

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina

Betty Liseta Marx de Castro Pires

**A NECESSIDADE DA APLICAÇÃO DA *ESCUA DIAGNÓSTICA* PARA A
ABORDAGEM PRECOCE EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E
A VIABILIDADE DE SUA APLICAÇÃO AO ENSINO MÉDICO**

Belo Horizonte
2012

Betty Liseta Marx de Castro Pires

**A NECESSIDADE DA APLICAÇÃO DA *ESCU*TA DIAGNÓSTICA PARA A
ABORDAGEM PRECOCE EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E
A VIABILIDADE DE SUA APLICAÇÃO AO ENSINO MÉDICO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Alberto de Oliveira Gonçalves

Belo Horizonte

2012

P667n Pires, Betty Liseta Marx de Castro.
A necessidade da aplicação da escuta diagnóstica para a abordagem precoce em saúde mental na atenção primária e a viabilidade de sua aplicação ao ensino médico [manuscrito]. / Betty Liseta Marx de Castro Pires. -- Belo Horizonte: 2012.
196f.
Orientador: Roberto Assis Ferreira.
Co-orientador: Luiz Alberto de Oliveira Gonçalves.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde/métodos. 3. Educação Médica. 4. Diagnóstico Precoce. 5. Relações Médico-Paciente. 6. Pesquisa Qualitativa. 7. Psicanálise. 8. Dissertações Acadêmicas. I. Ferreira, Roberto Assis. II. Gonçalves, Luiz Alberto de Oliveira. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 105

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Professor Clélio Campolina Diniz

Vice-reitora: Professora Rocksane de Carvalho Norton

Pró-reitor de pós-graduação: Professor Ricardo Santiago Gomez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Professor Francisco José Penna

Vice-diretor: Professor Tarcizo Afonso Nunes

PIRES, B. 2012. **A necessidade da aplicação da *Escuta Diagnóstica* para a abordagem precoce em Saúde Mental na Atenção Primária e a viabilidade de sua aplicação ao ensino médico.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do título de Doutora.

Aprovado em: 02 de agosto de 2012.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella – Psiquiatria – UFSCAR

Prof. Dr. Flávio Diniz Capanema – Pediatria – FASEH

Prof. Dr. Ricardo Macedo Menezes – Clínica Médica – UFMG

Prof. Dr. Henrique Oswaldo Gama Torres – Clínica Médica – UFMG

Prof^ª. Dr^ª. Maria Mônica de Freitas Ribeiro – Clínica Médica – Suplente UFMG

Prof^ª. Dr^ª. Cristina Moreira Marcos – Psicologia – Suplente PUC Minas

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira – Pediatria – UFMG



FOLHA DE APROVAÇÃO

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
cpg@medicina.ufmg.br



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Roberto Assis Ferreira, Henrique Oswaldo Gama Torres, Ricardo Macedo Menezes, Flávio Diniz Capanema e Bruno José Barcellos Fontanela aprovou a tese de doutorado intitulada: **“A NECESSIDADE DA APLICAÇÃO DA ESCUTA DIAGNÓSTICA PARA A ABORDAGEM PRECOCE EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A VIABILIDADE DE SUA APLICAÇÃO AO ENSINO MÉDICO”** apresentada pela Doutoranda **BETTY LISETA MARX DE CASTRO PIRES** 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 02 de agosto de 2012.

Roberto Assis Ferreira

Orientador

Prof. Henrique Oswaldo Gama Torres

Prof. Ricardo Macedo Menezes

Prof. Flávio Diniz Capanema

Prof. Bruno José Barcellos Fontanela

Aos que acreditarem que a Medicina não é só ciência.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que confiaram no meu trabalho, a Celso Rennó Lima, aos meus Orientadores e aos Professores Examinadores e Suplentes das Bancas de Qualificação e Defesa, à amiga Prof^ª. Mirtes do Vale Beirão, aos pacientes, aos professores e alunos participantes e colaboradores, aos médicos dr. Célio Jefferson Salgado, dr. Mauro Cesar Quintão e Silva Cunningham, dr. Marcelo Pereira Bastos e dr. Sebastião Natanael Silva Gusmão, à assessora técnica Juliana Villas Bôas Fonseca, à minha “orientadora de plantão” e filha Raquel Betty de Castro Pimenta, aos meus alunos e a todos que me apoiaram nesta jornada incrível.

RESUMO

Este ensaio teórico investigou as razões que corroboram a necessidade da aplicação da *Escuta Diagnóstica* em Saúde Mental, tendo sido embasado em uma pesquisa-ação com Metodologia Clínico-Qualitativa, realizada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente da UFMG, na dissertação de mestrado intitulada: “A *Escuta Diagnóstica*: uma proposta de ensino para a relação médico-paciente” (PIRES, 2007). Os resultados obtidos em uma disciplina experimental, através da *Escuta Diagnóstica*, demonstraram que no real da prática clínica há um furo no saber, correlato às dificuldades dos alunos para a unificação de seus relatos em uma “comunidade de conhecimento”. As dificuldades relativas ao muro da linguagem foram retomadas pela via do Paradoxo de Russell aplicado à Teoria do Conhecimento, desvelando a inconsistência lógico-estrutural da ordem simbólica como uma contradição fundante de duas *dialéticas* diferentes, embora simultâneas. Há uma dialética de um *indivíduo* – enquanto considerado social e passível de universalização pela ciência – e uma outra dialética, a de um *sujeito dividido* estruturalmente pela linguagem. Além da exclusão prévia de quadros orgânicos, as modernas Classificações Diagnósticas em Psiquiatria, pela falta de comprovação de uma etiologia ou substrato anatomopatológico, se atém aos sintomas como critérios, tomando como objeto a doença. Portanto, há dois *estatutos epistemológicos* diferentes entre os *Objetos*: o da Psiquiatria – a doença – e o da Saúde Mental – o doente. No vasto campo da Saúde Mental, a complexidade de um diagnóstico na Atenção Primária pode ser confundida com a aplicação de categorizações que podem ser úteis como instrumento de bancos de dados quantitativos para pesquisa. Os *Objetivos* na Saúde Mental são diferentes: os pacientes podem ser vistos como objetos passivos de terapias, ou escutados enquanto sujeitos. Nos casos de diagnóstico diferencial difícil e indefinido na Atenção Primária em Saúde Mental, especialmente na faixa etária de risco aumentado da adolescência, uma abordagem precipitada pode não ser suficiente ou a mais apropriada. Ainda que se demande ao médico uma resposta rápida, este lