palavra pai é o que constitui o significante, ou seja, o sujeito” (CHECCHINATO, 1999, p. 112).

Que consequência clínica poder-se-ia extrair disto? Considerando que a relação significante-significado, no campo da subjetividade, foge à convenção da língua e que existe uma barra entre ambos, em relação ao que o paciente fala, demanda, pode ser que isso não corresponda exatamente ao que ele realmente deseja. Ou seja, muitas vezes, ao mesmo tempo em que demanda ao médico sua cura, o paciente deseja inconscientemente permanecer doente (o que ele próprio pode desconhecer).

Como isso pode ser? Foi Freud (S1), esse médico que, ao aceitar a histérica como seu mestre (\$), produziu um saber (S2), inédito: a Psicanálise. A criação da Psicanálise está então vinculada ao que uma histérica disse a seu médico no final do século XIX: “Não se mexa! Não diga nada! Não me toque!” Pois ao mesmo tempo em que falava e descarregava de forma espontânea todas as reminiscências patogênicas, todas as lembranças dolorosas por meio da fala, entregava de bandeja o funcionamento do inconsciente, a origem sexual e substitutiva dos sintomas e a transferência amorosa com o outro do saber: o médico, o mestre, o professor, o analista, etc. (QUINET, 2005, p. 110).

Se o sintoma, em Freud, é portador, ao mesmo tempo, de uma satisfação libidinal e de um sentido (FREUD, 1917[1996], Conferências XVII e XXIII), em Lacan esse assume seu apogeu conceitual como efeito do significante e da linguagem sobre o corpo, como estrutura metafórica substitutiva que remonta à realidade sexual do sujeito, indo

posteriormente deslocar-se para além dela⁷⁶. Cito Lacan: “o significante de um significado recalçado na consciência do sujeito, símbolo escrito na areia da carne, participando da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição” (LACAN, 1998a, p. 282).

Considerando-se que os significantes se inscrevem como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura psíquica e orgânica do indivíduo, supõe-se que o caminho do sintoma possa levar a um sujeito em questão.

A seguir, no recorte de um caso clínico de uma adolescente de 12 anos portadora de asma persistente grave não controlada, procura-se tratar dessa formulação, de que a fala do paciente, considerada a partir de sua estruturação discursiva, permite, em determinados momentos, o vislumbre de sua cunhagem como sujeito, maneira pela qual se inscreveu no laço social, pelo sintoma. Este, muitas vezes determinante e de consequências nefastas para o funcionamento fisiológico de seu organismo.

Trata-se de V., uma adolescente de 12 anos com asma persistente grave, não controlada.

Caso V.

A jovem V. vem acompanhada de sua mãe ao primeiro atendimento, momento em que esta se adianta à fala da filha em seu longo relato sobre a *saga* de sua família, em uma fala ininterrupta e dramática. Enquanto diz sobre a gravidade da doença da filha, dispõe sobre a mesa os inúmeros medicamentos dos quais V. já havia feito uso sem melhora efetiva. Refere que trabalha como empregada doméstica, que é separada do marido há vários anos e que é responsável pelo sustento da família. Seu ex-marido, asmático, teria abandonado a família há alguns anos. Teve cinco filhos: T., 22 anos, asmático, drogadito, problemas com a polícia, já foi baleado na perna, não mais residindo com a família; B., mesmo nome da mãe, também asmática, faleceu aos quatro anos de idade em um acidente, eletrocutada

⁷⁶ Numa visão resumida de sua evolução teórica, pode-se afirmar que é precisamente a extensão do conceito de estrutura ou alteridade na obra de Lacan, levada às últimas consequências, que indica onde a estrutura cessa e algo mais começa. Cada vez mais influenciado pelos primeiros trabalhos de Freud, Lacan começa a ver aquele algo em relação ao qual o sujeito adota uma postura como uma experiência primária de prazer/dor ou trauma. O sujeito advém como uma forma de atração na direção de uma experiência originária esmagadora e como uma forma de defesa contra essa mesma experiência de gozo que em francês chama-se *jouissance*: um prazer que é excessivo, que leva à sensação de esmagamento ou nojo e, no entanto, ao mesmo tempo, fornece uma fonte de fascinação (FINK, 1998, p. 10).

enquanto tomava banho com os irmãos menores, quando o chuveiro elétrico caiu em sua cabeça; P., 18 anos; J., 14 anos; e V., 12 anos, a caçula.

Segundo a mãe, V., desde um ano de idade, vem apresentando crises de asma frequentes e graves (duas a três crises por mês), tendo sido internada mais de 18 vezes em caráter de urgência. Apresentava acentuado absenteísmo escolar, enquanto ela também, por esse motivo, faltava muito ao trabalho.

Minha filha é atendida no HC desde cinco anos de idade com crises de asma muito fortes. No ano passado teve uma crise muito grave. Ficou 12 dias internada, três dias no CTI com asma e pneumonia [...]. Minha filha é VIP [*very important person*] no Hospital das Clínicas. É só ela chegar que as portas se abrem. Todos a conhecem aqui pela gravidade de seus sintomas, já estive no CTI por duas vezes [...] ela já correu risco de morte mesmo [...].

A adolescente, por sua vez, ao falar de si relata os problemas com sua doença, queixa-se de sua vida limitada, da vigilância de sua mãe “para não desencadear crises”, do bom atendimento que recebe no Hospital: “[...] é só falar o meu nome que todo mundo já vai atendendo [...]” mas também de sua dificuldade para se relacionar com outros colegas:

Eu adoro rosa, mas não sou Pat, nem metida como as meninas da minha sala, e os meninos são muito “crianção”. Não dou muito certo com os colegas da escola. Outro dia, pedi licença pra passar no corredor e eles não me deram, me disseram que não iam sair. Falei com a professora, que também não me deu atenção, aí fiquei com raiva, muita raiva e como não saí na porrada, comecei a chiar!!!

Perguntei se não a obedeceram, ela riu e afirmou: “É... não sei muito ser contrariada [...]”.

Ao falar sobre sua crise, diz que está com um pouco de medo de não participar de um espetáculo no qual toca um “*instrumento de sopro*”. Ela diz: “estou com medo de ter crise e não ir no *show*”. “Medo de ir ou de não ir?” (risos). “É, tá certo, quando fomos apresentar certa vez, eu tive medo de não dar conta de tocar e aí veio a crise [...]”.

Na semana seguinte retornou dizendo que havia acontecido o *show* e que tinha tocado bem, sem crise. E que também estava indo bem na escola, havia passado de ano:

Um pouco apertada, mas passei. [E que as crises haviam dado uma trégua:] Não tenho crise de asma há seis meses, nem leve!! Estou correndo, jogando queimada e não sinto nada. [...] Não estou explodindo mais [...] É eu não explodo (*sic*) mais com o meu irmão, porque também ele parou de me irritar, mas sinto que a minha forma de ver os lugares mudou. Eu era muito séria, muito nervosa, agora eu brinco mais com as situações. Meu tio falou que eu estava mais alegre para a vida.

Algum tempo depois me disse que as crises haviam voltado, menos graves. Um dia ligou dizendo que se encontrava no Hospital esperando atendimento há duas horas, e que não estava tão mal. Em encontro subsequente relatou que enquanto esperava no Pronto-Socorro refletiu sobre algumas coisas:

Pensei em muitas coisas [...] pensei em o que é saúde [...] Será que é também doença, quando faz a gente ver as coisas de um outro jeito? [...] Agora estou mais maneirável. [...] minha mãe é também manicure e fez minhas unhas para combinar com a blusa que visto hoje, não está lindo? [“Sim, está”. Ela deu um sorriso e comentou:] não implico mais com Pat, quero ser eu mesma.

No caso narrado, detecta-se novamente a produção por intermédio de ditos, palavras e histórias da adolescente V., sua dificuldade em constituir-se como sujeito e sua forte alienação ao significante “VIP”⁷⁷, sigla forjada por sua mãe para nomear sua asma, a qual, se por um lado lhe abria as portas do Hospital, por outro lhe fechava as portas para o mundo social. Este último, um ambiente diferente do familiar, no qual ela encontrava dificuldades frente ao limite, ao compartilhamento, ao diverso e às trocas:

Outro dia, pedi licença pra passar no corredor e eles não me deram, me disseram que não iam sair. Falei com a professora, que também não me deu atenção, aí fiquei com raiva, muita raiva e como não saí na porrada, comecei a chiar!!! [...]. É... não sei muito ser contrariada.

Se a identificação da adolescente ao significante “VIP” lhe propicia uma saída para seu mal-estar psíquico via sintoma de “chiado” (“e como não saí na porrada, comecei a chiar!!!”), esta não se constitui sem o ônus de uma disfunção orgânica e alguma desarticulação social. Assim, ao mesmo tempo em que se queixa da doença, V. também encontra nela algum tipo de solução, mesmo que imediatista e provisória, para suas questões subjetivas, situação que mostra bem algo comentado anteriormente sobre a

⁷⁷ Nesse lugar VIP entra como um traço unário, como insígnia, isto é, em última instância como signo do gozo (ROSA, M. Comunicação pessoal em janeiro 2012).

distância existente entre demanda e desejo⁷⁸: “[...] é só falar o meu nome que todo mundo já vai atendendo”.

Dessa forma, além de seu significado médico, como algo que não vai bem no organismo, o sintoma pode representar, no campo psicanalítico, uma solução para o sujeito frente aos impasses com os quais tem dificuldade para se defrontar, algo que se torna importante para ele.

Enquanto a Medicina considera o fenômeno da doença algo apenas orgânico, um médico advertido pela Psicanálise pode se aperceber desse duplo registro do sintoma, sentido/gozo e abster-se de curá-lo rapidamente ou mesmo de removê-lo. Ao não ignorar que também ignora, esse médico pode fazer uso de ferramentas outras que não apenas o saber científico ou a terapêutica. Em situações contingentes e singulares, o franqueamento de condições propícias para a instalação de uma temporalidade não cronológica pode possibilitar ao paciente a escuta do que dizem suas próprias palavras sobre seu sintoma - “não controlado”.

Retornando ao caso, em outro momento V. dá claramente testemunho da existência do inconsciente freudiano como lugar de tropeço, do equívoco, abismo que separa o dizer dos ditos, ao afirmar que “estou com medo de ter crise e não ir no *show*” e, posteriormente, após a minha pergunta (“Medo de ir ou de não ir?”), irromper em risos. O que faz a paciente rir e se recordar que o medo vinha antes da crise? E depois, produzir e localizar questões sobre sua “doença” (“[...] pensei em o que é saúde [...] Será que é também doença, etc. [...]) e tornar-se mais “maneirável”, com crises menos graves, que podiam esperar um pouco mais para serem medicadas e “querer ser ela mesma”?

Sabe-se, desde Freud, que as demandas nem sempre são para serem atendidas e que muitas vezes o paciente e sua família no lugar de agente querem colocar o médico a trabalho, para que ele produza um conhecimento sobre sua questão, uma resposta técnica, quando, na verdade, buscam outra coisa, cuidado, acolhimento, etc. O médico advertido pela Psicanálise, ao se deslocar desse lugar de saber e produzir uma pergunta, fazendo

⁷⁸ Segundo Jorge (2000, p. 68), na neurose o sintoma insiste em presentificar uma verdade subjetiva à revelia da razão: determinado simbolicamente, o sintoma, no sentido lato do termo, é a resultante que expressa um conflito psíquico ao modo de uma “formação de compromisso” entre o desejo e as defesas.

*semblant*⁷⁹ de objeto, de *não saber*, vai sustentar a dimensão da falta, tomando o doente também como sujeito e incluindo-o no trabalho, sem deixar, com isso, de considerar sua condição de desamparo e sofrimento.

Freud (1906 [1996]), siderado por esses fenômenos do lapso, do ato falho, do sonho e do chiste⁸⁰ (no caso em questão, o riso descontrolado de V.) , percebeu que, nesses instantes, o sujeito estava de volta para a sua casa no inconsciente e que, na surpresa, surgia, se estatelava e acabava se achando - mais ou menos do que esperava - naquilo se sentia ultrapassado: “Ora esse achado, uma vez que ele se apresenta, é um *reachado* e, mais ainda, sempre está prestes a escapar de novo, instaurando a dimensão da perda” (LACAN, 1998b, p. 30).

1.5 Para além do saber: um outro lugar e uma outra temporalidade

O verdadeiro saber consiste em saber que não se sabe” (PLATÃO, 1999, p. 73).

Na relação médico-paciente o médico ocupa usualmente o lugar do saber, daquele que sabe as respostas para as demandas do paciente. Para o médico no lugar de agente, de sujeito, o paciente ocupa o lugar do objeto, da doença e ele deve informar com precisão suas queixas, sinais e sintomas de sua doença. A partir disso, o médico vai, então, buscar uma resposta científica, técnica para resolver as queixas dos pacientes (FERREIRA; FONTES,

⁷⁹ De acordo com Miller, semelhante e semblante têm a mesma raiz: *similis*, que em latim se cruza com *simul* (conjunto) e que encontramos em *simulacro*. Portanto, semblante se articula com o conjunto. O semblante laciano é uma palavra que serve para indicar, no caminho do estudo dos acontecimentos naturais, a incidência de um fenômeno artificial devido à investigação mesma. Para Lacan, os semblantes devem ser elevados à categoria de saber (diferente de conhecimento) e esse saber teria como consequência a demonstração do impossível. Ao situar o saber do lado do impossível, demonstra que o saber é feito de semblantes, inclusive a ciência - que insiste no desengano: pensa que estar desenganada dos semblantes por conhecê-los pode prescindir deles. O que a faz se enganar de outra maneira. Os desenganados que se enganam então são os que se recusam a deixar-se enganar pelos significantes. A livre associação exige engano, poesia exige engano, e não desengano (interessante notar o uso popular do termo *estar desenganado*: estar desiludido, desesperançado, não ter cura, estar à morte) (MILLER, 2008b).

⁸⁰ Quando ouvimos um comentário do qual achamos graça é porque damos a ele um sentido diferente daquele que realmente tem. Segundo Freud, uma “apreciada definição do chiste consiste na habilidade de encontrar similaridades entre coisas dessemelhantes, isto é, descobrir similaridades escondidas” (FREUD, 1906 [1996], p.19) A esse processo psíquico Freud denominou chiste. Originada do alemão *witz*, que significa “gracejo”, essa palavra é encontrada em sua obra, em que Freud a localiza como uma espécie de válvula de escape de nosso inconsciente, que a utiliza para dizer, em tom de brincadeira, aquilo que verdadeiramente se pensa.

2010, p. 21). Ele detém o saber e tem o auxílio de poderosos recursos, sustentando-se nos protocolos, nos *guidelines*, enfim, nos artifícios do discurso da ciência ou universitário, um saber constituído que faz obstáculo a outras produções de saber que não se inscrevem nele⁸¹.

Dessa forma, o discurso médico, na atualidade um prolongamento do discurso da ciência, se apropria daquilo que o sujeito diz, transformando os significantes de sua fala em signos linguísticos, puros sinais médicos: “abafamento no peito”, “falta de ar”, “angústia por dentro”, “sensação de sufoco”, ficando todos reduzidos, univocamente, ao sinal semiológico de dispneia. A operação de redução da pluralidade de sentido própria à língua é uma manobra própria do poder, característica de todo discurso dogmático, como o discurso da ciência, conforme comentado anteriormente em referência à elucidação do tema na obra de Hannah Arendt, na seção 5.4 deste trabalho: “A clínica entre o saber e a verdade” (CRAVEUL, 1983, p. 19-20).

Já a posição que considera a fala do paciente uma estrutura discursiva, permite a “releitura” de uma temporalidade por constituir esse dizer uma espécie de matriz de um mito individual que permite derivar proposições e levantar hipóteses relativas às diversas situações clínicas com as quais nos confrontamos os pacientes (GONÇALVES, 2000, p. 26).

A partir da consideração do relato clínico como discurso (articulação) estrutural que se inscreve via os significantes como uma rede simbólica, que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura psíquica do sujeito, supõe-se que a escuta clínica não deveria reduzir-se a uma técnica a ser acrescentada às diferentes aparelhagens com as quais os pacientes são escrutinados.

Diferentemente do registro de uma historicidade cronológica, supõe-se que a oferta de um lugar de escuta clínica, de onde se propicia ao paciente o tangenciamento, em seus próprios ditos, de uma temporalidade sobre o seu sofrimento que lhe é própria e singular, pode possibilitar a tradução em palavras de seu mal-estar vivido no presente com efeito no

⁸¹ Lacan concebe nesse sentido o termo *astudè* (“astudado”, um neologismo) em referência à posição assujeitada do aluno sob a égide da ciência presente na Universidade, onde se visa à eliminação da possibilidade de produção do saber particular concernente a cada sujeito (LACAN, 1992b, p. 98).

passado⁸². Para Bachelard (2006, p. 20), longe de se esforçar por compreender o presente pelo passado, do ponto de vista da vida, trata-se de tentar compreender o passado pelo presente.

A reversão temporal⁸³, como denomina Miller (2000, p. 52), a manobra que precipita o presente no passado, é constitutiva da experiência humana como experiência do tempo, somente operada desde o lugar que o analista ou o clínico ocupam na transferência⁸⁴ com o assim denominado doente. Lugar que deve permanecer vazio de saber, para que possa favorecer o surgimento de um sujeito no lugar do objeto, um “doente” articulado à enunciação da história de sua moléstia (BERNARDES, 2005, p. 116).

O problema é que o médico realmente dispõe de um “saber” científico cada vez mais efetivo do qual também não pode abrir mão e que o faz esquecer-se, cada vez mais, da dupla via pela qual se move a transferência com os pacientes, a via do saber e, ao mesmo tempo, a via da “ignorância” acerca da singularidade do sujeito enfermo (DE MARCOS, 2011).

A travessia de um mar de palavras em direção à estrutura do sujeito, seu modo de constituição e as possíveis causas que aí o aprisionam e o fazem sofrer requer a experiência do manejo de um artefato inexistente no campo da ciência - um barco vazio - orientado pela bússola da transferência, que consiga singrar águas um pouco mais profundas e enfrentar tempestades.

Para isso, é preciso algum esforço. Torna-se necessário ir além do que preconizam os protocolos, assim como a adoção de um posicionamento ético.

⁸² Quer dizer, é vivido no presente, mas, no contexto de uma situação clínica permeada pela transferência e pelo suposto saber (com a significação do inconsciente) a inscrição do passado poderá ganhar um outro um outro sentido, o do presente (MILLER, 2000, p. 52). Nesse mesmo sentido ocorreu-me a reflexão de Santo Agostinho sobre o tempo: “O que agora claramente transparece é que nem há tempos futuros nem pretéritos. É impróprio afirmar que os tempos são três: pretérito, presente e futuro. Talvez fosse mais próprio dizer que os tempos são três: presente das coisas passadas, presente das coisas presentes e presente das coisas futuras” (SANTO AGOSTINHO, 1996, p. 327-8)

⁸³ Nessa manobra, o tempo vai simultaneamente em direção ao futuro e em direção ao passado e o que caracteriza a experiência analítica é que nela o modo passado do tempo é atualizado pela presença do analista. Em outras palavras, a presença do analista torna presente a inscrição do presente no modo passado (MILLER, 2000, p. 52).

⁸⁴ Considerando que toda demanda seja autenticamente de amor, a demanda dirigida ao sujeito suposto saber encarnado pelo médico também evoca o fenômeno da transferência, tocando na dimensão mais primitiva, ao mais enraizado do desejo de saber (LACAN, 2001, p. 10).

Diante uma clínica médica restrita aos protocolos, propõe-se uma clínica da “causa” nos termos propostos por Pimenta Filho (2011, comunicação pessoal), como argumento de investigação clínica ou raciocínio clínico. Distinto e oposto à “determinação” adotada pela MBE, que se restringe à busca pelas comprovações já evidenciadas e publicadas nos *guidelines*, propõe-se, para além disso, a adoção do método clínico. Neste, no qual os protocolos se inscrevem, mas de um modo não todo evidente, em que não se desconsideram a necessidade e a importância da capacitação técnica e científica do médico e também se reserva um lugar à investigação e à indeterminação.

Para Ferreira e Fontes (2010, p. 22), afirmar ou afastar a doença orgânica constitui tarefa fundamental do médico, entretanto, ponderam: “limitar sua tarefa à investigação da doença orgânica reduz a prática médica”. Nesse sentido, apontam o quanto a semiologia, como base do método clínico, visa, principalmente, afirmar ou afastar a doença, não se interessando pelo que é subjetivo. Sobre essa situação de subversão da clínica os autores comentam que “nada é mais significativo dessa situação: toda anamnese médica começa com a história da moléstia atual, mas entendida de fato como doença, não como moléstia, ou seja, como aquilo que molesta o paciente” (FERREIRA; FONTES, 2010, p. 22).

Segundo os autores, na objetividade médica procura-se excluir o que é subjetivo, “separando-se o joio do trigo” (FERREIRA; FONTES, 2010, p. 20). Esse ensinamento não deixa de ser correto do ponto de vista do diagnóstico clínico, podendo o joio ser muito importante, principalmente nos casos difíceis, “*refratários*”, “*não controlados*”, que não respondem ao tratamento convencional.

Principalmente nesses casos, acolher os ditos pode localizar o “*dizer*” do paciente. Em outras palavras, ao possibilitar-se ao doente a exposição de suas crenças, preconceitos e inseguranças, pode-se ajudar a desmitificar seus temores, minimizando dificuldades com o tratamento e com seu próprio viver.

É, então, possível ao médico ir além do técnico, estar atento ao que é falado, mas também ao não dito, à linguagem não verbal, aos silêncios, que podem dizer mais que as palavras⁸⁵.

⁸⁵ No âmbito desta tese, o que se busca é um contraponto entre a Medicina protocolar e a vertente do sentido/gozo do sintoma na Psicanálise, a qual não exclui a consideração dos efeitos do inconsciente em um sujeito. Considera-se que o tipo de endereçamento ao médico e ao analista pode ser semelhante, no sentido da

Novamente, no termo forjado por Ferreira e Fontes (2010, p. 26), é possível ao médico abrir uma janela para escutar o paciente, sair por alguns momentos de seu lugar de saber e ocupar o lugar do “não saber”, ou seja, buscar o saber que está com o paciente sobre ele próprio, colocando-o no lugar de quem trabalha e buscar perceber se ele quer algo mais. Afinal, o que o faz sofrer? O que ele deseja?

Vejamos dois recortes de dois casos de asma não controlada atendidos em momentos pontuais. O primeiro ilustra o efeito da escuta dos ditos de uma mãe angustiada e desorientada diante das frequentes crises de asma da filha; o segundo descreve uma intervenção na qual se localizou um “*não saber*” do lado do médico. Em ambas as situações clínicas pôde-se observar algum efeito de separação (nos termos descritos anteriormente) na relação mãe-filho. Veja-se.

1.5.1 V. e sua mãe “*King-kong*”

Enquanto V. era medicada no Pronto-Atendimento, sua mãe ligou para dar notícias e pediu para falar comigo. Encontrava-me no mesmo Hospital e acolhi seu pedido. Esta, visivelmente transtornada e exaurida, relatou que se encontrava muito cansada, angustiada, que sua mãe, por sua vez, também estava internada, que estava há muito tempo desempregada, sem notícias do ex-marido e que, por mais que tentasse se controlar, sentia

busca de um alívio, de uma cura, mas as respostas são diferentes. Na medicina protocolar que esqueceu-se da clínica, busca-se uma causalidade fisiológica, orgânica ou comportamental para a queixa do doente. Nesse âmbito, não se opera com o conceito de sujeito do inconsciente, entretanto a transferência também aí se coloca. Tomando, desde Freud, a transferência como deslocamento de palavra, do lado médico orientado pela Psicanálise, poder operar com seu manejo e seus efeitos (acontecimento estritamente contingencial ao encontro) não deixa de possibilitar, a um paciente que sofre, “colado” à sua queixa, a oportunidade de produzir um outro dizer, de pronunciar um “dito” sobre o que o faz sofrer. Desde a consideração do inconsciente estruturado como linguagem, um significante deslocado pela transferência é uma palavra que escapa ao sujeito. Essa intervenção, que não deixa de constituir um trabalho de orientação psicanalítica no âmbito da clínica, principalmente em pacientes ditos “refratários” ou “não controlados”, pode fazer uma diferença, supondo-se que o caminho do sintoma e da associação livre possa levar a um sujeito em questão. Isso não quer dizer que não se deva escutar todos os pacientes, mas adverte-se com Cottet (*apud* MARON, 2008, p. 15) que “há uma caricatura que deve ser evitada, a do psicoterapeuta selvagem como especialista do sentido, assim como do psicanalista lacaniano como especialista do não sentido”. O horizonte deste trabalho é outro. Indica-se uma “*práxis*, uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico” que, por sua vez, remete a uma pesquisa nos termos de uma especificidade indicada por Lacan ao lembrar Picasso: “Eu não procuro, acho” (LACAN, 1998b, p. 14). Dessas indicações, pontos a esclarecer certamente restarão, os quais poderão ser retomados em pesquisas futuras.

que passava sua tensão para os filhos e que suspeitava de que a crise atual de sua filha, que há muito tempo não chiava, poderia estar relacionada a essa situação. Perguntei: que situação?

Acho que ela sente falta do pai, que é muito ausente. E eu fico querendo compensar [...] Já cheguei a me vestir de homem para não deixar o lugar vazio do pai num jogo de futebol do meu filho, onde só os pais tinham sido convidados. Me arrependo (*sic*) muito disto [...] Paguei o maior “King-kong” [...]. [O que é isto? - perguntei]. Mico, doutora. O meu filho queria sumir do campo de futebol e ficou muito tempo sem falar comigo. Será que meu erro é querer ser pai e mãe? [Diante de seu próprio dizer a mãe relatou-me que achava que] protegia demais e sufocava os filhos. [Disse-me que gostaria de agir de outra forma].

1.5.2 JB, o “sumiço” e a “saída” (recorte do caso JB)

JB, oito anos, portador de asma não controlada desde “*bêbê*”, veio ao atendimento acompanhado de sua mãe. Enquanto esta falava da longa história de crises, medicações e idas à Unidade de Pronto-Atendimento do Sistema Único de Saúde (UPA-SUS), o menino se movimentava pela sala, mexendo em algumas coisas até que, repentinamente, abriu a porta e saiu do consultório localizado em um Hospital dizendo que ia ao banheiro para cuspir. A mãe parou de falar e se descontrolou. Olhou para mim como se perguntasse: “Ele não vai se perder?” Verbalizou, entretanto: “Ele não sai sem mim”. Sustento o silêncio e o menino saiu. Preocupada, aparentei tranquilidade. A mãe, então, se levantou e saiu atrás do filho, mas antes de deixar a sala, o menino retornou. Pontuo como ele tinha conseguido ir e voltar sozinho. Ela ficou em silêncio, pensativa. Dirigi-me, então, ao garoto, perguntei se ele queria falar comigo, ele respondeu que sim. Sondei se ele gostaria de falar “só comigo”, ele assentiu. A mãe, então, pediu licença e lhe disse que estaria aguardando no corredor.

A partir dos efeitos dessa intervenção, que propiciou a JB algum espaço, ele começou a falar espontaneamente sobre sua vida, seus amigos, seu sintoma de “chiado”, sua família:

Chio quando corro muito ou quando fico emocionado [...]. Posso te contar um segredo? [Sim, respondo]. Eu amo A., ela é minha vizinha, tem sete anos, mas eu nunca disse nada a ela. Nós brincamos juntos e é muito legal. [...] Mas às vezes me sinto muito triste... [...]. Fiquei muito triste quando o tio P. irmão de minha mãe morreu, pois ele me ensinava muitas coisas. Me senti (*sic*) “um tanque demolido” quando ele morreu, me senti num beco sem saída [...]. [Você mora em um beco sem saída?]. Não, eu moro em um beco, mas com saída!!! [...] [Disse: sim!! Ele sorriu e despediu-se, perguntando se iria retornar. Respondi que sim, se ele desejasse].

Constituído o laço transferencial, JB retornou mais algumas vezes e em seus relatos continuou fazendo associações, construindo novas significações sobre os acontecimentos de sua vida, fazendo uso, sobretudo, de histórias com bichos, em uma remontagem de sua própria história.

Assim, na prática clínica advertida do sujeito, supõe-se que, do fato de se poder operar deslocamentos nos lugares do discurso e de se poder fazer circular os significantes na fala do paciente, advenha a importância da escuta como ferramenta clínica na condução do caso. No caso de JB, ao destituir-me do lugar fixo de todo-saber assumindo posição de isenção no momento em que o menino saiu sozinho do consultório, dei lugar ao inesperado, ao contingente, assumindo a responsabilidade de uma aposta no sucesso de sua atitude de querer dirigir-se para o mundo, de demarcar alguma individualização em relação à sua posição de total submissão à mãe.

Ao longo do tempo de atendimento, a criança começou a se mover do lugar de assujeitado e o sintoma de “falta de ar” foi se dissipando à medida que ele começou a dizer de seu próprio desejo em palavras, significantes escutados sob transferência:

Gosto muito de ciências e de estudar os astros [...]. Estou jogando futebol em qualquer posição, antes eu jogava só na defesa e no gol [...]. Quero viajar nas férias com meus padrinhos e vou pedir para os meus pais [...]. Fiz novas amizades com meninos que conheci na rua [...]. Só tive uma crise de chiado em três meses.

Assim, o médico, ao tratar o corpo como algo concreto, que apenas se pode olhar e medir, deixa escapar o corpo que se define pela lógica do sentido e da satisfação. Na clínica, uma das consequências dessa prática estritamente cientificista, desavisada sobre o corpo

erógeno seria a manutenção dessa vertente pulsional do sintoma, que encobre, muitas vezes, a recorrência dos “refratários” e dos “não controlados”.

1.6 Do acontecimento do sintoma à ascensão da palavra: a escuta do paciente

Considerando-se o processo de adoecimento como algo ao mesmo tempo social e culturalmente construído, salienta-se que, aos olhos da clínica (e não apenas da Psicanálise), ele consiste fundamentalmente em uma experiência única e singular na vida de cada paciente.

Não obstante sua alta eficiência técnica em definir o diagnóstico e tratamento nas doenças orgânicas, o médico atual apresenta certa limitação e despreparo para escutar o paciente, principalmente nos casos em que o “*emocional*” parece estar envolvido e a terapêutica se revela errática e impotente. Verifica-se, nessas circunstâncias, o uso frequente do encaminhamento ao psicólogo ou ao psiquiatra, conduta muitas vezes destituída de verdadeira indicação.

Do ponto de vista dessa discussão, o que se torna bizarro na abordagem científicista é a “subordinação do psíquico ao corporal” (DEL VOLGO, 1998, p. 190). Ou seja, nos casos em que falham o diagnóstico e a terapêutica e suspeita-se da associação de transtornos emocionais ou subjetivos, repete-se, como nas doenças orgânicas, também uma estratégia de busca pela origem do sintoma (p. ex., trauma, depressão, estresse, disfunção de neurotransmissores). Na verdade, na maioria desses casos, a causalidade da queixa constitui algo a ser construído pelo próprio paciente durante seu atendimento clínico e somente revelado em seus ditos. Esses pacientes, cujas histórias não são escutadas, são os que correm o risco de ficarem para sempre rotulados como “*somatizadores*” “*poliqueixosos*”, “*pacientes difíceis*”, “*pacientes questionadores*” cuja necessidade de cuidado permanece definitivamente mal-entendida pela Medicina. Esta, além de não acolhê-los, fomenta-lhes infunda peregrinação por diversas clínicas, causando gastos desnecessários. Nesses casos, em que se insiste no estabelecimento de um ideal de saúde, no qual se busca dar conta de uma especificidade psíquica a partir de uma contingência orgânica, não se estaria mais a obturar o interrogante do paciente à cientificidade moderna?

Como dito anteriormente nas iniciativas biopsicossociais, a partir das quais inegavelmente se dá um passo para além da abordagem estritamente protocolar e medicamentosa, a consideração dos aspectos psicológicos, psíquicos, familiares e sociais dos pacientes constitui importante diferencial em seu atendimento, especialmente nos casos ditos “refratários” ou “não controlados”.

No tocante à singularidade do sujeito, há certa limitação da aplicabilidade clínica desses métodos, pois, ao buscarem uma causalidade psíquica, associação discursiva, classificação e nomeação para o sintoma, essas práticas acabam por excluir do paciente a oportunidade de construção de um novo sentido para seu sofrimento. Conforme Dunker (2008, p. 44), a Pedagogia ou Ortopedia da alma, assim como a direção da consciência rumo à adaptação e ao conformismo, figuram assim como antimodelos tanto para a Psicanálise quanto para a clínica.

Pensa-se que dessa profunda mudança no seio da Medicina ocorrida depois do final do século XVIII, momento em que a temporalidade histórica cedeu lugar à temporalidade operatória, derivou a atual dificuldade dos médicos em acolher o discurso de sofrimento dos pacientes, fato bastante recente considerando-se a longa história da prática médica.

Em outras palavras, ao exilar a subjetividade do tratamento e do doente, o atual discurso médico deixou de levar em conta, seja em sua prática, seja em seus conceitos, o aspecto ético da doença, assim como o drama imaginário e o simbolismo do sofrimento^{86,87}. A

⁸⁶ Fabrício Carpinejar (2005, p.27,28), poeta, jornalista e professor de literatura, asmático desde os nove anos, perfaz uma verdadeira conjunção entre asma e linguagem. Seguem alguns recortes de seu relato, em entrevista: “A asma foi como uma segunda alfabetização. Eu tive que aprender a respirar diferente, a falar mais pausado e com outro ritmo. De repente, descobri que eu tinha um cachorro no pulmão, que chiava e latia e bebia todo o ar que poderia precisar depois. O cão asmático era faminto. O pior da asma é o medo do próprio medo. Não contar com a certeza de que teremos respiração até para pedir socorro. Necessitei exercitar o pânico e fui me dominando para não sofrer antecipado a lidar com as minhas próprias falhas, a fazer com que a asma fosse minha maneira de pontuar os parágrafos, a virgular os olhos. A asma terminou sendo minha professora. Os versos que faço são breves, incisivos, rápidos, assim como alguém que está com um surto e não pode ficar enrolando. Incorporei esse temperamento na poesia, expresso apenas o que é urgente. O sofrimento da mudez me fez valorizar a cor do som. [...] Meus poemas nascem do tamanho da minha respiração. Minha pontuação é feita do tamanho da minha asma. [...] Não sofro mais porque a compreendo. *Ter consciência é cicatrizar a lembrança*. Meu avô tinha asma, ele era italiano, violinista. Trancava-se no quarto para tocar. Eu dormia com sua música. Uma noite, ele largou seu instrumento e continuei a ouvir música noturna, que agora consistia no chiado de seu pulmão. Sempre acreditei que meu avô havia engolido seu violino. A asma dele, em minha imaginação infantil, representava um violino aberto em seu corpo”.

⁸⁷ Rivane (1945) acredita que não fora a asma, Marcel Proust (1871-1922), filho e irmão de médicos, não haveria escrito “Em busca do tempo perdido”, uma das maiores obras literárias do século XX. Ao impor-lhe limitações, ela o manteve recluso a escrever em seu quarto em Paris, no Boulevard Haussman 102, para onde

Medicina “dessubjetivou” a queixa do paciente e “deserotizou” o corpo, que ficou reduzido, nas palavras de Roland Gori, ao suporte de uma molécula: “[...] poderíamos dizer que o homem se transformou no meio disponível para um gene produzir outro gene” (GORI; HOFFMANN, 1999⁸⁸ *apud* DEL VOLGO, 2003, p. 14, tradução nossa). A clínica tradicional do cuidado à cabeceira do leito, *kliné*⁸⁹, acabou por se confundir e se “reduzir a uma Medicina contida entre o que é economicamente aceitável e cientificamente correto”.

Nesse contexto turbulento de dificuldades e questionamentos em relação à abordagem de casos de crianças e adolescentes portadores de asma “*não controlada*” ou de “*difícil controle*”, um médico advertido pela clínica do sujeito decidiu acolher o encaminhamento de casos de asma que “*não iam bem*” e acompanhar, nos rigores do método clínico, os efeitos da escuta da queixa desses pacientes. Ou, de acordo com Del Volgo (2003), escutar-lhes o “romance da doença”, observação que o próprio doente faz sobre o que o incomoda.

1.6.1 Casos clínicos

Ter consciência é cicatrizar a lembrança (CARPINEJAR, 2005, p. 28).

1.6.1.1 Caso JB.

Trata-se da mesma criança de oito anos citada anteriormente. Encaminhado pela pneumologia pediátrica, recebi-o para atendimento. É o segundo filho de um casal de quatro irmãos, de orientação religiosa “Testemunhas de Jeová”, único do sexo masculino.

se mudou depois da morte de sua mãe, em 1905. Além dessa restrição, esse autor enfatiza que essa doença imprimiu no escritor o estilo de suas próprias características fisiopatológicas como uma condição alérgica, determinante de uma “*resposta atípica*” e “*hipersensível*”. Imitando sua doença, Proust entregou-se à memória, à lembrança dos acontecimentos cotidianos, à reminiscência do encontro com objetos triviais da vida (p. ex., a descrição de uma *madeleine* e o chá, o odor dos pinheiros, um botão de uma bota, etc.). Fez de sua obra literária uma apologia ao tempo fugidio, às intermitências do coração, às frases longas e intermináveis (que em sua escrita reproduziam suas longas crises de dispneia), as quais não deixaram de constituir uma forma de conviver com sua precária condição respiratória, descrente que era dos médicos e da Medicina, segundo ele, “uma ciência cômica” (PROUST, 1928, p. 45^b *apud* RIVANE, 1945)

^b PROUST, M. *Lettre à M. Ernst- Robert Curtius*, 1928.

⁸⁸ GORI, R.; HOFFMANN, C.H. *La science au risque de la psychanalyse*. Toulouse, Érès, 1999.

⁸⁹ Do grego *klinike* (*techne*), prática à cabeceira do leito. Disponível em: <http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=klin%E9&searchmode=none>. Acesso em: 1º dez. 2011.

Para o seu caso, já havia sido aventada hipótese diagnóstica de “depressão infantil”, por apresentar “dificuldade de concentração”, “choro fácil” e sentimento de que “ninguém gosta de mim”.

Suas irmãs, M. (12 anos), D. (sete anos) e C. (cinco anos), referem-se a ele como “menino-pilha”, “menino-jiboia”, pelas características de ser muito “agitado” e de “sufocar quando abraça”.

No primeiro encontro, o menino compareceu acompanhado de sua mãe, que explicou estar ali porque as crises de asma e de sinusite não estavam sendo controladas apenas com as bombinhas e também porque o filho era muito “sentimental, com o emocional muito aflorado”. Informou que o pai da criança era muito severo, usava palavras grosseiras, chamava as filhas de preguiçosas, corpo mole e proibia JB de usar cor-de-rosa, por achar que é cor de mulher e que homem não pode usar essa cor. Contou que JB dormiu no quarto dos pais até um ano de idade, porque acordava muito de madrugada e era uma criança muito chorona, sempre fungava e chiava muito. Tinha medo que passasse mal de madrugada.

A mãe referia-se ao filho como “meu baixinho, meu gordinho, meu ursinho”. Quantos anos JB tem mesmo? - pontuo. Ela riu meio sem graça e calou-se. Com essa intervenção, a mãe pareceu localizar algo da relação fechada que mantinha com o filho e se emborçou com isso.

Como já mencionado, JB não mostrou, em momento algum, resistência para falar de si, sempre trazendo histórias da escola, de sua família. Certo dia, enquanto era atendido em um consultório que tinha uma mesinha de criança com brinquedos, manifestou vontade de lá se sentar e “brincar novamente com os brinquedos de *bêbê*”, manifestando desejo de retornar aos “tempos em que era feliz e não sabia”, revelando sua nostalgia neurótica típica: “Estou lembrando o quanto eu era feliz no meu jardim de infância, do tempo que era muito paparicado”. Nesse momento, sujou as mãos de tinta, sujou a roupa, complicou-se e olhou para mim. Convidei-o a retornar às cadeiras defronte à mesa e ele voltou dizendo: “Cresci [...] tá mais confortável aqui”. Sim - comentei que o tempo havia passado e que ele havia crescido, servindo-me do momento de sua visível perturbação.

Certo dia, sentou-se, viu papel, caneta e pediu para desenhar. Permitti. Ele, então, falou que se lembrava muito do dia em que sua irmã sofrera queimadura grave na perna. Perguntei por que ele estava se lembrando disso e ele não soube explicar. Começou então do desenho, relatando:

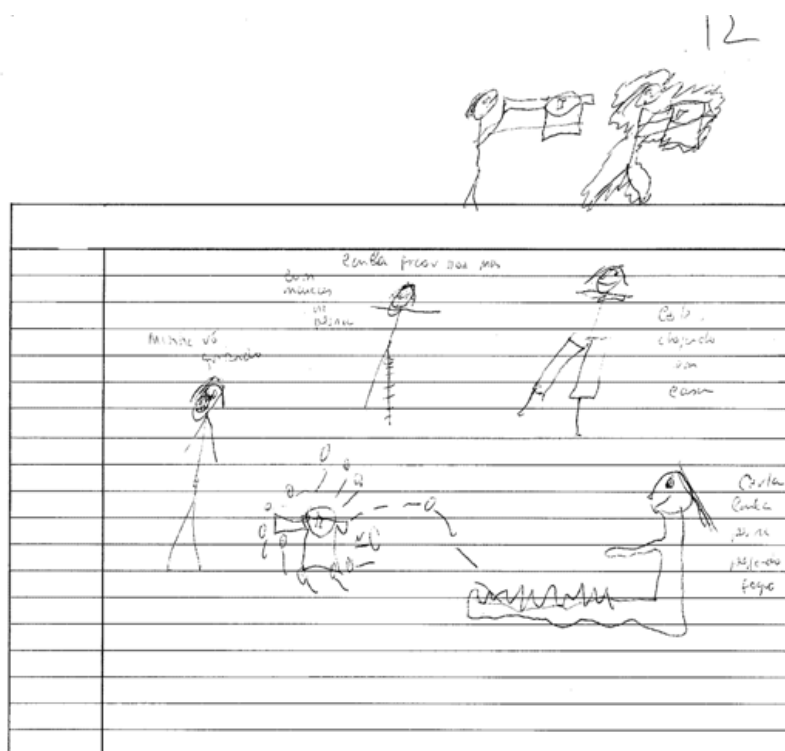
Minha irmã C., que hoje tem seis anos, quando tinha três ou quatro anos, estava brincando no chão da cozinha onde estavam também minha avó e minha mãe. Minha avó então foi pegar a panela muito quente com gordura, viu que a panela ia queimar a sua mão, soltou a panela e caiu gordura na minha irmã, dando fogo, causando queimadura grave na perna da minha irmã. Ela foi levada para o Hospital e depois disso minha mãe ficou com medo demais de tudo.

Perguntei onde ele estava quando isso aconteceu.

Eu estava na varanda, brincando. Foi no momento que a minha mãe saiu da cozinha que a minha avó deixou a panela cair na perna da minha irmã. Eu escutei quando minha irmã gritou: Aiiiiiiiiiiiiiii - e vimos a sua perna pegando fogo. Minha avó jogou água, meu pai sacudiu para ver se apagava o fogo das suas pernas. Saíram gritando por socorro e um vizinho ofereceu o carro para levar para o Hospital, onde ela ficou internada muitos dias e fez várias operações [...]. Esse acidente deixou a minha mãe muito “protegedora”, com medo de deixar os filhos sozinhos. Depois disso, várias coisas mudaram.. minha mãe colocou horários. [Antes como era?] Mais à vontade...

Ao desenhar e relatar os acontecimentos desse dia, refazendo a história e recolocando palavras sobre os acontecimentos que o marcaram de alguma forma, isso o fez ficar mais calmo e visivelmente aliviado.

FIGURA 5 - Desenho 1



Fonte: Dados da pesquisa.

Em seu desenho tentou reproduzir a cena do acidente que causou queimadura na perna da irmã. Na parte superior do desenho a criança representou o pai (um pouco menor que a irmã) tentando apagar o fogo que se alastrou em todo o corpo da filha. Na parte inferior, representou em ordem inversa os momentos do acidente, iniciando pelo momento em que a irmã chegou do Hospital com a perna engessada; e na parte mais baixa, uma figura feminina ao lado de uma criança, segundo ele, sua avó gritando e ele próprio brincando no chão. E, finalmente, um desenho maior representando sua irmã com uma protuberância pontuda bem maior que seu corpo, segundo ele a perna de sua irmã em chamas. Marcou bastante a visão do fogo saindo das pernas da irmã e o desespero de seu pai diante da filha em chamas⁹⁰. Ao final da história, contou que sua irmã ficou boa, mas que sua perna ficou marcada.

Posteriormente, narrou que Jeová distribui os dons na natureza.

– O que ele deu pra você? - perguntei.

⁹⁰ A criança estaria, nesta circunstância, diante do trauma, do encontro com o real. A frase do sonho, mencionado por Freud e discutido por Lacan (O Seminário, livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, p. 61) “Pai, não vês que estou queimando?” - frase, ela própria uma tocha, não constitui um representante representativo, mas o lugar-tenente da representação, do encontro como sempre faltoso.

- Ele me deu inteligência, esperteza e velocidade [...] Descobri que os passarinhos podem viver até 40 anos.
- Será?
- [...] existem também os animais nocivos como pulga, carrapato, aranha [...] aranha é um bicho especial. Se você dá uma chinelada na cauda dela, ela tem a capacidade de viver de novo, aranha morre, mas tem outra vida [...].
- Será? - pergunto novamente na posição de fazer o sujeito vacilar um pouco em suas certezas.
- Vou pesquisar.

Demonstrando ter noção do que seja sua doença, como os medicamentos funcionam e podem produzir efeitos indesejáveis, mencionou certo dia:

Hoje estou esperando o atendimento aqui desde cedo. Vim para tirar sangue para fazer exames de manhã e fiquei até agora. Fiquei com um pouco de medo porque a C. me zouo a semana inteira que iam tirar todo o meu sangue, com uma agulha bem grande. [E foi verdade?] Não... Fiz exame de sangue para ver se a bombinha que uso para a asma afetou meus ossos e meu crescimento. [Mostra um curativo redondo no braço esquerdo].

Não tenho tido crises fortes de asma e minha mãe está me dando mais liberdade, está até deixando eu jogar futebol com os meninos na rua. Joguei futebol e neste jogo fui melhor que a C., minha irmã que joga em qualquer posição. Fiz gol em um adolescente. As aparências enganam! Os meninos do outro time eram maiores, mas nós ganhamos, pois eles ficaram muito confiantes e não se esforçaram, pensaram que tinham vantagem... [...] Estou ficando mais rápido no futebol e não estou deixando mais me chamarem de bobinho.

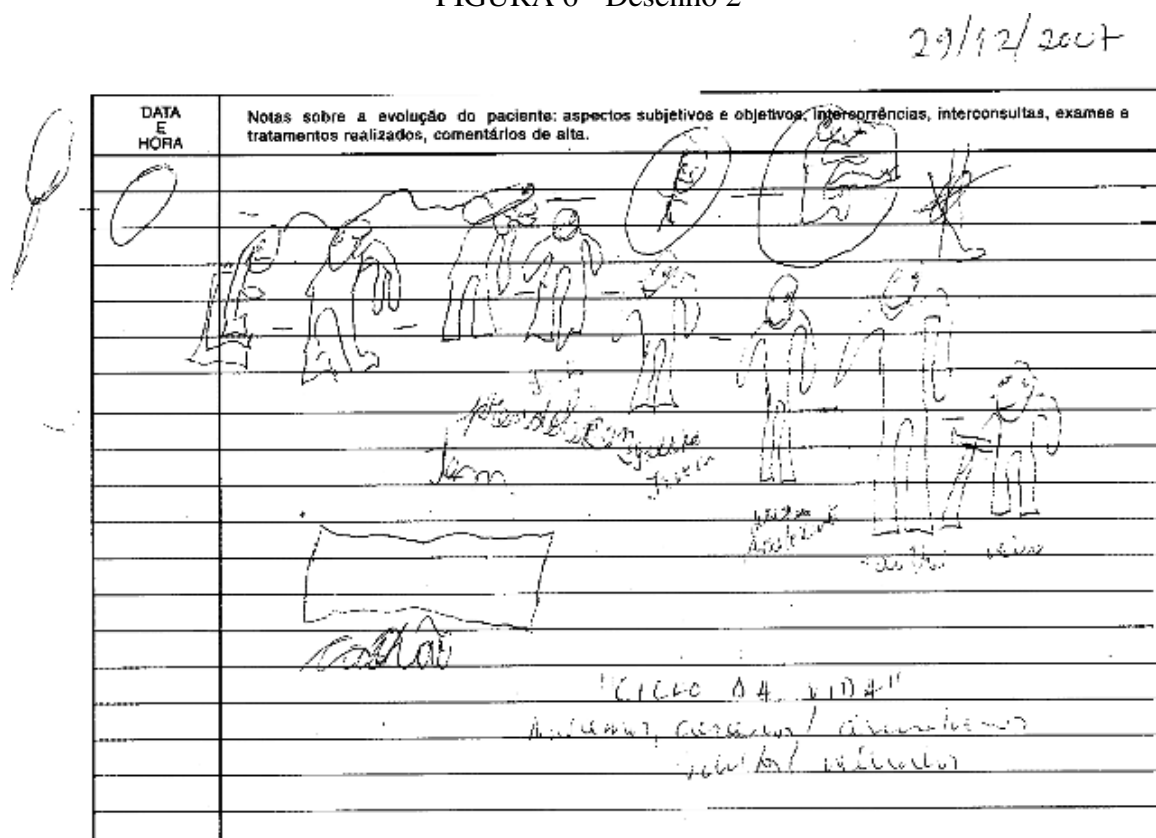
O menino saiu e voltou logo em seguida, dizendo que sua mãe queria me perguntar algo. Pedi que entrasse junto com o garoto. A mãe perguntou: “Doutora, o JB está indo bem, não está tendo crises, mas tem apresentado muito medo, medo de tudo... Isto é normal?”. Olhei para o menino sentado ao lado da mãe e quis saber se ele mesmo não queria responder. Ele falou: “Mãe, tenho sentido medo porque a C. tem me passado muito medo, falando de uma agulha enorme da hora do exame, estava com medo era do exame, mãe”. Ela mais nada falou, agradeceu. Eles saíram juntos.

Ao destituir-me novamente do lugar de todo-saber, permito ao menino a elaboração de sua própria resposta frente às demandas e idealizações de sua mãe, o que lhe propicia mais um

ponto de ancoragem em suas tentativas de demarcar algum distanciamento, de se individualizar em relação à sua alienação absoluta ao desejo da mãe.

Posteriormente, descreveu: “Minha mãe aumentou o meu quarto e colocou duas camas de casal, digo, de solteiro”. Eu observei o lapso, ele esclareceu: “É que eu dormia em uma cama de casal... às vezes dormiam comigo a minha avó, a minha irmã, a minha mãe, o meu pai...”. Desacasalou? O menino riu. Disse que sim, sorrindo. Falou novamente que foi muito “papuricado”, mas havia mudado: “entrei no ciclo da vida”. Ao dizer isso, pediu novamente caneta e papel e começou a desenhar enquanto ia comentando: “Tinha um espermatozoide, depois o espermatozoide juntou com o óvulo e eu comecei a ser formado [...] Virei garoto, depois vou ser adolescente, depois adulto e depois velho”. Perguntei sobre um grande quadrado desenhado na base dos desenhos. Ele respondeu: “É o caixão... de enterrar os mortos...”. Sim, tem a morte no ciclo da vida.

FIGURA 6 - Desenho 2



Fonte: Dados da pesquisa.

Certo dia, subitamente perguntou se podia contar-me outro segredo. Assenti. “Não contei para a médica que cuida de mim que eu tinha um cachorro, senão ela ia mandar eu desfazer

dele e eu ia morrer de tristeza, porque eu gostava muito, muito dele...” Gostava? “Sim, ele morreu, o P., ele não gostava de ração, só gostava de resto de comida... aí a gente deixava a comida lá pra ele, até que um dia um rato fez xixi na comida dele, ele comeu e morreu...”. Por que você se lembrou disto? “Não sei... não tenho ido ao médico, não tenho tido mais crises, melhorei muito [...]”.

Sobre essa questão, observa-se que, na literatura médica, a associação entre asma e sensibilização a alérgenos inaláveis domiciliares tem sido consistentemente reportada, embora não seja possível provar que essa relação seja causal (PLATTS MILLS *et al.*, 1997; SPORIK *et al.*, 1990). Na prática clínica, rotineiramente medidas de profilaxia e higiene ambiental em relação ao afastamento dos alérgenos são preconizadas pelos médicos para todos os pacientes portadores de alergia respiratória e asma.

Considerando que tais medidas são importantes na maioria dos casos, em alguns pacientes elas podem ser relativizadas, já que o fator de exposição a antígenos inalantes não constitui o único fator determinante das crises. E o médico, fixado no lugar do mestre, onde tudo pretende solucionar com o saber e com a Pedagogia, pode não se aperceber do quanto esse lugar é impróprio para possibilitar o surgimento, às vezes nas entrelinhas, de uma verdade subjetiva do paciente que tenha tanto valor quanto a obtenção de um dado orgânico objetivo sobre a doença.

Na fala de JB sobre a sua decisão em não se desfazer de seu cão, não se detecta indícios de falta de informação acerca do que deva ser feito em relação à prevenção de seus sintomas. Em seu dizer, o que se nota claramente é a prevenção, para não dizer um certo medo, em relação às potenciais atitudes que um médico em sua posição puramente higienista de “combater a doença” possa ter em relação a algo – precioso para ele. Veja-se: “Não contei para a médica que cuida de mim que eu tinha um cachorro, senão ela ia mandar eu desfazer dele... e eu ia morrer de tristeza, porque eu gostava muito dele”.

Não obstante os aspectos biopsicossociais serem de indubitável importância, essa abordagem não contempla o aspecto da verdade subjetiva do paciente, aquilo que exerce forte influência sobre ele a despeito de sua condição econômica, seu nível cultural, seu contexto social, sua capacidade intelectual e seu discernimento. Principalmente nos casos “não controlados”, em que por falta de adesão ou por intervenção de outro fator qualquer

não se consegue melhora clínica, recomenda-se, desde Freud, escutar de modo imparcial esses pacientes, pois seus valores únicos e sua história singular podem ser de alguma valia na condução do caso. Cito Freud em seu texto “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise”, quando afirma:

As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos [...] consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a atenção uniformemente suspensa em face de tudo que se escuta, [...] pois na maioria dos casos a significação dá-se posteriormente [...] Como médico, tem-se acima de tudo de ser tolerante com a fraqueza do paciente e contentar-se em ter reconquistado certo grau de capacidade de trabalho e divertimento para uma pessoa. [...] A ambição pedagógica é de tão pouca utilidade quanto a ambição terapêutica em certos casos (FREUD, 1996, p. 125-133).

Voltando ao caso, em outra ocasião, JB foi ao atendimento acompanhado pelo pai, que se encontrava em período de licença médica por estar com problemas na coluna. “Gostei de vir com o meu pai... Ele conhece BH”. Concordei, reconhecendo a importância da inclusão do pai em sua história.

Começou, então, a fazer barulhinho com a boca, assoprando. Perguntei por que ele está assoprando ar da boca. “Estou chiando para fora...” - respondeu. E eu: “Não está mais chiando para dentro?” O garoto apenas sorriu e começou a desenhar coisas imaginárias com os dedos na mesa. Ofertei papel e caneta e ele começou a desenhar: “Vou desenhar um fóssil”. Interpelei o que era isso, para dar lugar a seu dizer. Com isso, ele se entusiasmou:

A senhora não sabe? Um fóssil é um resto de dinossauro que já morreu há milhões de anos... A senhora não viu nos jornais que acharam um novo fóssil? Este desenho aqui é um Pterodáctilus, um dinossauro que voava, tinha o cérebro alongado, grandes asas, bico enorme, do tamanho daquela torre daquela igreja que a gente avista daqui... tá vendo? Ele tinha os dentes serrilhados e se alimentava de peixes enormes. Ele mergulhava na água para pegar os peixes, agarrava no bico serrando parte das guelras... matava o peixe sufocado...

Ao pronunciar essa palavra ele parou de desenhar e olhou para mim. Eu repeti: “sufocado...”. Ele riu: “É, como eu ficava... agora melhorei”. E continuou: “Tem dois jeitos de sufocar: um físico, apertando [faz o gesto com as mãos, apertando no pescoço] ou

mental...”. Mental... – repeti. “É, enchendo a gente de problemas...”. Quem enche você de problemas? - eu quis saber. “Muitas pessoas, minha irmã, minha mãe, sei lá...”. O problema sufoca... – acrescentei. “Mas agora eu tenho um lugar para falar... falar e desenhar, eu me expresso melhor desenhando.. posso desenhar mais?” Sim - permiti.

Este menorzinho é um minipterodáctilus, que se alimentava de vermes e minhocas. Este outro aqui é um Velociraptor... carnívoro muito agressivo. Este outro aqui é outro carnívoro, *Tyrannosaurus Rex*, tem o cérebro muito pequeno para o seu corpo... Lembrei de uma coisa... Aconteceu na escola uma coisa que me deixou sem graça. Me chamaram (*sic*) de pé grande. [Por que você ficou sem graça?] Não sei. Acho que tenho tendência da família da minha mãe de ser grande. [Perguntei o que é tendência?] Não sei... sei que a tendência da natureza é nascer, crescer, acasalar, virar adulto, ficar velho e morrer. Os carnívoros se comiam uns aos outros.

Encostou a pulseira na rosto e arrematou:

Estou sentindo cheiro de bebê, estou sentindo cheiro de um perfume gostoso de flor doce do meu priminho que se hospedou conosco. Me lembrei (*sic*) quando eu era bebê... Eu era gordinho... era um bebê-urso. [Sim, mas agora você cresceu... Não te chamaram outro dia de pé grande?] É. agora eu tenho até chulé... [Você não tem mais cheiro de bebê, não é? Risos...].

Na última vez que o atendi, ele revelou que suas crises estavam controladas (“Não sei mais o que é bronquite”), que ele tinha crescido tanto que as amigas de sua irmã estavam querendo “ficar” com ele, mas que ele ia esperar um pouco, pois continuava gostando da mesma garota que morava em sua rua. Colocou sobre a mesa um desenho colado em seu caderno de aula da Turma da Mônica jovem, com os personagens “crescidos”, segundo ele com “idade média de 16 anos: até eles cresceram!!”. Sim, como você - comentei. Ele sorriu e se despediu.

FIGURA 7 - Desenho 3



Fonte: Dados da pesquisa.

1.6.1.2 Caso I.

Com esse outro recorte clínico procurou-se relatar os embaraços de uma jovem às voltas com a busca do significante do desejo da mãe, uma mulher que “bebe” e diz à filha que quer ser sua amiga, elegendo a “amizade” e não o cuidado como principal atributo dessa relação. Como se pode ver, essa atitude não franqueia à filha a elaboração de sua adolescência e sua distinção como sujeito, deixando-a insegura, angustiada, a se perguntar por seu lugar junto ao Outro.

Trata-se da adolescente I., 14 anos de idade, encaminhada pela pneumologia pediátrica do HC, com história de rebeldia, fracasso escolar e asma desde os seis meses de idade, com acentuada piora aos nove anos de idade, crises graves, pneumonia, internações e idas frequentes ao Pronto-Atendimento. No momento do atendimento fazia uso constante do medicamento Seretide 25/125 mg, com algum controle dos sintomas, sem conseguir ficar totalmente assintomática.

Nessas circunstâncias, essa adolescente compareceu ao atendimento acompanhada pela avó, com quem residia desde o nascimento. “Tenho dois irmãos mais novos que moram com a minha mãe e com o meu pai. Mas eu, logo que nasci, fui morar na casa de meus avós [...] não sei por quê”.

Sua avó a acompanhava a quase todos os atendimentos e referiu que a neta era rebelde e não se alimentava direito. Segundo a adolescente, seu avô era aposentado, ex-porteiro de escola e lhe realizava “todos os desejos”. “Tudo que peço ele me dá”. [...] O avô vai me dar ensino, Faculdade. A jovem destacou que “não lhe falta nada”, mas sente-se infeliz. Gostaria de morar com a mãe, mas “ela bebe”. “Se eu pudesse, eu morava com a minha mãe”.

Informou que fora reprovada na 7ª série: “tomei bomba porque zoei”. Por esse motivo estudava no turno da noite e convivia com alunos mais velhos, com violência na escola e nas proximidades, não sentindo qualquer motivação para estudar. Sempre calada, distante, arredia, olhar na janela, queixou-se sempre de sua “situação”: “Minha prima, minha tia e minha avó me chamam de ‘seca’ e de ‘magrela’ e agora na escola estão me chamando de ‘varapau’, porque sou alta e muito magra. Como, como e não engordo. Minha prima, ela tem um corpão, tem peito e bunda, mas eu não”.

Certo dia, comentou sobre o filme “*O pequenino*”: “Um homem que se vestia de neném para roubar, roubar diamante na casa da mulher que lhe havia adotado. Ele havia sido pego na rua”.

Perguntei por que havia se lembrado daquele filme e ela respondeu que não sabia, mas logo em seguida começou a falar de um problema que havia acontecido com sua mãe e chorou ao dizer: “Minha mãe bebe”. Declarou que no último fim de semana seu pai havia “saído” de casa porque sua mãe havia extrapolado, bebido demais, aprontado e que, então, tinha ido passar o fim de semana com ela e os irmãos para ajudá-los: “Fiz bolo, minha mãe comeu, disse pra mim que não ia mais beber, mas no outro dia bebeu. Saiu de casa dizendo que ia na vizinha e já voltou bêbada, quis brigar comigo por causa da panela suja, mas eu consegui não ligar, [...] só disse: Deixa aí, mãe, que depois eu lavo...”. Contou que quando seu pai saiu de casa, sua mãe se desesperou, pegou o telefone e ligou para ela pedindo socorro, pedindo ajuda. Eu quis saber mais e ela contou que a mãe telefonou aos prantos,

chorando: “I., seu pai não voltou, eu vou arrumar uma corda”. Corda? “É... ela ameaçou se enforcar [...]”. E você? - eu perguntei. “Eu chorei e depois veio o chiado”.

Conforme dito anteriormente, esse recorte clínico da adolescente I. é elucidativo do caso de um sujeito de estrutura neurótica e suas dificuldades em relação à separação diante de um Outro materno que lhe dificulta a significação da própria existência. A mãe, abandonada pelo marido, ao demandar a filha no lugar do significante do próprio desejo em sua limitação em buscar outros objetos simbólicos compensatórios de sua falta como mulher, não lhe facilita a “rolagem” dos significantes, a substituição do S1 por outro significante S2, a queda do objeto⁹¹ e o surgimento de seu próprio desejo. Ao tomar da filha a amizade e não o cuidado como atributo, aprisiona I. nas malhas de um significante (“minha mãe bebe”) e dificulta o reconhecimento do pai como vetor da lei, passando o avô, aparentemente, a desempenhar a função de transmissão simbólica de confrontação da criança com a perda do lugar de *ser* o falo⁹² da mãe. Essa localização parece não ser suficiente para responder a todas as inquietações de I. em relação ao significado de seu próprio lugar no desejo do Outro (o que sou eu para o Outro?), o que a angustia e a faz produzir sintomas. Diante das dificuldades em constituir-se em um ser desejante, a adolescente debate-se em suas tentativas de reconstituição de um ideal materno (“se pudesse, queria morar com a minha mãe”), tenta contentar a mãe de todas as formas (“fiz bolo, minha mãe comeu, disse pra mim que não ia beber, mas no outro dia bebeu”), sem muito êxito, ao contrário, recebendo de volta a devastação na forma de uma “amizade”, arremedo de laço que na verdade recobre a sua recusa em ser uma mulher marcada pela falta.

⁹¹ Objeto (pequeno) *a*: termo introduzido por Jacques Lacan, em 1960, para designar o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ele a ponto de não ser representável ou de se tornar um “resto” não simbolizável. Nessas condições, ele aparece apenas como uma “falta-a-ser” ou, então, de forma fragmentada, a partir de quatro objetos parciais desligados do corpo: o seio, as fezes, a voz e olhar (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 551). No caso clínico, a elaboração do objeto como vazio remete em primeiro lugar aos processos de esvaziamento do gozo, que podemos situar no princípio mesmo do processo analítico (KAUFMANN, 1996, p. 378).

⁹² Falo: se a palavra pênis designa o órgão sexual masculino, a palavra falo, derivada do latim, designa esse órgão no sentido simbólico. Em Freud, o termo falo foi empregado raramente a propósito do fetichismo ou da renegação e muitas vezes como sinônimo de pênis mesmo. Em contrapartida, o adjetivo “fálico” ocupa grande lugar na teoria freudiana da libido. Entretanto, foi Lacan, que fez dele, a partir de julho de 1956, o próprio significante do desejo, aplicando-lhe uma maiúscula e evocando-o, antes de mais nada, como o “falo imaginário”, depois como “falo da mãe”, antes de passar finalmente à ideia de “falo simbólico” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 221).

Nesses casos, Lacan afirma que o sujeito sofre uma “abolição” por causa desse encontro com o desejo do “Outro real, da Mãe”, desejo que é muito menos desejo que voracidade. (LACAN, 1959⁹³ *apud* ZALCBERG, 2003). Ainda a propósito dessa questão, em outro texto intitulado “Duas notas sobre a criança”, esse mesmo autor elucida que o “o sintoma da criança é capaz de responder pelo que há de sintomático na estrutura familiar” [...] e que “a distância entre a identificação com o ideal do eu e a parte apreendida do desejo da mãe, se não tem mediação (aquela que, normalmente, a função do pai assegura), deixa a criança aberta a todas as capturas fantasmáticas”. Ela torna-se o “objeto” da mãe e não tem outra função que a de revelar a verdade desse objeto (LACAN, 1998c, p.5). Sua asma parece vir no lugar dessa verdade, respondendo pelo que havia de sintomático na estrutura parental: a “corda”, em vez do laço, o enforcamento, o sufoco, o fracasso.

Esclarece-se, assim, o quanto, na constituição do sujeito, tanto o tempo da ilusão quanto da desilusão são igualmente necessários e, parafraseando Mello (2009, p. 12), o quanto “falta e vazio aproximam-se dos processos de alienação e separação apontando para uma perda tanto no campo do sujeito como no campo do Outro”.

1.6.1.3 Caso AAO.

Trata-se de um recorte do caso clínico de uma criança asmática cujo pai não demarca sua entrada simbólica na relação mãe-filho, deixando a criança totalmente à mercê do desejo da mãe. Segundo relato do pediatra, era um caso difícil, com mãe “problema” que sempre interferia nas condutas e não respeitava as marcações da agenda de retorno, quase sempre conseguindo burlar a fila de espera com súplicas e pressões junto às funcionárias do guichê do ambulatório.

Criança com quatro anos e dois meses, mãe ansiosa, trazendo o filho em carrinho de bebê, relatando sua longa história de infecções respiratórias de repetição e chiado, crises que, segundo ela, vêm se repetindo a cada 15 dias. Naquele dia, estava no “último dia de antibiótico e já começando com muito catarro”. Disse que todos os exames para diagnosticar alguma alteração imunológica já haviam sido feitos no ambulatório do

⁹³ LACAN, J. (1958-1959). Le désir et son interprétation. **Seminário de 18/03/1959.**

Hospital das Clínicas e todos estavam normais, mas o pediatra suspeitava que pudesse existir “alguma causa alérgica” para o problema e que por isso o havia encaminhado. Visivelmente tensa, afirmou que queria achar uma “solução definitiva para o problema de seu filho”, pois não aguentava mais dar tanto remédio para ele. “O médico só sabe passar remédio. Quero ver se acha uma causa para o problema” - insistiu. Enquanto a mãe falava, a criança saiu do carrinho, subiu para o colo dela, suspendeu sua blusa e começou sugar o peito em meio à consulta. Diante disso, a mãe descreveu a sua dificuldade em tentar “tirar o peito”. Segundo ela, seu filho tinha “uma boquinha muito boa” e ela não tinha coragem de desmamá-lo, de contrariá-lo. Contou que a gravidez de seu filho foi de alto risco e afirmou:

Sou mãe, sou muito insegura, por isso desde que nasceu coloquei ele para dormir na nossa cama de casal e o pai foi dormir na sala [...]. Fiquei 16 anos sem ter filho, falaram que eu não ia ter, que era por causa da minha tireoide, do hipotireoidismo e que, se eu tivesse, podia ter um filho defeituoso, com *Down...* e então nasceu o AAO. Foi uma gravidez de alto risco e então eu cuidei muito dele [...] O pai dele [não diz meu marido] é muito ausente, trabalha de cinco horas da manhã às 11 horas da noite, então só eu cuidei dele. Na escolinha a diretora me chamou de neurótica e disse que eu tinha que desgrudar um pouco do meu filho.

Perguntei o que ela achava disso. Ela ficou em silêncio, pensativa.

Ao opor-me às suas atitudes, sem ferir seus valores, a mãe sentiu-se ouvida e acolhida, chegando a dizer que “nunca haviam me perguntado essas coisas”. Que coisas? - quis eu saber. “Essas coisas da minha vida...” - respondeu.

No retorno para mostrar o resultado do teste alérgico (que se mostrou negativo para inalantes e alimentos testados), a criança retornou andando, sem o carrinho. A mãe afirmou que a criança estava passando melhor, “tossindo bem menos, porém naquele dia ela tinha engolido uma moeda de cinco centavos”. Já havia sido avaliada pela Cirurgia e pela Pediatria, estando sob observação. Enquanto ouvia a mãe, notei a criança um pouco menos agitada. Perguntei se alguma coisa havia mudado. A mãe comentou que, com certa dificuldade, conseguira desmamar a criança, que ele estava comendo mais “comidinha” de sal, mas continuava dormindo na cama “com a mamãe”, alegando que o berço já estava muito pequeno e que o pai já tinha se acostumado a dormir na sala. Mas que ficaram de olhar uma cama para o menino.

1.6.1.4 Caso Z

Z., adolescente com 15 anos, foi encaminhada para atendimento pela pneumologia, portadora de asma “não controlada” associada a “problemas emocionais”. Teve o primeiro episódio de broncoespasmo aos dois meses de idade, sendo incluída no protocolo de profilaxia da asma aos 12 meses de vida, a partir de dados que sugeriam diagnóstico de asma persistente grave/moderada, não controlada. Desde então, fazia uso contínuo de beclometasona por via inalatória em doses variáveis de 500 a 1.000 mcg/dia associada a broncodilatadores nas crises. Não obstante sua boa adesão ao tratamento, ainda apresentava crises frequentes que a levavam a atendimentos de emergência e internações. Já havia passado anteriormente por atendimentos de psicólogos.

Deixada na porta do consultório pela mãe, Z. entrou na sala, sentou-se e mostrou-se bastante arredia, resistente, pouco disposta ao contato, afirmando insistentemente que “tudo estava bem, que havia vindo mais por causa de sua mãe, que com ela não havia nada de errado, nada de mal e que não tinha o que dizer”. Referindo-se a atendimentos psicológicos anteriores, perguntou: “Não vamos ter jogos, grupos? No outro atendimento com a psicóloga tinha jogos”. Respondi que não, que aqui ela iria ter um espaço para falar, se quisesse. Incomodada, comentou: “Isto aqui, para mim... essa coisa de falar é muito difícil, sou muito tímida... não sou muito ‘amigável’, não tenho amigos na escola e fico muito sozinha [...]”. Pontuo, então, valendo-me de algo que ela própria dissera, se alguma coisa poderia não estar tão bem. Essa observação a fez desmanchar-se em lágrimas, quando, então, passou a interpelar-me com o olhar. Permaneci em silêncio, a seu dispor por longos minutos, até que, naturalmente, começou a respirar mais devagar, foi mudando de fisionomia e disparou: “Mas você não é médica?”. Também! Marcamos novamente semana que vem? Surpresa, ela respondeu: “Sim!”. Iniciou-se, então, um trabalho de atendimento semanal.

Primogênita de casal com duas filhas, Z. referia-se à irmã de cinco anos como “folgada, bagunceira”, de quem a mãe nunca exigia muito. O pai, motorista de caminhão, ausentava-se bastante de casa e ela se dizia “mais chegada” à mãe. Ela mencionou que a medicação trouxera-lhe certo controle das crises, mas que nunca havia ficado totalmente assintomática. Sentia-se “dependente das bombinhas”, tinha medo de ter crises muito fortes que pudessem levá-la à internação - pelo que sentia pavor.

Entre seus relatos, afirmou que às vezes saía de casa sem vontade de voltar, não sabendo o motivo desse sentimento e que se sentia muito triste. Tirou da bolsa e colocou sobre a mesa uma foto na qual aparecia, aos cinco anos de idade, ao lado de sua mãe. Nesse dia fez várias reflexões:

As pessoas envelhecem, eu não quero envelhecer, eu quero voltar à época em que eu era feliz⁹⁴, olhe como eu era feliz nessa época. [O que um adolescente faz?] Acho que adolescente é um barco fraco afundando, sendo jogado pelo mar forte. Me acho (*sic*) gorda e feia. O médico mandou eu (*sic*) emagrecer, algumas pessoas também falam. Tive minha primeira regra com 11 anos e achei péssimo, acho muito difícil virar mulher adulta. Não gosto de novelas e detesto esse trem (*sic*) de Belíssima [novela da Rede Globo de 1996]. Esse negócio de convivência é muito difícil, porque as meninas da minha idade só falam em namorado e eu não gosto disso, porque não gosto de ninguém me sufocando. Quando eu tiver namorado, vai ter que ser de longe. Parece que estou no meio de um “medamoinho”⁹⁵.

Posteriormente, veio à sessão e queixou-se de falta de ar. Referiu que estava “sem remédio” porque sua mãe não conseguira pegar a medicação no posto, atribuindo sua crise a essa situação. Constatados os sintomas - dispneia, palidez e sudorese -, fiz certo cálculo clínico de que poderia escutá-la ainda algum tempo antes de encaminhá-la ao Pronto-Atendimento para controle medicamentoso da crise. Essa aposta, essa responsabilidade que decidi assumir resultou na retomada da fala, pela paciente, em meio à crise de asma:

Quando minha irmã nasceu eu tinha nove anos, não foi muito bom porque eu tive que ir dormir na casa de outras pessoas enquanto minha mãe estava no Hospital. Estranho. Me dá (*sic*) uma sensação estranha quando vou dormir na casa de outras pessoas, não gosto, não consigo dormir fora do meu quarto. [Por quê?] Porque o meu quarto é todo ajustado para a asma!

Não é ajustado para você? - perguntei. Ela sorriu e calou-se, ficando pensativa com a minha pergunta. Supõe-se que, a partir dessa intervenção, que a surpreendeu, ela tinha, minimamente, vislumbrado o quanto o nome da doença apagava o seu próprio nome, o quanto sua condição de pessoa, como sujeito, encontrava-se instrumentalizada em função

⁹⁴ Esse dizer “voltar à época em que eu era feliz” aponta para uma fantasia, uma nostalgia típica de uma estrutura neurótica em que sempre existe um antes e um depois (PIMENTA, 2011, comunicação pessoal).

⁹⁵ No caso clínico em questão, esse termo remete mais a um neologismo do que a uma holófrase. Sobre a holófrase, ou dupla de significantes S1 e S2 que solidifica, Lacan vai indicar em sua obra “*O Seminário, livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*”, que “quando não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, tem-se o modelo de toda uma série de casos – ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar” (LACAN, 1998b, p. 224-225).

de um benefício de ordem puramente médica e científica. Após longos instantes de silêncio que se seguiram, até que retomou a fala. Contou que sua irmã E. dormia desde pequena no quarto dos pais, ao lado da cama deles e que ela também dormiu no quarto dos pais até os cinco anos de idade, “porque tinha muito medo, medo do escuro, medo do olho da boneca mexer e me olhar”. Medo dela olhar e ver o que? “Não sei, não me lembro”.

Quando terminou, encontrava-se visivelmente diferente, mais tranquila, respirando devagar. Haviam desaparecido a sudorese e a dispneia. Avaliada sua condição clínica imediatamente após essa sessão por outro colega do ambulatório, não foram evidenciadas quaisquer alterações compatíveis com asma aguda, sendo apenas reiteradas as prescrições preventivas.

Desde então, a adolescente iniciou um novo movimento, trazendo histórias da vizinhança, da escola, de suas produções de desenho, de seu desejo de viajar, de seu bom desempenho em várias matérias, da feira de ciências, de colegas de quem tentou se aproximar com algum sucesso, até que decidiu comunicar-me que não iria mais aos atendimentos por ter questões mais importantes a tratar.

De acordo com o último registro da pneumologia, encontrava-se clinicamente estável, sem crises graves recentes e com redução da medicação inalatória preventiva. Há relato da pneumologista que a acompanha há vários anos sobre significativas mudanças em sua maneira de ser, de se vestir e de se conduzir diante das dificuldades do difícil processo da adolescência. O choro fácil e frequente cedeu lugar a atitudes mais seguras, tranquilas e a um rosto mais alegre.

1.7 O médico e a palavra: o “romance da doença”

- O senhor é médico?
 - Sim, sou, médico, mas como você soube disto?
 - O senhor escreveu seu nome no livro de visitantes. E pensei que, se o senhor pudesse dispor de alguns momentos... [...] Sinto muita falta de ar.
 - Sente-se aqui. Como são as coisas quando você fica “sem ar”?
- [...] Ao fim desses dois conjuntos de lembranças, ela parou. Parecia alguém que tivesse passado por uma transformação. O rosto amuado e infeliz ficara animado, os olhos brilhavam, sentia-se leve e exultante (FREUD, 1893/1895/1996, v. II, p. 151).

Considerando que a Psicanálise nasceu da Medicina e de sua clínica, Freud bem cedo reconheceu a importância dos ensinamentos que lhe foram transmitidos por suas pacientes histéricas, portadoras de doenças marginalizadas (DEL VOLGO, 2003, p. 10). Lacan (1998a, p. 258) reitera essa importância e a considera um fundamento da Psicanálise: “[...] é justamente a assunção de sua história pelo sujeito, no que ela é constituída pela fala endereçada ao outro, que serve de fundamento ao novo método ao qual Freud deu o nome de Psicanálise”.

Historicamente, foi em um texto de 1893, no final do caso de “Elisabeth von R.”, que Freud (1893/1895 [1996]) definiu pela primeira vez a tarefa do analista (*der Analytiker*), a quem ele denominava de psicoterapeuta e que, em escritos posteriores sobre técnica analítica, designará o mais das vezes pelo termo “médico” (*der Arzt*). Já nesse escrito, ao final do primeiro tratamento analítico, Freud sublinhou a relação interna e significativa entre a história subjetiva de um sofrimento e os sintomas clínicos (KAUFMANN, 1996, p. 430).

Mais especificamente em relação à asma, em seu texto sobre a teoria das neuroses, Freud mencionou que os ataques de angústia “poderiam vir acompanhados de distúrbios respiratórios, acessos semelhante à asma e similares, constituindo várias formas de dispnéia nervosa” (FREUD, 1895[1996], p. 97). Entretanto, seu relato do caso “Katharina” é emblemático da associação de sintomas de “falta de ar” e angústia em consequência do “horror pelo qual as mentes virginais são tomadas ao se defrontarem pela primeira vez com o mundo da sexualidade” (FREUD, 1893[1996], p. 153).

Sobre a adolescência, de forma sucinta, pode-se afirmar que seja uma época marcada por dois momentos distintos da vida humana, primeiro, da entrada na sexualidade e, segundo, da saída para o mundo com certa separação dos pais. Especialmente na contemporaneidade, em que o jovem depara com um tempo marcado por uma crise de legitimidade e de referências na busca de um ideal igualitário, observa-se crescente demanda por atendimento a jovens em profunda crise de angústia e desamparo, frequentemente desprovidos dos elementos necessários à elaboração das questões dessa travessia (PIMENTA FILHO, 2004).

Considerando o recorte do caso Z., em termos psicopatológicos simples, trata-se de uma adolescente com estrutura neurótica, com forte ligação materna, que sofria e traduzia em sintomas “sua angústia”, sensações de “sufoco”, “asma”, sua grande dificuldade em se constituir como sujeito de escolha e de desejos próprios.

A oferta de um espaço de escuta - no qual não se sugeriram modelos, não se sufocou, não se julgou, ao contrário, valorizou-se a singularidade de seu sintoma em uma universalidade clínica normativa - foi determinante no processo de subjetivação observado. Justamente esse espaço de escuta, de “não saber” clínico, bem distinto da separação cartesiana entre somático e psíquico da Medicina contemporânea, veio possibilitar a tradução em palavras de seu mal-estar: “Estranho. Me dá (*sic*) uma sensação estranha quando vou dormir na casa de outras pessoas, não gosto, não consigo dormir fora do meu quarto, porque o meu quarto é todo ajeitado para a asma!”

O teor dessa fala dá a exata dimensão do sentido e dos desafios estabelecidos pelo autor desse trabalho que se propõe, especialmente nos casos “*não controlados*” ou “*refratários*”, a permitir aos pacientes adentrarem em sua história como sujeitos e se implicarem em suas queixas. Propõe-se a escuta da história do paciente também na busca daquilo que o molesta, e não apenas na identificação da doença.

Dessa forma, a oferta da palavra à adolescente, momento em que se escapa à evidência e ao enquadramento do protocolo, parece ter sido a mola propulsora da retomada de sua própria história, da dimensão subjetiva de sua doença.

Diante disso, a afirmação de Vieira (2002, p. 114) de que “os médicos de hoje, de maneira análoga aos reacionários colegas de Freud e sua moral burguesa, não querem ouvir o paciente por terem se dobrado às exigências da ciência ou do mercado e esquecido o sujeito” não permite dizer que todos estejam nesse mesmo lugar, em que eles são incapazes de abordar alguns aspectos singulares das mazelas com que lidam. Nem permite, também, afirmar que se esteja pretendendo com essa prática organizar a Psicanálise para que possa ser transmitida, para que possa ser reproduzida em contextos diversos, à semelhança do que pretendeu Royer, por ocasião da conferência proferida por Lacan aos médicos no pavilhão pediátrico do *La Pitié-Salpêtrière* de Paris, em 1966 (LACAN, 1966).

Esta investigação, de forma singular, identifica um outro campo. Esforça-se por se referir à formalização de uma *práxis* na qual o médico, como detentor do saber da ciência, não consente em abrir mão de sua função operativa como soberano em relação ao juízo clínico. Nesse campo pantanoso, Lacan (2001, p. 10), em 1966, nessa mesma conferência anteriormente mencionada, interveio e perguntou aos médicos: “Onde está o limite em que o médico deve agir e a que deve ele responder? A algo que se chama demanda?”

Dado que toda demanda seja autenticamente de amor, a demanda dirigida ao sujeito suposto saber encarnado pelo médico evoca o fenômeno da transferência e toca na dimensão mais primitiva, no mais enraizado do desejo de saber. Compreender a significação da demanda e a dimensão da “estrutura de falha” que existe entre demanda e desejo é entender que quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, nem sempre ele espera ou deseja exatamente a cura (LACAN, 2001, p. 10).

Nesse ponto, levanta-se a discussão de que talvez não seja da competência exclusiva dos “*psis*” o conhecimento de que nem sempre as demandas do paciente são exclusivas de saúde. Em outras palavras, parece que o sintoma, além de seu caráter patogênico, também pode carregar embutido um outro tipo de pedido, uma autêntica demanda de amor. E que o médico, em sua clínica, não só pode como deve ter conhecimento disso.

Assim, diante das dificuldades e dos limites da Medicina contemporânea, especialmente no manejo de pacientes “*não controlados*”, essa dúbia significação do sintoma não deveria ser considerada algo de reduzido valor. Como se pôde concluir a partir dos casos relatados, no decorrer da entrevista clínica algo pode ser renomeado e ressignificado a partir de um dizer sobre um sofrimento. Para Lacan, “o que ensinamos ao sujeito reconhecer como seu inconsciente é sua história” (LACAN, 1998a, p. 263).

Nesse sentido, Del Volgo⁹⁶, com o rigor epistemológico que lhe é peculiar, ao ofertar um momento de escuta a pacientes com doenças respiratórias crônicas submetidos ao exame de pletismografia, apurou que muitos tinham, além dos sintomas no corpo, algo para falar.

⁹⁶ Mestre de Conferências na *Université d’Aix-Marseille II*, médica do Laboratório de Exploração Respiratória Funcional do *Hôpital Nord - CHU Nord*, de Marseille, diretora de pesquisa no Laboratório de Psicopatologia Clínica e Psicanálise *Université d’Aix-Marseille*, chegou à psicopatologia freudiana pela via do doutorado em Psicologia (*Université de Provence*), após uma tese em Medicina Fisiologia e outra em Neurociências.

Em sua obra “O Instante de dizer”, fruto de suas avaliações, afirma que a história do caso, assim como a história do sintoma, interessa, fazendo existir o “romance da doença”⁹⁷ no sentido da importância de se contar e de se ouvir a história na linguagem comum e não na linguagem erudita (DEL VOLGO, 2003, p. 42).

Longe da reconstrução dos fundamentos sexuais e infantis da história dos pacientes, seu método de escuta busca lhes propiciar a emissão de novas palavras, novos significantes sobre aquilo que os aflige, uma ascensão da palavra no lugar do acontecimento do sintoma (da homofonia no francês “*avènement de mot et événement de chose*”) (DEL VOLGO; GORI; POINSO, 1994, p. 1436-37).

Na perspectiva de sua prática singular, que não objetiva unir Psicanálise e Medicina - união *contranatura* -, propõe deixar advir do lado do paciente um “verdadeiro” que não se confunde com o “exato”, considerando que tanto a doença quanto seu romance provêm de uma construção conjunta, elaboração do doente e reconstrução do próprio médico, um “duplo encontro”⁹⁸ (DEL VOLGO, 1998, p. 29). Nesse dispositivo clínico, uma prática “tão difícil quanto individual” (DEL VOLGO, 2003, p. 164), ao mesmo tempo em que se desvia da identificação de um psicologismo como técnica causalista auxiliar dos tratamentos, aposta-se em uma ética da renúncia, posição epistemológica que enfatiza os limites do trabalho com a Psicanálise em âmbito ambulatorial.

Com sua discussão, a autora procura ressaltar outra perspectiva dentro do que poderia vir a se constituir uma prática médica que escape tanto aos limites da normatização científica quanto ao empirismo (GORI, 1998a, p. 8-13). Ao considerar o homem em sua totalidade orgânica e ao mesmo tempo subjetiva, traça interessante paralelo com o entendimento de Niels Bohr acerca da propagação da luz, um fenômeno ao mesmo tempo ondulatório e corpuscular (BOHR, 1996, p. 7). Baseando-se na indicação desse físico, indica a possível complementaridade entre os dois campos epistemológicos, Psicanálise e Medicina, no

⁹⁷ Para Del Volgo, tanto a doença quanto seu “romance” provêm tanto de uma construção do doente quanto de uma reconstrução do médico (DEL VOLGO, 1998, p. 29). Considerando os recortes dos casos clínicos relatados, especialmente no caso Z., pode-se inferir nitidamente essa elaboração, cujo nascimento da irmã fez com que a paciente tivesse que dormir em lugares que “não são adequados para a asma”.

⁹⁸ Para Del Volgo, tanto a doença quanto seu “romance” provêm tanto de uma construção do doente quanto de uma reconstrução do médico (DEL VOLGO, 1998, p. 29).

sentido de que se compreende o termo complementar⁹⁹ na Matemática, uma relação particular de diferença entre dois conjuntos distintos (DEL VOLGO, 2003, p. 160).

De forma distinta de um simples humanismo ou da retomada do velho empirismo médico, sua posição de escuta e seu método de referência são determinantes no atendimento ao paciente que sofre desde o momento em que ele próprio propõe explicações, emite um dizer sobre seu incômodo, salientando que “a escuta operatória faz advir o discurso operatório, a escuta ideológica faz advir o discurso ideológico, enquanto que a escuta fluante faz advir o discurso de livre associação” (DEL VOLGO, 2003, p. 18, tradução nossa).

Nesse mesmo contexto, Ferreira (2011, informação verbal), em seus seminários proferidos no ambulatório da Medicina do Adolescente da UFMG, sempre reafirma a importância da abertura, por parte do médico, de “uma janela de escuta”, partindo do pressuposto de que sua função clínica não deve se restringir ao lugar do saber, já que a verdadeira demanda do paciente nem sempre é falada a princípio.

Para Foucault (2004, p. 64): “a clínica não constituiria um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida, mas determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela própria se desvele sistematicamente”.

1.8 Psicanálise X Medicina: do impossível à contingência

–Mas você não é médica?
 – Também! Marcamos novamente semana que vem?
 Surpresa, ela respondeu: – Sim!

Existe a tendência a se pensar que a posição médica e a escuta sejam inconciliáveis, exclusivas. Seja porque o médico que faz a escuta destitui-se de seus atos médicos ou

⁹⁹ Complementar de um conjunto: a teoria avançada dos conjuntos foi desenvolvida por volta do ano 1872 pelo matemático alemão Georg Cantor (1845-1918) e aperfeiçoada no início do século XX por outros matemáticos, entre eles Ernst Zermelo (alemão – 1871-1956), Kurt Gödel (austríaco – 1906-1978), entre outros. Trata-se de um caso particular da diferença entre dois conjuntos. Assim é que dados dois conjuntos, A e B, com a condição de que B esteja contido em A, a diferença A - B chama-se, neste caso, complementar de B em relação a A. Simbologia: $C_A B = A - B$. Caso particular: o complementar de B em relação ao conjunto universo U, ou seja, U - B, é indicado pelo símbolo B'. Observe que o conjunto B' é formado por todos os elementos que não pertencem ao conjunto B (WIKILIVROS, 2011).

porque o profissional, como apenas “*engenheiro da saúde*”, privilegia sua técnica e negligencia a escuta. Ou, na contramão desse dualismo coagulado, não importaria mais discutir por que o médico se sentiria impedido e despreparado para assumir sua prática e seus atos, sua posição essencialmente clínica de escuta das palavras de sofrimento dos pacientes?

Isso não foi sempre assim, a Medicina em seus primórdios até o Renascimento era praticada como uma arte, em que se considerava o doente em sua totalidade. Na contemporaneidade, o médico buscou cada vez mais delegar a relação com o paciente a outros profissionais, agravando com isso a tendência à redução tecnicista de sua prática. Na atualidade, não é raro observar-se a dificuldade do médico em escutar a queixa do paciente, seu sofrimento que lhe é inerente pelo fato de ser humano (FERREIRA; FONTES, 2010, p. 19).

Nesse sentido, de que forma a Psicanálise (e não só a Psicanálise), uma prática clínica nascida de um impasse, de uma limitação terapêutica da Medicina, poderia ser de algum valor para o médico?

Considera-se que a distinção entre os dois métodos é necessária a fim de que um diálogo possa advir entre elas, não obstante a sua heterogeneidade. Assim, enquanto a primeira clínica, baseada no olhar, apreende o objeto por meio da observação e da descrição, a segunda baseia-se na escuta, cujo caminho do sintoma indica o sujeito, sua relação com seu próprio desejo.

Há uma passagem de Freud da clínica médica à clínica psicanalítica, caminho aberto por sua decisão em não recuar diante de casos de pacientes cujos sintomas não encontravam correspondência em uma alteração orgânica. Talvez não existisse a clínica psicanalítica se Freud não tivesse experimentado antes a clínica médica. É verdade que elas, em essência, são distintas, mas, inconciliáveis? Como práticas clínicas, que experimentam ambas a transferência, em algum ponto se tocam, se resvalam, o que lhes permite existir disjuntas e, ao mesmo tempo, inseparáveis.

Lacan, em seu texto de 1966, “O lugar da psicanálise na Medicina” (2001, p. 14), adverte os médicos do risco que correm ao abdicar de sua função clínica em prol dos avanços

tecnobiocientíficos. Para ele (2001, p. 10), nessa mesma conferência, “é no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica”. Procura-se, com a recuperação dessa frase, identificar, mais uma vez, a possibilidade de fazer-se uso da palavra e da linguagem no âmbito da clínica, momento único, em que não se deve desconsiderar a aposta na eficácia de um dizer, da emissão de palavras, de uma verdade tal como ela se estabelece no reconhecimento de um sujeito pelo outro (LACAN, 1986, p. 129).

Considera-se que a prática médica sem a racionalidade de seu exercício pode ser tão cega, vazia e danosa quanto uma investigação científica sem o exercício da sua prática clínica. Tratando-se da clínica, Ferreira e Fontes (2010, p. 20) advertem que a relação médico-paciente deve ser construída uma a uma, caso a caso, como uma experiência que não pode ser aprendida passivamente, em transmissão vertical, mas desenvolvida no aprender a fazer, sem a exclusão dos fundamentos ou princípios teóricos. Um erro habitual, afirmam os autores, consiste em acreditar que esse aprendizado resulte de um processo pedagógico espontâneo, expondo médicos e pacientes a riscos.

Neste trabalho, onde busco compreender os limites do médico tanto quanto da ciência, apesar de ter me servido de minha experiência com a Psicanálise, não considero que este constitua um caminho único na busca de um “*não saber*”. Trata-se aqui muito mais do relato de uma experiência contingente.

Não constitui a proposta deste trabalho transmitir verticalmente ou pedagogizar algo do ensino de Lacan ou da obra de Freud. Mas, de expor publicamente algo da minha experiência clínica com o caso a caso no âmbito do atendimento ambulatorial a pacientes portadores de “*asma não controlada*”, momento em que, muitas vezes, pude fazer advir, com o meu deslocamento do lugar de “*quem sabe*”, o que pode haver de mais singular no sujeito: a palavra que dá sentido ao seu sofrimento.

Sobre esse lugar atópico e único, de um médico advertido pela Psicanálise, as críticas surgiram de ambos os lados, tanto dos “*psis*” como dos médicos. Assim, não somente decidi sustentá-lo, mas, também, testemunhá-lo, considerando a transformação que essa experiência determinou tanto em minha prática médica quanto na construção sintomática dos pacientes. “É preciso resistir” – exortou-me Del Volgo certa tarde em um café da

estação central de Marselha, onde, em decorrência de uma greve geral das universidades na França, em 2009, discutimos os casos aqui apresentados.

PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Le Blanc (1998, p. 14), construir um problema é crê-lo. Segundo esse autor, o objetivo da reflexão não deve ser inventar um problema novo ou uma nova solução, mas retomar um antigo problema “resolvido” e passar do questionado ao não questionado, do pensado ao não pensado, disponibilizando sua própria contribuição.

A Medicina contemporânea vive a época de ouro da automação, da teleassistência, das videoconferências, do compartilhamento de dados e informações *on-line*. Se o reconhecimento dos benefícios advindos dessa evolução é inegável, também essa frenética tendência normalizadora não deixa de preocupar. Na atualidade a Medicina empenhou-se em se tornar uma ciência das doenças e o doente foi colocado entre parênteses.

Apesar dos programas preventivos, da vasta diversidade de medicamentos eficazes disponíveis e dos grandes benefícios já obtidos, a asma ainda é a doença crônica mais comum da infância e seu controle continua representando um desafio.

Desviando-se da identificação de um psicologismo, como técnica auxiliar dos tratamentos, ao mesmo tempo em que se manteve a devida e necessária distinção entre as duas epistemes, Psicanálise e Medicina, procurou-se nesta tese identificar e discutir outra perspectiva dentro do que poderia vir a se constituir em uma prática médica que escape tanto dos limites da normatização científica quanto do empirismo.

A crítica à prática reducionista da Medicina, centrada apenas nos aspectos biológicos, não é novidade. Entretanto, ocupar o lugar de quem escuta, conforme advertem Ferreira e Fontes (2010), não significa sair distribuindo conselhos. Observe-se que um acosso interpretativo ou um aconselhamento pode ser tão danoso quanto uma mestria iatrogênica, que atropela valores subjetivos do indivíduo e rotula seus sintomas.

Procurando trilhar um caminho diverso, este trabalho resultou da apropriação, por um médico com formação em Psicanálise, de suas questões em relação à padronização de sua prática pelos protocolos e das dificuldades advindas dessa orientação tecnicista que não

prioriza os aspectos éticos da saúde. Ao deslocar-se de seu lugar de saber, foi possível “abrir uma janela de escuta” (FERREIRA; FONTES, 2010, p. 26) e privilegiar em ato, o silêncio e a fala de crianças e adolescentes portadores de asma não controlada.

Em decorrência desse deslocamento, abriu-se espaço para o inesperado, para o contingente, para aquilo que realmente tinha importância na fala de um paciente “*não controlado*”. Na posição de um profissional que não se restringe às orientações dos protocolos, foi possível ocupar o lugar do “não saber”, ou seja, buscar o saber que está com o paciente sobre ele próprio.

A sustentação dessa proposta apoia-se na demonstração de que a linguagem, via significantes, se inscreve como uma rede simbólica com efeitos constitutivos sobre o sintoma do sujeito e que a partir do manejo transferencial e do deslocamento nas posições constitutivas do discurso é possível ressignificá-lo. Nesse sentido, tomei duas operações lógicas propostas por Lacan (1998b, p. 194), alienação e separação, como constitutivas do ser falante frente ao Outro da linguagem. Os efeitos advindos dessa intervenção clínica, que pressupõe um sujeito estruturado a partir da linguagem, puderam ser observados nos fragmentos dos casos clínicos relatados, em que cada paciente, à sua maneira, passou a lidar melhor com suas questões. Evidências foram mostradas, especialmente no recorte do caso JB, em que uma criança de oito anos fortemente identificada ao significante “meu ursinho”, forjado pela mãe, pôde deslocar-se do lugar de objeto e localizar questões sobre si e sobre sua doença a partir de deslocamentos no discurso realizados no cenário de seu atendimento.

O teor dessa qualidade de escuta, que leva em conta aquilo que foi dito e o que foi silenciado, uma atitude que procura deslocar-se do *cogito cartesiano*, dá a exata dimensão do sentido e dos desafios estabelecidos por esse autor, que se propôs, especialmente nos casos “não controlados”, a permitir aos pacientes adentrarem sua história como sujeitos e se implicarem em suas queixas.

Supõe-se que no momento em que o paciente relata sua queixa, o fato de poder operar como quem o trata, como quem o medica, não impede que se possa aí também permitir um processo de subjetivação do próprio efeito da doença sobre ele. Não impede que se possa escutar do paciente o sentido que ele próprio dá a seu sofrimento. Dessa forma, concordo

que não é possível ser médico-psicanalista “*ao mesmo tempo*”, mas para um médico, depois da experiência com a Psicanálise, é também impossível deixar de sê-lo, desde a queda de sua percepção dicotômica do ser. Sim, aparentemente um paradoxo¹⁰⁰ com o qual se opera¹⁰¹, ao considerar-se o fato de que em seu ato clínico o médico não é psicanalista, porém se ele passou pela experiência do inconsciente, não há como não se levar em conta essa advertência em seu saber-fazer clínico cotidiano, uma renúncia ao sentido que não exclui o conhecimento, tampouco sua condição enquanto sujeito.

Faz-se mister pontuar que, nessa disponibilidade de escuta, não se trata de psicologizar ou interpretar os ditos do paciente, mas de deslocar-se nos lugares do discurso conforme a sua demanda, considerando que, muitas vezes, o que está o incomodando não é dito a princípio. Para Lacan (2001, p. 10), em sua Conferência no Hospital Salpêtrière, em 1966, “é no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica”. Sua afirmação permite pressupor que a escuta do paciente, o manejo da transferência e sua sustentação a partir de posições discursivas outras que não apenas o lugar do saber podem possibilitar o surgimento de um doente por trás da doença. E de um clínico no lugar de um médico que se emancipa das restrições da Medicina do olhar e também leva em conta em sua prática a dimensão fundamental da linguagem.

Nesse sentido, não se pode deixar de afirmar, com Del Volgo (2003, p. 18), que a Psicanálise não seja um discurso que favoreça o reencontro da Medicina com sua dimensão clínica. E do lado do médico, não é utópico pensar-se que não haja uma única saída digna senão aquela em que ele consente em dizer de sua prática, “em ser e tornar-se o sujeito de seus atos”, levar em conta o discurso e a linguagem no qual se dá a dor.

Na perspectiva de um mundo onde cada vez mais o progresso técnico-científico não se acompanha da reafirmação de valores humanos, sem respostas prontas, procurou-se abrir com esta discussão, uma outra frente na abordagem clínica aos pacientes crônicos, especialmente dos portadores de asma “*não controlada*”.

¹⁰⁰ “Da mesma forma que o fenômeno da luz não pode ser descrita ao mesmo tempo como onda e corpúsculo, não significa que não seja constituída ao mesmo tempo por uma e por outro” (GORI, 1998b, p. 171).

¹⁰¹ Essa questão remete ao manejo da transferência, considerando a transferência, ela própria, também paradoxal, já que possibilita ao mesmo tempo a abertura ao trabalho e também fechamento, resistência (ROSA, M. Comunicação pessoal, janeiro de 2012).

Considerando-se a hibridez constitutiva do sujeito, as evidências deste, e de vários outros estudos, que salientam a associação de fatores psicoafetivos no desencadeamento e manutenção da asma, supõe-se que esses aspectos não devem ser excluídos do processo de elaboração de planos gestores do cuidado, e não apenas do bem-estar do indivíduo.

Neste momento em que o médico se vê inserido em um modo de ser totalmente subvertido e comprometido com o exterior, angustiado pelos limites da tecnocracia, espera-se que o trabalho produzido venha contribuir para a reinvenção da arte médica e para a modificação dessa situação demasiado insatisfatória para todas as partes, salvo para as indústrias que vivem dessa superoferta tecnológica.

PARTE V - CONCLUSÕES

1) O controle da asma, doença crônica mais comum da infância, apesar dos grandes benefícios dos programas preventivos, das iniciativas científicas e humanísticas de tratamento, ainda esbarra no “rochedo da não adesão” e seu controle continua representando um desafio.

2) Os casos “não-controlados”, “difíceis de tratar”, “não-aderentes” deslocam a certeza científica e apontam para sua insuficiência na condução de muitos pacientes, deixando a descoberto o fato de que existe algo que escapa à ciência: a subjetividade do doente.

3) O trabalho de um médico advertido pela psicanálise, longe de apontar para a constituição de um modelo a ser reproduzido ou de uma nova subespecialidade a ser criada, constitui uma posição que diz respeito à experiência de um profissional. Desse lugar, conforme demonstrado, foi possível, muitas vezes, abrir uma brecha na “rocha do intratável”, ao não se prescindir da dimensão do sujeito na prática clínica.

4) A interface entre Medicina e Psicanálise, práticas clínicas distintas que se tocam no ponto da transferência, trouxe uma contribuição positiva na condução de pacientes com asma “não-controlada” ou “difícil de tratar”. A elucidação de questões subjetivas associadas aos sintomas determinaram em muitos pacientes a ressignificação de sua demanda, implicação em seu tratamento e alguma estabilidade clínica. Nesse sentido, não se pode negar que a Psicanálise não seja um discurso que favoreça o encontro da Medicina com sua dimensão clínica e do médico com a dimensão subjetiva e ética de seus atos.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1982.

ALVIM, C.G. **A representação social de asma e o comportamento de familiares de crianças asmáticas na adolescência**: prevalência, gravidade e associação com transtornos emocionais e comportamentais. 2001. Dissertação (Mestrado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ALVIM, C.G. **Asma na adolescência**: prevalência, gravidade e associação com transtornos emocionais e comportamentais. f. 69-75. 2005. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, cap. 8.4.3, 2005.

ALVIM, C.G. *et al.* Quality of life in asthmatic adolescents: na overall evaluation of disease control. **Journal of Asthma**, n. 46, p. 186-190, 2009.

ANSERMET, F. Le principe de l'incertitude. **Encontro Pipol**, p. 14-15, jun. 2003a.

ANSERMET, F. **Clínica da origem**. Rio de Janeiro: Contracapa, p. 7, 2003b.

ARENDT, H. **A vida do espírito**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UFRJ, 1991, p. 6.

ASHER, M. *et al.* International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale et methods. **Eur Respir J**, v. 8, n. 3, p. 483-491, 1995.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. 9ª edição, Rio de Janeiro: Contraponto, 2011, p. 17,76, 262.

BACHELARD, G. **L'Intuition de l'Instant**. Paris: Brodard & Taupin, 2006, p. 20.

BARRETO, F.P. **Lógica aristotélica e lógica modal**. Belo Horizonte: Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da UFMG, 25 abr. 2006. Palestra.

BARRETO, F.P. **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010, p. 26,42.

BARROS, M. **O livro das ignorâncias**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

BARROSO, S.F. Sobre o caso clínico: uma contribuição à metodologia de pesquisa em Psicanálise. **Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte, n. 9, p. 21, nov. 2003.

BARTON, C. *et al.* Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. **Respiratory Medicine**, v. 97, p. 747-761, 2003.

BELO HORIZONTE. Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 4, 1995. **Relatório final**. Belo Horizonte: PBH, 1995.

BENDER, B.; MILGROM, H.; APTER, A. Adherence intervention research: what have we learned and what do we do next? **J Allergy Clin Immunol**, n. 112, p. 489-494, 2003.

BENOIT, P. **Psicanálise e medicina, teoria e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 11, 31-34.

BENOIT, P. Seminário V. *In*: NASIO, J.D. **Psicossomática, as formações do objeto a**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993, p. 74-78.

BERNARDES, A.C. A resposta do analista: o caso Frida de Margaret Little. *In*: HANNA, M. S. G. F.; SOUZA, N.S. (orgs). **O objeto da angústia**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005, p. 109-121.

BLOOMBERG, G.R.; CHEN, E. The relationship of psychologic stress with childhood asthma. **Immunol Allergy Clin N Am**, v. 25, p. 83-105, 2005.

BOHR, N. **Física atômica e conhecimento humano**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, p. 3,7,65.

BORBA, R.I.H.; SARTI, C.A. A asma infantil e o mundo social e familiar da criança. **Rev Bras Alerg Immunopatol**, v. 28, n. 5, p. 249-254, 2005.

BOTTON, A. **Como Proust pode mudar a sua vida**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2011, p. 88).

BOUSQUET, J. *et al.* Allergic Rhinitis and it's impact on asthma: ARIA Workshop Report. **J Allergy Clin Immunol Suppl**, v. 108, n. 5, p. 147-334, 2001.

BOUSQUET, J. *et al.* Uniform definition of asthma severity, control and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. **J Allergy Clin Immunol**, v. 126, p. 926-38, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

BRITISH THORACIC SOCIETY. Scottish intercollegiate guidelines network: British guideline on the management of asthma. **Thorax**, v. 58, suppl. 1, p. 1-94, 2003.

BURNEY, P.G. *et al.* The European Community Respiratory Health Survey. **Eur Respir J**, v. 7, p. 954-60, 1994.

BUSSE, W.W.; LEMANSKE, R. F. Asthma. **N Engl J Med**, v. 344, p. 350-62, 2001.

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R.Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, p. 2-5, 2008.

CAMELO-NUNES, I.C. Hipótese da higiene: é persistir é preciso! **Rev Bras Alerg Immunopatol**, v. 34, n. 2, p. 31-32, 2011.

CANGUILHEM, G. O efeito da bacteriologia no fim das teorias médicas do século XIX. *In: CANGUILHEM, G. Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa-Portugal: Edições 70, 1977, p. 52-61.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978, p. 19-113.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 11-45.

CARPINEJAR, F. Entrevista a Francisco Costa e Rubens de Campos Filho. **Cad Asma e Rinite**, n. 1, 23. edição, ano 6, p. 27-28, 2005.

CASTRO, R.C. *et al.* Depressão e eventos da vida relacionados à asma grave. **Rev Bras Alerg Imunopatol**, v. 24, n. 6, p. 204-211, 2001.

CERCINETO, A. **Asma em saúde pública**. São Paulo: Manole, 2007, p. XXIII.

CHAUÍ, M. Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa. *In: CHAUÍ, M. A ciência dos afetos*. São Paulo: Schwarcz, 2011, p. 131.

CHECCHINATO, D. **Homeopatia e psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1999, p. 110-112, 120.

CORDEIRO, T.; TONON, R. Médicos na encruzilhada. **Revista SuperInteressante**, São Paulo, ano 24, ed. 287, n. 1, jan 2011, p. 66.

CRAVEUL, J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983, p. 19-20.

CREER, T.L. *et al.* Behavioral consequences of illness: childhood asthma as a model. **Pediatrics**, v. 90, p. 808-15, 1992.

D'AGORD, M. A negação lógica e a lógica do sujeito. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 241-258, 2006.

DAVIDOFF, F. *et al.* Evidence based medicine. **BMJ**, London, v. 310, n. 6987, p. 1085-1086, 1995.

DE MARCOS, S.C. **La toxicidad em la práctica clínica del médico**. 2011. Disponível em: <<http://www.nucep.com/referencias/toxicidad.htm>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

DEFOE, D. **Robinson Crusoe**. Rio de Janeiro: Record, 2004 (Coleção Clássicos de Aventura).

DEL VOLGO, M.J.; GORI, R.; POINSO, Y. Roman de la maladie et travail de formation du symptôme. Complémentarité des approches psychanalytique et médico-biologique. **Psychologie Medicale**, v. 26, n.14, p. 1434-1438, 1994.

DEL VOLGO, M.J. **La douleur du malade**: clinique, psychanalyse et médecine. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2003, p. 10-164.

DEL VOLGO, M.J. **O instante de dizer**: o mito individual do doente sobre a Medicina moderna. 1. ed. São Paulo: Escuta, 1998, p. 29-190.

DI MATTEO, R.M. *et al.* Physician's characteristics influence patient's adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. **Health Psychology**, v. 12, n. 2, p. 93-102, 1993.

DOR, J. Da negação ao “nem... todo”. *In*: DOR, J. Introdução à leitura de Lacan: estrutura e sujeito. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995, p. 211.

DUNKER, C.I.D. Revolução na clínica. **CULT - Revista Brasileira de Cultura**, São Paulo, n. 125, p. 44, jun. 2008.

EXPERT PANEL REPORT 3 (NAEPP-3): guidelines for the diagnosis and management of asthma: summary report 2007. **J Allergy Clin Immunol**, v. 120, suppl., p. 94-138, 2007.

FARIA, A.M.C. Corpos estranhos: a imunologia entre Freud e Darwin. **Ciência e Cultura**, v. 39, n. 7, p. 625-628, jun. 1987.

FERREIRA, B.E.S.N. **O lugar do médico e seus impasses a partir da clínica contemporânea da anorexia e bulimia**. 230 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008, p. 71-291.

FERREIRA FILHO, O.F. Epidemiologia da asma no Brasil. *In*: CERCI NETO, A. **Asma em saúde pública**. São Paulo: Manole, 2007, p. 33-35.

FERREIRA, R.A. **A pediatria da UFMG**: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica. 2000. 331 f. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000, p. 123-291.

FERREIRA, R.A. **Aula inaugural da disciplina Medicina do Adolescente**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 25 fev. 2011. Comunicação verbal.

FERREIRA, R.A.; FONTES, M.J.F.F. Relação médico-paciente em pediatria. *In*: MARTINS, M. A. **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p. 20-26.

FINK, B. **O sujeito lacaniano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 10-92.

FONTES, M. J. F. **Síndrome sibilante e asma brônquica**: proposta de tratamento em crianças e adolec através da parceria SUS/UFMG. 121f. 2002. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

FORBES, J. Prefácio. *In*: MILLER, J.A.; MILNER, J. C. **Você quer ser mesmo avaliado?** São Paulo: Manole, 2006. p. IX-X.

FOUCAULT, M. O método de Artemidoro. *In:* FOUCAULT, M. **História da sexualidade, o cuidado de si.** 9. ed., v. 3, Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 49-50.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004, p. V-XVI-142.

FREUD, S. (1893-1895) Estudos sobre a histeria. Casos Clínicos – Srta. Elisabeth von R. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II, p.161.

FREUD, S. (1893-1906) Caso 4: Katharina (Freud). *In:* Estudos sobre a histeria. Breuer e Freud. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II, p. 151-160.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica: Parte I, Esquema Geral. *In:* FREUD S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I, p. 370, 372, 379.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica: Parte III, Tentativa de representar os processos normais. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I, p. 421.

FREUD, S. (1895-1894) Sobre os fundamentos para destacar a neurastenia de uma síndrome específica denominada Neurose de Angústia. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. III, p. 93-94, 97.

FREUD, S. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. III, p. 255-257.

FREUD, S. (1906) Os chistes e sua relação com o inconsciente. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VIII, p. 19.

FREUD, S. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In:* FREUD S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII, p. 125-133.

FREUD, S. (1912) A dinâmica da transferência. *In:* FREUD S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII, p.111-119.

FREUD, S. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. *In:* FREUD S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 98.

FREUD, S. (1915) O instinto e suas vicissitudes. *In:* FREUD S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 126.

FREUD, S. (1916/17). Conferência XVII: O sentido dos sintomas. *In: FREUD S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI, p. 265-279.

FREUD, S. (1916/17). Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. *In: FREUD S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI, p. 361-392.

FREUD, S. (1919) O estranho. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVII, p. 233.

FREUD, S. (1920) Além do princípio do prazer *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII.

FREUD, S. (1923). O ego e o id. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX, p. 38-39.

FREUD, S. (1930). O mal estar na civilização. *In: FREUD S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 94-98.

FREUD, S. (1933-1932). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII, p. 84.

FREUD, S. O valor da vida. *In: VIERECK, G. S. Sigmund Freud e o gabinete do Dr. Lacan.* São Paulo: Brasiliense, 1990. Entrevista.

FUX, S.P. O gozo específico da psicossomática. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 26, p. 71-73, abr. 2000.

GLOBAL Initiative for Asthma. **Global strategy for asthma management and prevention.** Bethesda, MD: National Institutes for Health, 1995. Revisado em 2002, 2006 e 2010. Disponível: <www.ginasthma.org>. Acesso em: 02 dez. 2011.

GONÇALVES, L.H.P.G. **O discurso do capitalista em uma montagem em curto-circuito.** São Paulo: Via Lettera, 2000, p. 8-26.

GOODMAN, R. *et al.* Using the strenghts and difficulties questionnaire (SQD) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. **Int Rev Psychaitry**, v. 15, p. 166-172, 2003.

GORI, R. A paixão da causalidade. *In: A prova pela palavra.* Escuta: Goiânia, 1998b, p. 171.

GORI, R.; DEL VOLGO, M.J. **La santé totalitaire:** essai sur la médicalisation de l'existence. 1. ed. Paris: Denoël, 2005, p. 13-120.

GORI, R. Prefácio. *In*: DEL VOLGO, M.J. **O instante de dizer**: o mito individual do doente sobre a Medicina moderna. 1. ed. São Paulo: Escuta, 1998, p. 8-13.

GRANDE ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL E. São Paulo: Nova Cultural, 1998. v. 9, p. 2040.

GROSS, J.N. What is this thing called love. Or, defining asthma. **Am Rev of Resp Dis**, v. 121, p. 203-4, 1980.

GUIR, J. Psicanálise de psicossomática. *In*: A psicossomática na clínica lacaniana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, p. 21-174.

HAASE, V. O enfoque biopsicossocial à saúde da criança e do adolescente. *In*: PENNA, F.J.; HAASE, V.G. (orgs.). **Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. No prelo.

HEGEL. **Fenomenologia do espírito**. São Paulo: Nova Cultural, 1996, p. 350-357.

HIPPOCRATES. Epidemias I. *In*: GUAL, C.G. (ed.). **Tratados hipocráticos**. Madrid: Editorial Gredos, 1989, v. 5.

IANNINI, G P M. **Estilo e verdade na perspectiva da crítica lacaniana à metaligüagem**. 2009. 356 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

JERUSALINSKY, A. Razão e método para apresentação de casos clínicos. *In*: JERUSALINSKY, A. **Seminários III**. São Paulo: USP/Lugar de Vida, 2004, p. 11-27.

JORGE, M.A.C. **Fundamentos de psicanálise de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000, p. 46-80.

JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MINAS GERAIS. **Coluna Positivo**, p. 5, jun./jul. 2011.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 313-378.

KAUGARS, A.S. *et al.* Family influences on pediatric asthma. **J Pediatric Psychol**, v. 29, n. 7, p. 475-491, 2004.

KILPELAINEN, M. *et al.* Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic diseases. **Clin Exp All**, n. 32, p. 256-263, 2002.

KUHN, T.S. A ciência normal como resolução de quebra cabeças. Cap. 3. *In*: KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1982a, p. 57-76.

KUHN, T.S. As crises e emergência das teorias científicas. Cap. 6. *In*: KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1982b, p. 93-105.

LACAN, J. La place de psychanalyse dans la médecine : conferência de 16 de fevereiro de 1966, por ocasião de uma mesa redonda no Collège de Médecine, seguida de intervenções de Royer, J. Aubry, G. Raimbault, de Wolf. Texte original communiqué par Jacques Sédot. Parue dans **Cahiers du Collège de médecine**, 1966, p. 761- 774.

LACAN, J. **O Seminário, livro 20: Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985, p. 25.

LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a, p. 197-892.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b, p. 14,225.

LACAN, J. **Opção lacaniana**. São Paulo: Eólia, n. 21, abril 1998c, p. 5-14.

LACAN, J. **Opção lacaniana**. São Paulo: Eólia, n. 32, p. 8-14, dez. 2001.

LACAN, J. **O Seminário, livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992a, p. 180.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b, p.17.

LACAN, J. **O Seminário, livro 10: A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005, p. 168.

LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 515-516.

LACAN, J. **O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986, p. 129.

LASMAR, L.M.L.B.F. *et al.* Programa criança que chia: Belo Horizonte, MG: experiência mineira com um Programa Municipal de Atendimento à Criança Asmática. *In: CERCINETO, A. Asma em saúde pública*. São Paulo: Manole, 2007, p. 93-101.

LE BLANC, G. Philosophie et norme. *In: LE BLANC, G. Caguilhem et les normes*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998, p. 14.

LEBRUN, J.P. **Un monde sans limite**. 1a ed. Toulouse : Editions Érès, 2009, p. 114-141.

LEITE, M.P.S.L. **Psicanálise lacaniana, cinco seminários para analistas kleinianos**. São Paulo: Iluminuras, 2000, p. 68.

LEITE, N.V.A. Sobre a lógica da estrutura e a questão do Real. *In: LEITE, N.V.A. Psicanálise e análise do discurso: o acontecimento na Estrutura*. Rio de Janeiro: Campo Matemático, 1994, p. 69-96.

LOWENKRON, T.S. O objeto da investigação psicanalítica. *In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (orgs.). Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 21-31.

LUI, A. **Erro crasso**: povo arrumou origem nobre para a expressão. 2006. Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/estudar/historia/erro-crasso-434750.shtml>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

MACEDO, L. A biopolítica como política da angústia. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 5, p. 53-58, 2006.

MACHADO, A.S. *et al.* Frequência de depressão em pacientes ambulatoriais com asma moderada e grave. **Rev Bras Alerg Imunopatol**, v. 24, n. 3, p. 90-97, 2001.

MACHADO, R. **Ciência e saber**: a trajetória arqueológica de Michel Foucault. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982, p. 45-54,218.

MACHADO, R. [Texto da contracapa]. *In*: FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004.

MACHEREY, P. **De Canguilhem à Foucault la force des normes**. Paris: La Fabrique, 2009, p. 10-128.

MARON, G. Introdução: urgência sem emergência? *In*: VIEIRA, M.A. **Urgência sem emergência**, Rio de Janeiro: ICP/Subverso, abril de 2008, p. 15.

MARQUES, M.C. **Sensibilização a aeroalérgenos em crianças e adolescentes com manifestações alérgicas respiratórias**. Dissertação (Mestrado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

MELLO, D.R.B. Nos limites da linguagem: uma leitura das doenças psicossomáticas à luz da psicanálise lacaniana. **InterSciencePlace – Revista Científica Internacional**, ano 2, n. 8 julho/agosto 2009, p.12,16.

METCHNIKOFF, O. **The life of Elie Metchnikoff**. London: Constable and Boston:Houghton Mifflin, 1921.

MICALLEF-ELLUL, R. History of asthma. *In*: BARNES, P. (org). **Asthma**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997.

MILGROM, H. *et al.* Noncompliance and treatment failure in children with asthma. **J Allergy Clin Immunol**, v. 98, p. 1051-7, 1996.

MILLER, J.A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. *In*: WARTEL, R. *et al.* **Psicossomática e Psicanálise**. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 1996, p. 88, 91-97.

MILLER, J.A. A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 23, p.15-33, 2006.

MILLER, J.A. **Orientação lacaniana III, 10**. Sexta aula do curso, quarta-feira, 16 de janeiro de 2008. 2008a.

MILLER, J.A. La categoria de semblante. *In*: **De naturaleza de los semblantes**. Buenos Aires: Paidós, 2008b, p.9-23.

MILLER, J.A. Seminário 08 de abril de 2000. *In*: MILLER, J. A. **A erótica do tempo**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise, 2000, p. 52.

MILLER, J.A. Seminário sobre os caminhos da formação dos sintomas. **Opção lacaniana**. São Paulo: Eólia, n. 60, setembro 2011, p. 19,22, 27, 21.

MILLER, J.A.; MILNER, J.C. **Você quer mesmo ser avaliado?** São Paulo: Manole, 2006, p. 29.

MILLOT, C. Do “todo” ao “não todo”. *In*: MILLOT, C. **Nobodaddy, a histeria do século**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989, p. 75.

MILLS, J. L. Torturing dates. **The New England J Med**, v. 329, n. 16, p. 1196-1199, 1993.

MILNER, J.C. **A obra clara**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

MILNER, J.C. Mentiras de la peritación. *In*: MILNER, J.C. **La política de las cosas**. Málaga: Miguel Gómez Ediciones, 2007, p. 36.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 196,325.

MIOTO, R. Má conduta científica dispara nos EUA. **Folha de São Paulo**. Caderno A, Ciência, p. 24, 18 de agosto de 2010.

MONTORO, J. *et al.* Stress and allergy. **J Investig Allergol Clin Immunol**, v. 19, n. 1, p. 40-47, 2009.

MOORE, W.C.; PETERS, S.P. Severe asthma: an overview. **J Allergy Clin Immunol**, v. 117, n. 3, p. 487-94, 2006.

MORAES, Eduardo Jardim. **Prefácio**. *In*: ARENDT, H. **A vida do espírito**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UFRJ, 1991, p. XIV.

MURPHY, K.R. Adherence to inhaled corticosteroids: Comparison of available therapies. **Pulmonary Pharm Therap**, v. 23, p. 384-388, 2010.

MYSSIOR S.G. **Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e adolescência**. São Paulo: Annablume, 2010, p. 55-58, 72-74, 141,148.

MYSSIOR S.G. **Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e adolescência: construindo uma interseção da psicanálise com a pediatria**. 2007. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade/Escola? Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2007.

NAIMI, R.D. *et al.* Adolescents and asthma: why bother with our meds? **J Allergy Clin Immunol**, n. 123, p. 1335-1340, 2009.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). Global Initiative for Asthma. **Global strategy for asthma management and prevention**. Bethesda, MD: National Institutes for Health, 2004. Disponível em: <www.ginasthma.org>. Acesso em: 1 dez. 2011.

NICOLAU, R.F. A psicossomática e a escrita do real. **Rev Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. VIII, n.4, p. 969, 975, 2008.

NIETZSCHE, F. **Assim falou Zaratustra**. São Paulo: Martin Claret, 2011, p. 68.

NOGUEIRA, S.; MORAIS, S. Desconfie da ciência. **Revista Galileu**, São Paulo, n. 241, p. 54-55, ago. 2011.

NOVA ENCICLOPÉDIA BARSA. São Paulo: **Encyclopedia Britannica do Brasil Publicações**, 1998, v. 12.

NOVO DICIONÁRIO BÁSICO DA LÍNGUA PORTUGUESA. **Dicionário**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

OKELO, S.O. *et al.* Emotional quality-of-life and outcomes in adolescents with asthma. **J Pediatr**, n. 145, p. 523-9, 2004.

ONLYNE ETYMOLOGY DICTIONARY. **Clinic**. Disponível em: <<http://etymonline.com/?term=clinic>>. Acesso em: 1º dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). **Conferência Internacional da Saúde**, Nova Iorque, 19 jun.- 22 jul. 1946, assinado em 22 julho de 1946. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

PAZ, O. **O arco e a lira**. Tradução Olga Savary. [São Paulo]: Nova Fronteira, 1982, p. 35.

PIMENTA FILHO, J.A. Adolescentes, qual transição hoje? **Curinga**, Belo Horizonte, n. 20, Seção Minas Gerais, p. 123-130, nov. 2004.

PIMENTA FILHO, J.A. **Os conceitos fundamentais da Psicanálise**. Curso de Especialização em Saúde Mental da PUC Minas/Campus Arcos. Arcos: PUC Minas, 2010. Inédito.

PLATÃO. Apologia de Sócrates. *In*: **PLATÃO, Coleção Os Pensadores**, São Paulo: Nova Cultural 1999, p. 70-91.

PLATTS-MILLS, T.A. E. *et al.* Indoor allergens and asthma: report of the Third International Workshop. **J Allergy Clin Immunol**, n. 100, p. 1-24, 1997.

PONTE, E.V.; RIZZO, J.A.; CRUZ, A.A. Inter-relação entre asma, atopia e infecções helmínticas. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 3, p. 335-342, 2007.

QUINET, A. Histeria Já! *In*: QUINET, A. **A lição de Charcot**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p. 110.

- RHEE, H. *et al.* Adolescent's psychosocial experiences living with asthma: a focus study group. **J Pediatr Health Care**, v 21, n. 2207, p. 99-107, 2009.
- RIETVELD, S. *et al.* Stress-induced asthma: a review of research and potential mechanisms. **Clin Exp Allergy.**, v. 30, p. 1058-1066, 2000.
- RIVANE, G. **Influence de l' asthme sur l'oeuvre de Marcel Proust.** Paris : La Nouvelle Edition, 1945.
- ROUDINESCO, E. **O paciente, o terapeuta e o estado.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005, p. 86,89.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 221, 300, 551, 647, 709,766, 551.
- SANDBERG, S. *et al.* Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: a Cox's hierarchical regression. **Thorax**, n. 59, p. 1046-1051, 2004.
- SANDBERG, S. *et al.* Positive experiences and the relationship between stress and asthma in children. **Acta Paediatr**, n. 91, p. 152-158, 2002.
- SANDER, N. Belief systems that affect the management of childhood asthma. **Pediatric Asthma**, v. 18, n. 1, p. 99-112, 1998.
- SANTO AGOSTINHO. As três divisões do tempo. *In:* **Confissões.** Tradução de J. Oliveira Santos, S.J. e A. Ambrósio de Pina, S.J. São Paulo, Nova Cultural, Coleção Os Pensadores, 1996, p. 327-328.
- SANTOS, B.S. O paradigma dominante. *In:* SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências.** 9. ed. Porto, Portugal: Afrontamento, 1997. p. 11.
- SCALA, C.; NASPITZ, C.K.; SOLE, D. Adaptation e validation of the pediatric asthma quality of life questionnaire (PAQLQ) in Brazilian asthmatic children and adolescents. **J Pediatric**, Rio de Janeiro, n. 81, p. 54-60, 2005.
- SIGERIST, H.E. Patient and physician. *In:* SIGERIST, H.E. **A history of medicine.** New York: University Press, 1961, p. 298.
- SILVERSTEIN, M.S. Cellular versus humoral immunology: a century-long dispute. **Nature Immunology**, v. 4, n. 5, p. 425-427, 2003.
- SMYTH, J.M. *et al.* Daily psychosocial factors predicts levels and diurnal cycles of asthma symptomatology and peak flow. **J Behavioral Med**, v. 22, n. 2, p. 179-193, 1999.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **Pneumol**, v. 32, supl., p. 447-474, 2006.
- SOLÉ, D. *et al.* A asma em crianças brasileiras é problema de saúde pública? **Rev bras alerg imunopatol.**, v. 27, n. 5, p. 185-188, 2004.

SOLÉ, D. *et al.* Changes in the prevalence of asthma and allergic diseases among Brazilian schoolchildren (13-14 years old): comparison between ISAAC phases one and three. **J Trop Pediatr**, v. 53, n. 1, p. 13-21, 2006, p. 20.

SOLÉ, D. *et al.* International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) prevalence of asthma and asthma-related symptoms among Brazilian schoolchildren. **J Invest Allergol Clin Immunol**, v.11, p. 123-8, 2001.

SONTAG, S. **Doença como metáfora**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007, p. 52.

SPINOZA, B. A origem e a natureza dos afetos. *In*: SPINOZA, B. **Ethica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007, p. 233.

SPORIK, R. *et al.* Exposure to house-dust mite allergen (Derp p I) and the development to asthma in childhood. **N Engl J Med**, n. 323, p. 502-507, 1990.

STEWART, J.; VAZ, N. Os dois paradigmas da imunologia. **Ciência e Cultura**, v. 42, n. 9, p. 678-683, set. 1990.

STRACHAN, D.P. Hay fever, hygiene and household size. **BMJ**, v. 299, n. 6710, p. 1259-60, 1989.

SURÓS FORNS, J.; BATTLO J.S.; BATTLO, A. S. Parte geral. *In*: SURÓS FORNS, J.; BATTLO J.S.; BATTLO, A.S. **Semiologia médica & técnica exploratória**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. p. 2.

TAUBER, A.I.; CHERNYAK, L. **Metchnikoff and the Origins of Immunology**. New York: Oxford University Press, 1991, p. XV, 10-182.

THE AMERICAN ILLUSTRATED MEDICAL DICITIONARY. Philadelphia; London: W.B. Saunders Company, 1942.

TO, T. *et al.* Evidence-based performance indicators of primary care for asthma: a modified RAND appropriateness method. **Int J Qualit Health Care.**, v. 22, n. 6, p. 476-485, 2010.

TUAL, S. *et al.* Diminution de la mortalité par asthme en France. **Rev Mal Respir**, v. 25, p. 814-20, 2008.

TURYK, M. E. *et al.* Stressful life events and asthma in adolescents. **Pediatr Allergy Immunol**, n. 19, p. 255-263, 2008.

VALAS, P. Horizontes da psicossomática. *In*: WARTEL, R. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 83.

VAZ, N. **Clones, redes e derivas imunológicas**. Belo Horizonte: UFMG, 29 maio 2008. Comunicação verbal.

VAZ, N.M.; FARIA, A.N.C. Certezas: origens remotas. *In*: **Guia Incompleto de Imunobiologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 1993a. p. 33-182.

VAZ, N.; VARELA, F. Self and non-sense: na organism-centered approach to immunology. **Med. Hypothesis**, n. 4, p. 238-253, 1978.

VIEIRA, M.A. O lugar da psicanálise na medicina: introdução a uma conferência de Jacques Lacan. **Cadernos do IPUB**, v. 8, n. 21 (Ciência e saber no campo da saúde mental), p. 114-115, ago/set. 2002.

VILLELA, E.M.B.; TRINCA, W. Asma brônquica: uma dimensão psicanalítica. **Psychê**, São Paulo, n. 7, p. 119-131, 2001.

VON MUTIUS, E. Worldwide asthma epidemic. **Immunol Allergy Clin NA**, v. 22, p. 701-711, 2002.

WANDALSEN, N.F. *et al.* Avaliação de critérios para diagnóstico de asma através de um questionário epidemiológico. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 3, p. 199-205, 2009.

WEIL, C.M. *et al.* The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. **Pediatrics**, n. 104, p. 1274-80, 1999.

WENZEL, S.; SZEFLER, S.J. Managing severe asthma. **J Allergy Clin Immunol**, n. 117, p. 508-511, 2006.

WILSON, S.R. *et al.* Asthma outcomes: Quality of life. **J Allergy Clin Immunol**, n. 129, p. S88-123, 2012.

WIKILIVROS. **Matemática/conjuntos**. 2011. Disponível em: <http://pt.wikibooks.org/wiki/Matem%C3%A1tica_elementar/Conjuntos>. Acesso em: 21 nov. 2011.

ZALCBERG, M. Como a menina inscreve-se no desejo da mãe? *In*: ZALCBERG, M. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Campus, 2003, p. 57-113.

ZANETTI, S.A.S. & KUPFER, M.C.M. O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. **Estilos da Clínica**, v. 11, p. 170-185, 2006.

APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO A – Parecer ético COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 357/08

Interessado(a): Profa. Maria Jussara Fernandes Fontes
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 17 de setembro de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Asma de difícil controle em escolares e adolescentes e sua relação com distúrbios psico-afetivos**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

2ª. via


ANEXO B – Parecer ético DEPE

Universidade Federal de Minas Gerais **UFMG**
Hospital das Clínicas
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – COEP/UFMG que o projeto de pesquisa intitulado, **“ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE EM ESCOLARES E ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM DISTÚRBIOS PSICO-AFETIVOS”**, de responsabilidade da Dr.^a Maria Cândida Marques, foi recebido na Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão/HC-UFMG para registro e avaliação.

Belo Horizonte, 29 de julho de 2008.


Elzi do Carmo Cota
Secretária da DEPE/HC-UFMG

ANEXO C — Foto de desenho de próprio punho — montanhas e mulheres — registrado por Oscar Niemeyer nas paredes brancas do Grande Hotel de Ouro Preto, em 1995.



Fonte: MARQUES, M.C.; VILELA, M.S.; fotografia e edição, outubro 2011

“A minha arquitetura não é uma solução para a arquitetura, é a minha arquitetura” .

NIEMEYER, O. “A vida é um sopro”. Documentário. Direção e Roteiro, Fabiano Maciel; Produção, Sacha. 90 min. Documentário, abril de 2007. Disponível em http://www.avidaeumsopro.com.br/pt/niemeyer_depoimentos.php

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA MENORES ENTRE 7 E 12 ANOS
(de acordo com a Resolução CNS 196/96)**

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PAIS/RESPONSÁVEIS E
PARTICIPANTE**

Prezados responsáveis e participante,

Título do Projeto: “Asma de difícil controle em escolares e adolescentes e sua relação com distúrbios psicoafetivos”

Objetivo do estudo: esta é uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e tem como objetivo observar se o atendimento psicanalítico associado ao atendimento médico pode auxiliar no tratamento de pacientes com asma não controlada ou “de difícil controle”. Propomos oferecer atendimento e investigar se alterações emocionais ou afetivas da infância/ adolescência podem estar interferindo e dificultando o controle da sua asma [do(a) seu(sua) filho(a)].

Procedimentos: caso você e seus pais estejam de acordo em participar deste estudo, você/ seu(sua) filho(a) iniciará um tratamento sob a forma de atendimento individual semanal, realizado sempre pelo mesmo profissional, pelo tempo médio de seis meses, que consiste em escutar e dialogar com você/ seu(sua) filho(a) sobre questões que você, (ele-a) queira trazer, que o(a) preocupam ou angustiam. Esta entrevista poderá ser anotada e transcrita para melhor compreensão de suas questões emocionais [(ou de seu(sua) filho(a)], as quais podem estar participando ou causando a doença. A duração do tratamento e a frequência semanal dos atendimentos poderão sofrer alterações de acordo com a evolução clínica do atendimento caso a caso, podendo esse tempo ser, inclusive, estendido sem qualquer custo para você ou sua família.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados no mais absoluto sigilo. O material, após a transcrição, será destruído. Os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, a identidade dos participantes não será revelada em qualquer publicação resultante deste projeto. A participação nesta pesquisa é gratuita, voluntária e não remunerada, podendo ser interrompida, caso seja o desejo do(a) participante, a qualquer momento, sem perda de algum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas/UFMG. O procedimento não oferece qualquer risco ao paciente nem ao seu tratamento médico, sendo que suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar. Caso concordem com a sua participação/ a participação do adolescente pelo qual são responsáveis neste estudo, favor preencher o termo de consentimento pós-informado abaixo.

Concordo/ concordamos com a participação do adolescente pelo qual somos responsáveis na pesquisa “Asma de difícil controle em escolares e adolescentes e sua relação com distúrbios psicoafetivos”. Estou/estamos cientes dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa.

Assinatura do responsável legal:

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Data: _____

Responsáveis pela pesquisa:

- Doutoranda Maria Cândida Marques CRM 17282 - Endereço: Av. Contorno 4747/ sala 812 Funcionários. Telefones (31) 9971.0552, 3286.0281
- Prof^a. Dr^a Maria Jussara Fernandes Fontes. Fone 3223.4389
- Prof. Dr. Jésus Santiago - Telefone: 3225.4655.

Obs: este documento será impresso em duas cópias, sendo uma entregue aos responsáveis e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da TJFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA MENORES COM IDADE ENTRE 13 e 17 ANOS (de acordo com a Resolução CNS 196/96)

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PAIS/RESPONSÁVEIS

Prezados responsáveis,

Título do Projeto: “Asma de difícil controle em escolares e adolescentes e sua relação com distúrbios psicoafetivos”

Objetivo do estudo: esta é uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e tem como objetivo observar se o atendimento psicanalítico associado ao atendimento médico pode auxiliar no tratamento de pacientes com asma não controlada ou “de difícil controle”, Propomos oferecer atendimento e investigar se alterações emocionais ou afetivas da infância/ adolescência podem estar interferindo e dificultando o controle da asma do seu filho (a).

Procedimentos: caso estejam de acordo em participar deste estudo, seu(sua) filho(a) iniciará um tratamento sob a forma de atendimento individual semanal, realizado sempre pelo mesmo profissional, pelo tempo médio de seis meses, que consiste em escutar e dialogar com você/seu(sua) filho(a) sobre questões que ele queira trazer, que o(a) preocupam ou angustiam. Esta entrevista poderá ser anotada e transcrita para melhor compreensão das questões emocionais de seu(sua) filho(a), as quais podem estar participando ou causando a doença. A duração do tratamento e a frequência semanal dos atendimentos poderão sofrer alterações de acordo com a evolução clínica caso a caso, podendo esse tempo ser, inclusive, estendido sem qualquer custo para você ou sua família.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados no mais absoluto sigilo. O material, após a transcrição, será destruído. Os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, a identidade dos participantes não será revelada em qualquer publicação resultante deste projeto. A participação nesta pesquisa é gratuita, voluntária e não remunerada, podendo ser interrompida, caso seja o seu desejo ou do(a) participante, a qualquer momento, sem perda de algum benefício e sem prejuízo para o atendimento médico a seu(sua) filho(a) no Hospital das Clínicas/UFMG. O procedimento não oferece qualquer risco ao paciente nem ao seu tratamento médico, sendo que suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar. Caso concordem com a participação de seu(sua) filho(a), pelo qual são responsáveis, favor preencher o termo de consentimento pós-informado abaixo.

Concordo/ concordamos com a participação do adolescente (ou pré-adolescente) pelo qual somos responsáveis na pesquisa “Asma de difícil controle em escolares e adolescentes e sua relação com distúrbios psicoafetivos”. Estamos cientes dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa.

Assinatura do responsável legal:

Data: _____

Assinatura do pesquisador:

Responsáveis pela pesquisa:

- Doutoranda Maria Cândida Marques CRM 17282 - Endereço: Av. Contorno 4747/ sala 812 Funcionários. Telefones (31) 9971.0552, 3286.0281
- Prof. Dr^a Maria Jussara Fernandes Fontes. Fone 3223.4389

- Prof. Dr. Jesús Santiago - Telefone: 3225.4655.

Obs: este documento será impresso em duas cópias, sendo uma entregue aos responsáveis e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da TJFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte-MG - Telefone: (031) 3409-4592.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA MENORES COM IDADE ENTRE 13 e 17 Anos. (de acordo com a Resolução CNS 196/96)

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA O PARTICIPANTE

Título do Projeto: “Asma de difícil controle em escolares e adolescentes e sua relação com distúrbios psicoafetivos”

Objetivo do estudo: esta é uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e tem como objetivo observar se o atendimento psicanalítico associado ao atendimento médico pode auxiliar no tratamento de pacientes com asma não controlada ou “de difícil controle”. Propomos oferecer atendimento e investigar se alterações emocionais ou afetivas da adolescência podem estar interferindo e dificultando o controle da sua asma, pretendendo, assim, contribuir para sua melhora.

Procedimentos: caso você esteja de acordo em participar deste estudo, será iniciado um tratamento sob a forma de atendimento individual semanal, realizado sempre pelo mesmo profissional, pelo tempo médio de seis meses, que consiste em escutar e dialogar com você sobre questões que você queira trazer, que o(a) preocupam ou angustiam. Esta entrevista poderá ser anotada e transcrita para melhor compreensão de suas questões emocionais, as quais podem estar participando ou causando a doença. A duração do tratamento e a frequência semanal dos atendimentos poderão sofrer alterações de acordo com a evolução clínica caso a caso, podendo esse tempo ser, inclusive, estendido sem qualquer custo para você ou sua família.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados no mais absoluto sigilo. O material, após a transcrição, será destruído. Os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, a identidade dos participantes não será revelada em qualquer publicação resultante deste projeto. A participação nesta pesquisa é gratuita, voluntária e não remunerada, podendo ser interrompida, caso seja o seu desejo, a qualquer momento, sem perda de algum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas/UFMG. O procedimento não oferece qualquer risco a você nem ao seu tratamento médico, sendo que suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar. Caso concorde com a sua participação neste estudo, favor preencher o termo de consentimento pós-informado abaixo.

Concordo com a minha participação na pesquisa “Asma de difícil controle em escolares e adolescentes e sua relação com distúrbios psicoafetivos” Estou ciente dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa.

Assinatura do participante:

Data _____

Assinatura do pesquisador:

Responsáveis pela pesquisa:

- Doutoranda Maria Cândida Marques CRM 17282 - Endereço: Av. Contorno 4747/ sala 812 Funcionários. Telefones (31) 9971.0552, 3286.0281
- Prof^a .Dr^a Maria Jussara Fernandes Fontes. Fone 32234389
- Prof. Dr. Jesús Santiago - Telefone: 3225 46 55.

Obs: este documento será impresso em duas cópias, sendo urna entregue aos responsáveis e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da TJFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592.

Obs: este documento será impresso em duas cópias, sendo uma entregue aos responsáveis e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da TJFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592.

APÊNDICE E – Artigo publicado na Revista Médica de Minas Gerais, v. 21, n.4, suplemento 1, p. 61, outubro a dezembro de 2011, ISSN 0103-880 X

ASMA NÃO CONTROLADA E ANGÚSTIA NA ADOLESCÊNCIA: ESCUTAR O PACIENTE?

Uncontrolled asthma and psychological distress in adolescence: hearing the patient?

Maria Cândida Marques,¹⁰² Rubén Dario Araya Krstlovic¹⁰³, Maria Jussara Fernandes Fontes¹⁰⁴, Roberto Assis Ferreira¹⁰⁵, Jésus Santiago,¹⁰⁶ Marie-Jose Del Volgo¹⁰⁷

Instituição: Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência: Maria Cândida Marques. Av. do Contorno 4.747, sala 812, Lifecenter, Belo Horizonte, MG – Brasil. Email: mariacmarques@hotmail.com

Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP com parecer nº ETIC 357/8

Categoria do Artigo: Educação Médica.

¹⁰² Doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente, UFMG.

¹⁰³ Professor Auxiliar Fac. Psicologia UAH, Chile.

¹⁰⁴ Professor Adjunto III Fac. Medicina UFMG.

¹⁰⁵ Professor Emérito da Fac. Medicina UFMG.

¹⁰⁶ Professor Adjunto Fac. Psicologia UFMG.

¹⁰⁷ *Maître de Conférence – Université Aix-Marseille II; Praticien hospitalier à l'Hôpital Nord Marseillle ;Directeur de recherche dans le Laboratoire de Psychopathologie clinique et Psychanalyse à l'Université d'Aix-Marseille.*

ASMA NÃO CONTROLADA E ANGÚSTIA NA ADOLESCÊNCIA: ESCUTAR O PACIENTE?

*Uncontrolled asthma and psychological distress in adolescence:
hearing the patient?*

Resumo

Este artigo, com base na apresentação do caso clínico de uma adolescente portadora de asma persistente associada a distúrbios psicoafetivos, procura comentar o atual modelo biotecnológico de atendimento que exclui a subjetividade do paciente. Discute, a partir do caso apresentado, as possíveis contribuições de uma escuta médica de orientação psicanalítica na condução de casos de pacientes portadores de asma não controlada.

Palavras-chave: asma, adolescência, sintomas afetivos, medicina clínica, psicanálise.

Abstract

This article, through the presentation of a clinical case of a teen-ager with persistent asthma associated to psycho-affective disorders attempts to discuss the current biotechnological model that excludes patients subjectivity and consider possible contributions of a medical practice under psychoanalytical theory orientation in the management of these uncontrolled asthmatic patients.

Keywords: asthma, adolescence, affective symptoms, clinical medicine, psychoanalysis.

Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009.

1 Introdução

De acordo com Holgate & Dahlén¹, a primeira referência à asma como doença é frequentemente atribuída a Moses Maimonides (1135-1204), mas somente em 1868 o médico britânico Henry Hyde Salter a definiu como uma entidade clínica distinta. Até então, o termo *asthma* era usado para nomear muitas outras doenças respiratórias que determinavam dispneia.

Atualmente, a asma, doença crônica inflamatória mais comum da infância, constitui objeto de importante investimento no campo da pesquisa científica. Entretanto, sua etiologia continua obscura, sua fisiopatogenia múltipla e seu quadro clínico heterogêneo, podendo ser mais bem caracterizada como uma síndrome com fenótipos diversos².

Não obstante a importância de exames complementares e a existência de inúmeros protocolos e alterações genéticas, fisiológicas, imunológicas, histológicas e bioquímicas pelas quais o indivíduo possa ser identificado como “asmático”, critérios clínicos ainda se impõem³. Apesar dos programas preventivos, da diversidade de medicamentos, do arsenal tecnológico atualmente disponível e dos benefícios obtidos, o controle dos sintomas da asma em suas formas graves representa um desafio, constituindo importante causa de morbidade e mortalidade⁴.

Vários trabalhos indicam a necessidade de ampla abordagem, considerando a grande diversidade dos fatores etiopatogênicos envolvidos. Abre-se um campo extenso de pesquisa que inclui desde a genética e a farmacologia até o impacto de fatores ambientais, sociais, culturais, comportamentais e psicológicos. Ainda se entrelaça a questão da relação médico-paciente, ponto nevrálgico da chamada *não adesão ao tratamento*, uma das principais causas dos insucessos terapêuticos, remetendo à reflexão sobre a necessidade de outras formas de abordagem desta doença.⁵⁻⁷

Muitos estudos têm sido feitos no sentido de pesquisar a relevância de fatores emocionais, psicológicos, comportamentais, biopsicossociais⁸⁻¹⁹, psiquiátricos²⁰⁻²² e psicossomáticos^{23,25} na origem do problema. Nessas iniciativas, a partir das quais inegavelmente se dá um passo para além da abordagem estritamente protocolar e medicamentosa, a consideração dos aspectos psicológicos, psíquicos, familiares e sociais dos pacientes constitui importante diferencial em seu atendimento, especialmente nos casos ditos “refratários” ou “não controlados”. Entretanto, no tocante à singularidade do sujeito, observa-se certa limitação da aplicabilidade clínica desses métodos, pois, ao buscarem uma causalidade “psíquica”, uma classificação e uma nomeação para o sintoma, essas práticas acabam por excluir do paciente a sua história, sua subjetividade, seu prazer e sua dor experimentados como tais. Com essa postura, determinam apenas mínimo distanciamento do enquadramento normalizador do cientificismo, método universalizante do qual almejam se distinguir.

Considerando o processo de adoecimento como algo ao mesmo tempo social e culturalmente construído, salienta-se, entretanto, que, aos olhos da clínica, este consiste fundamentalmente em uma *experiência única e singular* na vida de cada paciente²⁶. Nesse

aspecto, Foucault afirma que “o doente é a doença que adquiriu traços singulares, dada como sombra e relevo, modulações, matizes”²⁷.

Ferreira²⁸, neste sentido, observa que os livros de clínica e semiologia têm procurado estimular a melhor relação médico-paciente baseando-se em princípios de solidariedade, boa comunicação e de compreensão do ser humano doente. Essa abordagem, de importância indiscutível, mostra já uma inconformidade com o modelo biotecnológico, sem, contudo, conseguir ultrapassá-lo.

Em contraste com sua alta eficiência técnica em definir o diagnóstico e tratamento nas doenças “orgânicas”, o médico atual apresenta certa limitação e despreparo para escutar o paciente, principalmente nos casos em que o *emocional* parece estar envolvido e a terapêutica se revela errática e impotente. Verifica-se, nessas circunstâncias, o uso frequente do encaminhamento ao psicólogo ou ao psiquiatra, conduta muitas vezes destituída de verdadeira necessidade de indicação.

Do ponto de vista desta discussão, o que se torna bizarro na abordagem cientificista é a *subordinação do psíquico ao corporal*, ou seja, nos casos em que falham o diagnóstico e a terapêutica e suspeita-se da associação de transtornos emocionais ou subjetivos, repete-se, como nas doenças orgânicas, também uma estratégia de busca pela origem do sintoma (p. ex. um trauma, uma depressão, um estresse, uma disfunção de neurotransmissores). Quando na verdade, na maioria desses casos, a causalidade da queixa constitui algo a ser construído pelo próprio paciente durante seu atendimento e somente revelado em seus ditos. Esses pacientes, cujas histórias não são escutadas, são os que correm o risco de ficarem para sempre rotulados como “somatizadores” “poliqueixosos”, “pacientes difíceis”, “pacientes questionadores” cuja necessidade de cuidado permanece definitivamente mal-entendida pela Medicina. Esta, além de não acolhê-los, fomenta-lhes uma peregrinação infinda por diversas clínicas, causando gastos desnecessários. Nesses casos, em que se insiste no estabelecimento de um ideal de saúde, no qual se busca dar conta de uma especificidade psíquica a partir de uma contingência orgânica, não se estaria mais a obturar o interrogante do paciente à cientificidade moderna?

Pensa-se que dessa profunda mudança no seio da Medicina ocorrida depois do final do século XVIII, momento em que a temporalidade histórica cedeu lugar à temporalidade operatória, derivou a atual dificuldade dos médicos em acolher o discurso de sofrimento dos pacientes, fato bastante recente considerando-se a longa história da prática médica.

Em outras palavras, ao exilar a subjetividade do tratamento e da doença, o atual discurso médico deixou de levar em conta, seja em sua prática, seja em seus conceitos, o

drama imaginário, o simbolismo, o aspecto ético do sofrimento. A Medicina “dessubjetivou” a queixa do paciente e “deserotizou” o corpo, que ficou reduzido, nas palavras de Roland Gori, ao suporte de uma molécula: “[...].*poderíamos dizer que o homem se transformou no meio disponível para um gene produzir outro gene*”²⁹ (tradução nossa). A clínica tradicional do cuidado à cabeceira do leito, *kliné*³⁰, acabou por se confundir e se reduzir a uma Medicina contida entre o que é economicamente *aceitável* e cientificamente *correto*³¹.

Nesse contexto turbulento de dificuldades e questionamentos em relação à abordagem de *casos* ditos *refratários*, *não controlados* ou de *difícil controle*, um médico com formação em Psicanálise decidiu acolher o encaminhamento de uma adolescente portadora de asma não controlada associada a distúrbios emocionais e observar, dentro dos rigores do método clínico, os efeitos da escuta de sua queixa. Recortes do caso clínico descrito a seguir referem-se a alguns momentos do trabalho realizado ao longo de 10 meses.

2 O caso clínico

Z., adolescente com 15 anos, é encaminhada para atendimento pela pneumologia, portadora de asma “não controlada” associada a “problemas emocionais”. Teve o primeiro episódio de broncoespasmo aos dois meses de idade, sendo incluída no protocolo de profilaxia da asma aos 12 meses de vida, a partir de dados que sugeriam diagnóstico de asma persistente grave/moderada, não controlada. Desde então, fazia uso contínuo de beclometasona por via inalatória em doses variáveis de 500 a 1.000 mcg/dia associada a broncodilatadores nas crises. Não obstante sua boa adesão ao tratamento, ainda apresentava crises frequentes que a levavam a atendimentos de emergência e internações. Já havia passado anteriormente por atendimentos de psicólogos.

Deixada na porta do consultório pela mãe, Z. entra na sala, senta-se e mostra-se bastante arredia, resistente, pouco disposta ao contato, afirmando insistentemente que “tudo estava bem, que havia vindo mais por causa de sua mãe, que com ela não havia nada de errado, nada de mal, e que não tinha o que dizer”. Referindo-se a atendimentos psicológicos anteriores, pergunta: “*Não vamos ter jogos, grupos? No outro atendimento com a psicóloga tinha jogos*”. Respondi que não, que aqui ela iria ter um espaço para falar, se quisesse. Incomodada, comentou:

– *Isto aqui, para mim... essa coisa de falar é muito difícil, sou muito tímida... não sou muito ‘amigável’, não tenho amigos na escola e fico muito sozinha...*

Pontuo, então, valendo-me de algo que ela própria dissera, se alguma coisa poderia não estar tão bem. Esta observação a fez desmanchar-se em lágrimas, quando então passou a interpelar-me com o olhar. Permaneci em silêncio, a seu dispor por longos minutos, até que naturalmente começou a respirar mais devagar, foi mudando de fisionomia e disparou:

– *Mas você não é médica?*

– Também! Marcamos novamente semana que vem?

Surpresa, ela respondeu:

– *Sim!*

Iniciou-se, então, um trabalho de atendimento semanal.

Primogênita de casal com duas filhas, Z. refere-se à irmã de 5 anos como “*folgada, bagunceira*”, de quem a mãe nunca exige muito. O pai, motorista de caminhão, ausenta-se bastante de casa e ela se diz “*mais chegada*” à mãe. Ela menciona que a medicação trouxera-lhe certo controle das crises, mas que nunca havia ficado totalmente assintomática. Sentia-se “*dependente das bombinhas*”, tinha medo de ter crises muito fortes, que pudessem levá-la à internação - pelo que sentia pavor.

Entre seus relatos, afirmou que às vezes sai de casa sem vontade de voltar, não sabendo o motivo desse sentimento e que se sente muito triste. Tirou da bolsa e colocou sobre a mesa uma foto na qual aparece, aos cinco anos de idade, ao lado de sua mãe. Nesse dia fez várias reflexões:

As pessoas envelhecem, eu não quero envelhecer, eu quero voltar à época em que eu era feliz, olhe como eu era feliz nessa época. O que um adolescente faz? Acho que adolescente é um barco fraco afundando, sendo jogado pelo mar forte. Me acho (*sic*) gorda e feia. O médico mandou eu (*sic*) emagrecer, algumas pessoas também falam. Tive minha primeira regra com 11 anos e achei péssimo, acho muito difícil virar mulher adulta. Não gosto de novelas e detesto esse trem (*sic*) de *Belíssima* (novela da Rede Globo de 1996). Esse negócio de convivência é muito difícil, porque as meninas da minha idade só falam em namorado e eu não gosto disso, porque não gosto de ninguém me sufocando. Quando eu tiver namorado, vai ter que ser de longe. Parece que estou no meio de um “medamoinho”.

Em fevereiro de 2007 veio à sessão e queixou-se de falta de ar. Referiu que estava “*sem remédio*” porque sua mãe não conseguira pegar a medicação no posto, atribuindo sua crise a essa situação. Constatados os sintomas - dispneia, palidez e sudorese -, fiz certo cálculo clínico de que poderia escutá-la ainda *algum tempo* antes de encaminhá-la ao pronto-atendimento para controle medicamentoso da crise. Essa aposta, essa

responsabilidade que decidi assumir resultou na retomada da fala pela paciente em meio à crise de asma³⁰:

Quando minha irmã nasceu eu tinha nove anos, não foi muito bom porque eu tive que ir dormir na casa de outras pessoas enquanto minha mãe estava no hospital. Estranho. Me dá (*sic*) uma sensação estranha quando vou dormir na casa de outras pessoas, não gosto, não consigo dormir fora do meu quarto. [Por quê?] Porque o meu quarto é todo ajustado para a asma!

– Não é ajustado para você? – pergunto.

Ela sorriu e se calou com a minha pergunta. Em poucos instantes retomou a fala e contou que sua irmã E. dorme desde pequena no quarto dos pais, ao lado da cama deles e que ela também dormiu no quarto dos pais até os cinco anos de idade, “*porque tinha muito medo, medo do escuro, medo do olho da boneca mexer e me olhar*”.

– Medo dela olhar e ver o que?

– *Não sei, não me lembro.*

Quando terminou, encontrava-se visivelmente diferente, mais tranquila, respirando devagar. Havia desaparecido a sudorese e a dispneia. Avaliada sua condição clínica imediatamente após essa sessão por outro colega do ambulatório, não foram evidenciadas quaisquer alterações compatíveis com asma aguda, sendo apenas reiteradas as prescrições preventivas.

Desde então, a adolescente iniciou um novo movimento trazendo histórias da vizinhança, da escola, de suas produções de desenho, de seu desejo de viajar, de seu bom desempenho em várias matérias, da feira de ciências, de colegas de quem tentou se aproximar com algum sucesso, até que decidiu comunicar-me que não iria mais aos atendimentos *por ter questões mais importantes a tratar*.

De acordo com o último registro da pneumologia, encontrava-se clinicamente estável, sem crises graves recentes e com redução da medicação inalatória preventiva. Há relato da pneumologista que a acompanha há vários anos sobre significativas mudanças em sua maneira de ser, de se vestir e de se conduzir diante das dificuldades do difícil processo da adolescência. O choro fácil e frequente cedeu lugar a atitudes mais seguras, tranquilas e a um rosto mais alegre.

3 Discussão

O médico e a palavra: o romance da doença

Considerando que a psicanálise nasceu da Medicina e de sua clínica, Freud bem cedo reconheceu a importância dos ensinamentos que lhe foram transmitidos por suas pacientes histéricas, portadoras de doenças marginalizadas³¹. Para Lacan³², “[...] é justamente a assunção de sua história pelo sujeito, no que ela é constituída pela fala endereçada ao outro, que serve de fundamento ao novo método ao qual Freud deu nome de psicanálise”.

Historicamente, foi em um texto de 1893, no final do caso de *Elisabeth von R.*, que Freud definiu pela primeira vez a tarefa do analista (*der Analytiker*), que ele chamava de psicoterapeuta e que, nos escritos posteriores sobre técnica analítica, designará o mais das vezes pelo termo “médico” (*der Arzt*). Já nesse escrito, ao final do primeiro tratamento analítico (1892-1893), Freud sublinha a relação interna e significativa entre a história subjetiva de um sofrimento e os sintomas clínicos³³.

Sobre a asma, há mais de um século, em seu texto sobre a teoria das neuroses, Freud mencionou que os ataques de angústia “*poderiam vir acompanhados de distúrbios respiratórios, acessos semelhando a asma e similares, constituindo várias formas de dispneia nervosa*”³⁴.

Sobre a adolescência, de forma sucinta, pode-se afirmar que seja uma época marcada por dois momentos distintos da vida humana, primeiro, da entrada na sexualidade e, segundo, da saída para o mundo com certa separação dos pais. Especialmente na contemporaneidade, tempo marcado por uma crise de legitimidade e de referências em que se busca um ideal igualitário, observa-se crescente demanda por atendimento a jovens em profunda crise de angústia e desamparo, frequentemente desprovidos dos elementos necessários à elaboração das questões dessa travessia³⁵.

Considerando o caso clínico relatado, em termos psicopatológicos simples, considera-se tratar-se de uma adolescente com estrutura neurótica, com forte ligação materna, que sofria e traduzia em sintomas *sua angústia*, sensações de *sufoco*, *asma*, sua grande dificuldade em se constituir como sujeito de escolha e de desejos próprios.

A oferta de um espaço de escuta no qual *não se sugeriram modelos, não se sufocou, não se julgou*, ao contrário, valorizou-se *a singularidade de seu sintoma* em uma universalidade clínica normativa pareceu-nos ter sido determinante no processo de

subjetivação observado. Justamente esse “não saber” clínico, bem distinto da separação cartesiana entre somático e psíquico da Medicina contemporânea, veio possibilitar a tradução em palavras de seu mal-estar: “*Estranho. Me dá (sic) uma sensação estranha quando vou dormir na casa de outras pessoas, não gosto, não consigo dormir fora do meu quarto, porque o meu quarto é todo ajeitado para a asma!*”

Considera-se que o teor dessa fala dá a exata dimensão do sentido e dos desafios estabelecidos pelos autores que se propõem, especialmente nos casos *difíceis* ou *refratários*, permitir aos pacientes adentrarem sua história como sujeitos e se implicarem em suas queixas. Propõe-se a escuta da história do paciente também na busca daquilo que o molesta, e não apenas na identificação da doença.

Desta forma, a *oferta da palavra* à adolescente, momento em que se escapa à evidência e ao enquadramento do protocolo, parece ter sido a mola propulsora da retomada de sua própria história, da dimensão subjetiva de sua doença.

Diante disto, a afirmação de Vieira³⁶ de que “*os médicos de hoje, de maneira análoga aos reacionários colegas de Freud e sua moral burguesa, não querem ouvir o paciente por terem se dobrado às exigências da ciência ou do mercado e esquecido o sujeito*” não permite dizer que todos estejam nesse mesmo lugar, em que eles são incapazes de abordar alguns aspectos singulares das mazelas com que lidam. Nem permite, por outro lado, afirmar que se esteja pretendendo com essa prática, organizar a psicanálise para que possa ser transmitida, para que possa ser reproduzida em contextos diversos, à semelhança do que pretendeu Royer, por ocasião da conferência proferida por Lacan aos médicos no pavilhão pediátrico do La Pitié-Salpêtrière de Paris, em 1966³⁷.

Esta investigação, de forma singular, aponta para um outro campo. Esforça-se por se referir à formalização de uma práxis na qual o médico, em seu lugar como detentor do saber da ciência, também não consente em abrir mão de sua função operativa como soberano em relação ao juízo clínico. Nesse campo pantanoso, Lacan intervém e pergunta aos médicos nessa mesma conferência, em 1966³⁷: “*Onde está o limite em que o médico deve agir e a que deve ele responder? A algo que se chama demanda?*”

Considerando que toda demanda seja autenticamente de amor, a demanda dirigida ao sujeito suposto saber encarnado pelo médico evoca o fenômeno da transferência e toca na dimensão mais primitiva, ao mais enraizado do desejo de saber. Compreender a significação da demanda e a dimensão da *estrutura de falha* que existe entre demanda e desejo é entender que quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, nem sempre ele espera ou deseja exatamente a cura³⁷.

Conforme Lacan, em sua Conferência no Hospital Salpêtrière, em 1966, “*é no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica*”³⁷. Pressupõe-se que a escuta ao paciente, o manejo da transferência e sua sustentação a partir de posições discursivas outras que não apenas o lugar do saber possam possibilitar o surgimento de um *sujeito* em questão.

Neste ponto, levanta-se a discussão de que talvez não seja da competência exclusiva dos *psis* o conhecimento de que nem sempre as demandas do paciente são exclusivas de saúde. Em outras palavras, pensamos que o sintoma, além de seu caráter patológico, também pode carregar embutido um outro tipo de pedido, uma autêntica demanda de amor. Essa dúbia significação do sintoma não deveria ser considerada algo de reduzido valor na clínica. Para Lacan, “*o que ensinamos ao sujeito reconhecer como seu inconsciente é sua história*”³².

Neste sentido, Del Volgo, ao ofertar um momento de escuta a alguns pacientes submetidos ao exame de pletismografia, observou que muitos tinham o que falar. Em sua obra “O Instante de dizer”, fruto de suas observações, afirma que a história do caso, assim como a história do sintoma, interessa, fazendo existir o “*romance da doença*”³⁸. Na perspectiva de sua prática singular, ponte verbal que não objetiva unir Psicanálise e Medicina - *união contranatura*, propõe deixar advir do lado do paciente um *verdadeiro* que não se confunde com o *exato*, verificando-se que a doença quanto seu romance provém de uma construção conjunta, elaboração do doente e a reconstrução do próprio médico, um *duplo encontro*³⁹.

De forma distinta de um simples humanismo ou da retomada do velho empirismo médico, a posição de escuta e o método de referência proposto por Del Volgo são determinantes no tratamento do paciente no momento em que ele próprio propõe explicações para seu sofrimento, pois “*a escuta operatória faz advir o discurso operatório, a escuta ideológica faz advir o discurso ideológico, enquanto que a escuta flutuante faz advir o discurso de livre associação*”^{31,38} (tradução nossa). Assim, Foucault⁴⁰ afirma que “*a clínica não constituiria um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida, mas uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela própria se desvele sistematicamente*”. Considera-se, entretanto, que a prática médica sem a racionalidade de seu exercício pode ser tão cega e danosa quanto uma investigação científica sem o exercício da sua prática clínica pode ser vazia.

Nesse mesmo contexto, Ferreira⁴¹, em seus seminários proferidos no ambulatório da Medicina do Adolescente da UFMG, sempre reafirma a importância da abertura, por

parte do médico, de “*uma janela de escuta*”, partindo do pressuposto de que sua função clínica não deve se restringir ao lugar do saber já que a *verdadeira* demanda do paciente nem sempre é falada a princípio.

Existe a tendência a pensar que a posição médica e a escuta sejam inconciliáveis, exclusivas. Seja porque o médico que faz a escuta destitui-se de seus atos médicos ou porque o médico como apenas “*engenheiro da saúde*” privilegia sua técnica e negligencia a escuta e a relação humana.

De acordo com Gori, alguma possibilidade de diálogo entre Psicanálise e Medicina encontra-se pautada na questão da ética, mais precisamente na instauração de uma preocupação na relação médico-paciente bem além do que propõe a abordagem científica padronizada pelos protocolos. Dito de outra forma, o cuidado ético incluiria, além da abordagem científica, uma prática *terapêutica* que não se reduziria simplesmente a uma técnica, já que leva em conta a *escuta do sofrimento humano*, este irreduzível às doenças, convocando de seu praticante, além do conhecimento teórico, a *experiência*, a *decisão* e o *juízo*⁴².

Desviando-se da identificação a um psicologismo como técnica auxiliar dos tratamentos enquanto se mantém a devida e necessária distinção entre as duas epistemes, procura-se ressaltar com esta discussão uma outra perspectiva dentro do que poderia vir a se constituir uma prática médica que escape tanto aos limites da normatização científica quanto ao empirismo⁴³. Ansermet afirma que o clínico, seja ele médico ou psicanalista, deveria ser aquele que estaria pronto a deixar-se surpreender⁴⁴.

Neste sentido, não se pode afirmar que a Psicanálise não seja um discurso que favoreça o reencontro da Medicina com sua dimensão clínica; e do lado do médico não é utópico pensar-se que não haja uma única saída digna se não aquela em que ele consente em dizer de sua prática, *em ser e tornar-se o sujeito de seus atos*, isto é, levar em conta o contexto do discurso e da linguagem no qual se dá a dor³¹.

Na perspectiva de um mundo onde cada vez mais o progresso técnico-científico não se acompanha da reafirmação de valores humanos, sem respostas prontas, procura-se abrir com esta discussão uma outra frente na abordagem clínica dos pacientes, especialmente dos ditos *refratários, crônicos e de difícil controle*.

Referências

1. Holgate ST, Dahlén SE. SRS-A to leukotrienes, the dawning of a new treatment; proceedings of a scientific meeting held at Oakley Court, London, 8-10 Oct., 1996. London: Blackwell Science, 1997. p. 1-23: From slow reacting substance to leukotrienes: a testimony of scientific endeavour and achievement.
2. Passalacqua G, Ciprandi G. Allergy and the lung. *Clin Exp Immunology*. 2008; 153(Suppl. 1):12-16.
3. British Guideline on Management of Asthma. Revised edition 2008. *Thorax*. 2008; 63:1-121.
4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, update 2008. Prevalence, Morbidity and Mortality – The Burden of Asthma, p. 3. Disponível em: <http://www.ginasthma.com/>. Acesso em 13 junho de 2009.
5. Lugogo NI, Kraft M. Epidemiology of Asthma. *Clin Chest Medicine*. 2006; 27:1-15.
6. Bloomberg GR, Chen E. The relationship of psychologic stress with childhood asthma. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2005; 25:83-105.
7. Bender B, Milgrom H, Apter A. Adherence intervention research: what have we learned and what do we do next? *J Allergy Clin Immunol* 2003;112:489-94.
8. Alvim CG. Asma na adolescência: prevalência, gravidade e associação com transtornos emocionais e comportamentais. 2005. Tese de Doutorado, UFMG, Belo Horizonte, 2005.
9. Borba RIH, Sarti CA. A asma infantil e o mundo social e familiar da criança. *Rev Bras Alerg Imunopatol* 2005; 28(5):249-254.
10. Sandberg S, Jarvenpaa S, Penttinen A, Paton JY, McCann DC. Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: a Cox's hierarchical regression. *Thorax*; 2004; 59:1046-1051.
11. Weil CM, Wade SI, Bauman LJ, Lynn H, Mitchell H, Lavigne J. The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics* 1999; 104:1274-80.
12. Kilpelainen M, Koskenvuo M, Helenius H. Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic diseases. *Clin Exp All*, 2002; 32:256-263.
13. Turyk ME, Hernandez E, Wright RJ, Freels S, Slezak J, Contraras A, Piorowski J, Persky VW. Stressful life events and asthma in adolescents. *Pediatr Allergy Immunol*, 2008; 19:255-263.
14. Bloomberg GR, Chen E. The relationship of psychologic stress with childhood asthma. *Immunol Allergy Clin N Am*, 2005; 25:83-105.
15. Kaugars AS, Klinert MD, Bender B. Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 2004; 29(7):475-491.

16. Smyth JM, Soefer MH, Hurewitz A, Kliment A, Stone AA. Daily psychosocial factors predicts levels and diurnal cycles of asthma symptomatology and peak flow. *J Behavioral Med*, 1999; 22(2):179-193.
17. Sander N. Belief systems that affect the management of childhood asthma. *Pediatric Asthma*, 1998; 18(1):99-112.
18. Okelo SO, Wu AW, Krishnan JA, Rand C, Skinner EA, Diette GB. Emotional quality-of-life and outcomes in adolescents with asthma. *J Pediatr*, 2004; 145:523-9.
19. Montoro J, Mullol J, Jáuregui I, Dávila I, Ferrer M, Bartra J, Del Cuvillo A, Sastre J, Valero A. Stress and allergy. *J Investig Allergol Clin Immunol*, 2009; 19(1):40-47.
20. Castro RC, Santos NO, Moretto MLT, De Lucia MCS, Castro FM. Depressão e eventos da vida relacionados à asma grave. *Rev Bras Alerg Imunopatol*, 2001; 24(6):204-211.
21. Machado AS, Tonheiro-Machado D, Portela PG, Fontenelle-Neto C, Cruz AA. Frequência de depressão em pacientes ambulatoriais com asma moderada e grave. *Rev Bras Alerg Imunopatol*, 2001; 24(3):90-97.
22. Rietveld S, Everaerd W, Creer TL. Stress-induced asthma: a review of research and potential mechanisms. *Clin Exp Allergy*, 2000; 30:1058-1066.
23. Creer TL, Stein REK, Rappaport L, Lewis C. Behavioral consequences of illness: childhood asthma as a model. *Pediatrics* 1992 ; 90 :808-15.
24. Mestriner SMME. O procedimento de desenhos-estórias em crianças asmáticas. São Paulo, 1989. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. *apud* Villela BEM, Trinca W. Asma brônquica: uma dimensão psicanalítica. São Paulo, *Psychê*, 2001; (7):11.
25. Marty P. Mentalização e psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. *apud* Villela BEM, Trinca W. Asma brônquica: uma dimensão psicanalítica. São Paulo, *Psychê*, 2001; 7(12).
26. Gori R, Del Volgo MJ. Prologue. *In: La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. 1. ed. Paris: Denoël, 2005, p. 18.
27. Foucault M. Espaços e classes. *In. O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p.15.
28. Ferreira RA. A pediatria da UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Minas Gerais, p. 123, 2000.
29. Gori R, Hoffmann C. La science au risque de la psychanalyse, 1999, Toulouse, Èrès. *apud* Del Volgo MJ. Introduction. *In: La douleur du malade : Clinique, psychanalyse et médecine*. Ramonville Saint-Agne. Éditions Èrès, p. 14, 2003.

30. Etymology Dictionary. Disponível em: <http://www.etymonline.com/index.php?search=kline&searchmode=none>. Acesso em 30/04/2011.
31. Del Volgo MJ. Introduction. *In: La douleur du malade: Clinique, psychanalyse et médecine*. Ramonville Saint-Agne. Éditions Érès, p. 9,10,18,14, 2003.
32. Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 258,263, 1998.
33. Kaufmann P. Dicionário enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 430, 1996.
34. Freud S (1894-1895) Sobre os fundamentos para destacar a neurastenia de uma síndrome específica denominada “Neurose de Angústia”. *ESB v. III* Rio de Janeiro: Imago, p. 97, 1976.
35. Pimenta Filho JA. Adolescentes, qual transição hoje? *In: Curinga*. nº 20, Belo Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais: novembro, 2004: 123-130.
36. Vieira MA. O lugar da psicanálise na medicina: introdução a uma conferência de Jacques Lacan. *Cadernos do IPUB*, v. VIII, n. 21 (Ciência e saber no campo da saúde mental), p. 114-115, ago/set. 2002.
37. Lacan J. 1966. *Psychanalyse et médecine*. Conférence du 16 février 1966. *Cahiers du Collège de médecine*, 1966, 1, 34-51, dans *Le bloc-notes de la psychanalyse*, 1987; 7 :17-28.
38. Del Volgo MJ. Le colloque singulier dans la clinique d`aujourd`hui. *In: La douleur du malade – Clinique, psychanalyse et médecine*. Ramonville Saint-Agne. Éditions Érès, p. 42, 2003.
39. Del Volgo MJ. O sintoma entre medicina e psicanálise. *In: O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna*. 1. edição. São Paulo: Escuta, p. 29, 1998.
40. Foucault M. A velhice da clínica. *In: O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6. edição, p. 64, 2004.
41. Ferreira RA. Comunicação pessoal proferida em aula inaugural na Disciplina Medicina do Adolescente do 1º semestre de 2011 em 25 de fevereiro 2011.
42. Gori R, Del Volgo MJ. L`éthique: un renouveau de la clinique dans les pratiques thérapeutiques? *In :La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l`existence*. 1. ed. Paris: Denoël, p. 120, 2005.
43. Gori R. Prefácio. *In: Del Volgo MJ. O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna*. 1. edição. São Paulo: Escuta, p. 8-13, 1998.
44. Ansermet F. Prólogo. *In: Ansermet F. Clínica da Origem*. Rio de Janeiro: Contracapa, p. 7, 2003.

APÊNDICE F - Artigo publicado na Revista C:\> Cartas de psicanálise

O MÉDICO E O NÃO TODO

The doctor and the pas-tout

ISSN 1807-460x

Ano 3, volume 1, número 3, p. 74, julho de 2008.

Maria Cândida Marques

Médica, Especialista em Alergia e Imunologia Clínica (USP), Curso de Formação em Psicanálise (IPSM-MG), Doutoranda em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente (UFMG).

Endereço: Av. Contorno, 4747 sala 812, Funcionários, Belo Horizonte, MG.

Fone: 3286 02 81. CEP: 30110-090.

E-mail: mariacmarques@hotmail.com

Resumo

A exemplo do que hoje ocorre na psicanálise, também o consultório médico foi invadido pelas novas modalidades de gozo, “novas formas de sintoma” ou “fenômenos de corpo” (p. ex. síndrome do pânico, distúrbio de déficit de atenção, anorexia, bulimia) onde a dimensão metafórica não se faz consistente. Depois de ter tomado o sintoma como interpretável, em seu último ensino Lacan fez apontou o *semblant* como uma manobra clínica para esses casos. Poderia o médico analiticamente orientado ser aquele que vai além do contexto biológico dos pacientes, e seu trabalho, uma contribuição à abordagem clínica?

Palavras-chave: novas formas de sintoma, *semblant*, não-todo feminino, médico psicanaliticamente esclarecido.

Abstract

As it occurs in psychoanalytical practice, medical office has also been invaded by the so called *new forms of symptoms* or *body phenomena* (Panic Syndrome, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Anorexy, Bulimy), conditions where metaphoric dimension is no longer consistent. Lacan, who at first considered symptom in its interpretable aspect, in his last studies pointed out to *semblant*, as a clinical operational maneuver in these cases, which resembles the *pas-tout* feminine position in sexuation. Could the analytical oriented physician, be the one to understand beyond the patient’s biological context, contributing to clinical approaches?

Keywords: new forms of symptoms, *semblant*, *pas-tout* feminine, analytical oriented physician.

Introdução

Hoje em dia o discurso da ciência insere a medicina em um modo de ser comprometido com um domínio exterior e, com isso, o médico perdeu sua posição tradicional e quase sagrada de outrora: atualmente, talvez, a medicina seja apenas uma técnica, não mais uma arte. Seria possível ainda, a partir da clínica, dar um outro rumo a essa situação demasiado insatisfatória para todas as partes, salvo para as indústrias que vivem desta superoferta tecnológica? O que ainda resta ao médico?

Lacan, em seu texto “O lugar da psicanálise na medicina”, pergunta sobre “o que o médico poderia opor aos imperadores que fariam dele empregado desta empresa universal da produtividade?” (Lacan, 1966/2001:14). Em seguida, afirma que “se o médico deve continuar a ser alguma coisa, que não a herança de sua função antiga, que era uma função sagrada, seria prosseguir e manter em sua própria vida a descoberta de Freud. [E ele acrescenta] Foi sempre como missionário do médico que me considerei; a função do médico assim como a do padre não se limitam ao tempo que nela se emprega” (ibid.)

O que significaria para o médico, o resgate de sua função “para além do tempo que nela se emprega?”. Ao se valer do ensino de Lacan, este artigo indaga se seu último ensino, aquele no qual ele retoma a noção de sintoma de modo a ultrapassar o sentido e a chegar à equivalência entre o gozo e o simbólico, poderia contribuir para essa compreensão?

1. A proposta lacaniana e a contemporaneidade

Depois de ter partido do sintoma interpretável, do sintoma enquanto mensagem inconsciente, ao final de sua obra Lacan retomou-o em seu valor de real. Esta mudança de perspectiva de subjetivação implicou também em uma mudança de concepção do sintoma (Miller, 1997:49).

Essas situações em que o sintoma, condição de base da interpretação em psicanálise enquanto índice da divisão do sujeito, não se constitui enquanto mensagem a ser decifrada e não permite que a interpretação simbólica opere, levaram o analista a tomar por empréstimo algo da psicose, no manejo da transferência. Lacan indica uma posição de princípio: trata-se de saber escutar aquilo que o sujeito manifesta de sua relação com o significante; trata-se de secretariar, constituindo-se o analista como testemunha da relação do sujeito com o Outro (Quinet, 1997:130). Já no caso dos sintomas contemporâneos, a parceria com o analista se faria menos pela sua posição e mais pelo que ele pode acolher e sancionar do gozo, como parceiro [¹].

A contemporaneidade do gozo auto-suficiente, auto-erótico, ligado à produção de algo sem circulação pelo campo do Outro (o gozo não teria circularidade social, mas paradoxalmente, teria certa solução discursiva na medida em que gera uma nomeação dentro de um determinado grupo), gozo conectado diretamente ao próprio sujeito, constitui indivíduos servos da estrutura social e dos meios de produção, que tentam, no entanto, driblar o mais-gozar (ou a mais-valia). Através do seu movimento auto-suficiente eles pretendem fazer um curto-circuito que lhes poupe de uma perda de gozo, eles evitam que se produza um resto, arranjo que acaba por determinar o apagamento deles próprios enquanto sujeito. Com isso, esses indivíduos passam a sujeitos identificados ao próprio objeto, sujeitos que não apresentam uma questão, uma pergunta, que não postulam um enigma diante de suas existências, colocando-se mais do lado das respostas (Pimenta Filho, 2005:47).

Ao propor o sintoma enquanto uma espécie de “amarração”, na qual cada um tenta cingir o que lhe afeta o corpo, está implicada uma manobra que permite trabalhar juntos o simbólico e o imaginário. Isso permite reabilitar o Outro simbólico se servindo do outro imaginário, reabilitação que se constitui em algo tão complexo quanto revolucionário (Miller, 1998:117).

Nesse contexto, o analista passa a não mais considerar uma universalidade da histeria estrutural essas condições em que o gozo se sobrepõe ao sintoma, em que o desejo está unido à larva e se esquia do caminho da subjetivação, requerendo um outro manejo subtraído do saber. (Recalcati, 1997:204). Ao restituir algo do valor de *semblant* [²] ao gozo, o analista se contrapõe à manobra do indivíduo com uma outra manobra da ordem do “ato”, o que possibilita a instauração de um sujeito no lugar de objeto gozado pelo Outro . Essa articulação da dimensão do significante e do gozo, ao reconstituir a crença no sintoma, vai sugerir um outro caminho. Será que esse, de forma análoga, poderia servir ao médico psicanaliticamente esclarecido, uma vez que o esbarrão no real também se dá com frequência dentro do consultório médico?

2. A clínica médica, o declínio do mestre e o *semblant*

Não se pode negar que a psicanálise seja um saber clínico, bem distinto da clínica médica, e que ambos experimentam a transferência. Na medicina, até há algum tempo, funcionava o discurso de mestre e, depois, embora mais precariamente, funcionou o discurso da ciência; com o advento do discurso capitalista escancarou-se a boca em busca de gozo e, isso, impossibilitou a abertura de um caminho em direção ao saber ou em

direção à formulação de perguntas e à tentativa de respostas. Além disso, se em outros tempos o que sustentava a transferência era a suposição de um saber ao médico, hoje, nesses tempos do descrédito do laço social, em que a vertente metafórica do sintoma está mais do lado das respostas do que do lado da demanda dirigida ao Outro, a clínica médica ameaça desaparecer. Considerando-se a atualidade dessa questão, como o caminho aberto pela psicanálise poderia auxiliar o médico?

Na “neurose freudiana”, nada coloca mais em evidência a oposição do saber e da verdade que a posição da histérica em relação ao saber do médico: mais ele o produz, mais ela lhe faz produzi-lo, e menos isso tem efeito de verdade sobre o sintoma. Assim, nesses dias de consumo imediato, de certas falas e atitudes comuns dentro dos consultórios médicos como por ex., “eu vim para que você me receite tal medicamento” ou “só acredito em médico que mostra no livro”, do brutal esvaziamento da relação médico-paciente, como a psicanálise do último Lacan poderia auxiliar o médico?

O médico psicanaliticamente esclarecido, embora não vise operar diretamente no campo pulsional, poderia se servir do lugar de *semblant* e evitar encarnar o lugar do Outro do saber, sem, contudo, abdicar da ciência? Que efeitos isso poderia ter dentro de sua prática? A idéia é a de que o médico esclarecido pela psicanálise aceitaria ser enganado, para fazer crer que haja alguma coisa onde não há. Seria aquele cujo “saber” se organizaria em torno de um buraco vazio que permitiria o giro do desejo, muito embora a dimensão pulsional não constitua o objeto da medicina

3. O médico e o não-todo

O médico esclarecido pela psicanálise poderia se servir e se beneficiar de uma formulação lacaniana tal como aquela do não-todo? Na falta de um significante que a nomeie, Lacan formulou a posição feminina como uma criação essencialmente contingencial [³] e singular a cada sujeito; essa posição não corresponderia ao fechamento de um todo, pois não há como falar das mulheres em conjunto, para fazê-lo é preciso nomeá-las uma a uma (Miller, 2003:15). Em um mundo tomado pelas certezas, trabalha-se a introdução do “isso falha”, buscando um lugar para o sujeito suposto saber em meio às ficções que se fabricam com a derrisão desse saber, considerando as possíveis contribuições da lógica lacaniana do não-todo ao mestre derrocado e ao pai destituído [4].

Parece ser preciso que o médico retome a sua letra dos livros da ciência, e se constitua novamente, um a um. No intervalo onde prevalece a pluralização dos significantes, enquanto não vem o pai singular; talvez seja possível invocar algo do amor.

Lembramos que Lacan não se furtou a fazê-lo: “os que amam me sigam”. Talvez então, o ato médico, dar-se-ia novamente no *próprio ato*, e não em uma lei, e poderia ser resgatado com o retorno da autonomia profissional sobre o ato em si, ao ser praticado em toda sua extensão, outra vez como uma arte.

Os campos e os limites da psicanálise e da medicina são considerados distintos, no entanto será que poderia vir da psicanálise, da clínica de Lacan, uma contribuição para a retomada da dimensão clínica do ato médico? Aqui indaga-se se o médico psicanaliticamente esclarecido, ao operar com o *semblant* e se servir do conhecimento dessa conexão entre gozo e sentido, corpo e sujeito do inconsciente, poderia trazer uma contribuição à abordagem clínica do paciente, nesses tempos em que o Nome do pai já não é a metáfora que vela o traumatismo da diferença sexual. Isso implicaria a posição do médico diante dos novos modos de gozo ou a sua própria posição de gozo? Talvez a resposta seja somente possível *a posteriori*, uma a uma.

Vale considerar que, com a noção de gozo (categoria fundamental no ensino lacaniano), Lacan acrescenta algo do sem-sentido à noção de sentido do sintoma, indo além do simbólico da representação. Essa noção de gozo permite localizar os excessos e, se “isso fala”, por suposto “isso goza”. Trata-se, portanto, da proposição de uma clínica do real, pois o sujeito também goza com a fala e, justamente aí, teríamos a oportunidade de mais um recurso: tocar algo da pulsão que ficará intocado se ficamos presos exclusivamente à cadeia significante e do sentido (aos protocolos). Há algo para além do corpo biológico e para além da fala, contido na própria fala: apalavra (*laparole*) [5].

Haveria, então, um lugar para o médico passando pelo médico esclarecido pela psicanálise, para aquele que considera tanto a vida quanto a morte?

NOTAS

[1] ZUCCHI, Márcia Aparecida. “O real do sexo e o inconsciente nos sintomas contemporâneos”. Este artigo se baseia em projeto apresentado ao Doutorado em 2007 no Instituto de Psicologia da UFRJ pela autora.

[2] Semblante tem a sua raiz em *similis* (latim) que se cruza com *simul* (conjunto) e que encontramos em simulacro. Portanto, semblante se articula ao conjunto. A noção de semblante ocupa uma posição precisa que faz ato e interpela diretamente a posição do analista; este ao pôr o objeto *a* no lugar do semblante, está na posição mais conveniente para interrogar como do saber onde anda a verdade. Nessa medida, o gozo não se acossa, não se elabora, não se interpela, senão à partir do semblante.

Não sendo um artefato, constitui algo operativo permitir fazer crer que há algo onde não há. De acordo com Lacan, uma verdadeira mulher é aquela que não tem, e faz algo com este não ter. Por isto, ela é especialmente afim ao semblante e à sua operação, a mesma do analista: \$ que se produz como objeto *a*. Faz-se algo com o nada, e, quando isso ocorre, determina efeitos no real (“La categoria de semblante”. In. MILLER, Jacques-Alain. *De la natureza de los semblantes*. Buenos Aires, Paidós, 2002. p.10 -20)

[3] O gozo suplementar, próprio da mulher, é aquele do qual ela não diz nada. Sua fórmula $S \ll A$ barrado indica o valor a ser dado à ligação entre o amor e a suposição de saber. Lacan dizia: “è para aquele a quem supomos o saber que se dirige o amor”. Do lado da sexualidade feminina, tem-se uma relação não só com o pequeno *a*, mas também uma relação que se abre ao Outro. Quando se fala em re-escrever a metáfora paterna, toma-se como ponto de partida a função que

supre a relação sexual cuja expressão aparece no terreno da sexualidade feminina. É inegável que o gozo feminino desconstrói as identidades, a ponto de tornar o feminino um impossível, traduzido pelo aforisma lacaniano, “A mulher não existe”. Por outro lado, ela se afirma como possível naquilo que se configura como a única saída, ou seja, a particularidade do gozo de cada uma, *uma a uma*. É do ponto de vista feminino que o pai pode ser re-introduzido. SANTIAGO, Jesús. Intervenção – Peças Avulsas – Lição 19 Jacques-Alain Miller, 2006.

[⁴] SANTIAGO, Jesús. “Presentismo e novos modos de relato: efeitos sobre o Sujeito Suposto Saber”, 2006. Inédito.

[5] PIMENTA FILHO, Jorge Antonio. Comunicação sob supervisão, Belo Horizonte, março de 2007. (Com o neologismo *apparole*, *apalavra*, Lacan se refere à função da fala vista do lado do real e não da comunicação ou mesmo do encadeamento significante. N.E.)

REFERÊNCIAS

LACAN, Jacques. “O lugar da psicanálise na medicina”. *Opção Lacaniana*. São Paulo n. 32 (dez. 2001), p.8-14.

_____. (1968-1969/2008) *De um Outro ao outro*. O Seminário, livro 16. Rio de Janeiro:JZE. p.99-100.

MILLER, Jacques-Alain. “El sintoma de Lacan”, Seminário de Barcelona. *Freudiana*. Barcelona, Escuela Europea de Psicoanalysis – Catalunya, 1997.p.49-56.

_____. “O aparelho do sintoma”. In: _____. *A conversação de Arcachon, Os Casos Raros, Inclassificáveis da Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Coleção da Biblioteca Freudiana Brasileira,1998.p.117-127.

_____. “La categoria de semblante”. In: _____. *De la naturaleza de los semblantes*. Buenos Aires: Paidós, 2002.p.9-23.

_____. “Uma partilha sexual”. *Clique: Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano*. Belo Horizonte. n.2 (ago. 2003).p.13-29.

PIMENTA FILHO, Jorge Antonio. “As patologias do ato”. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte, IPSM-MG - Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas

Gerais. Ano 8, n.10 (jun. 2005), p.47-53.

QUINET, Antonio. “Tratamento Psicanalítico da Psicose”. In: QUINET Antonio. *Tratamento Psicoanalítico da Psicose*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1997. p.124-138.

RECALCATI, Massimo. “Una clínica de lo preliminar”. In: RECALCATI, Massimo. *La última cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado, 1997. p.199-205.

Recebido: 10.01.2008

Aprovado: 20.04.2008.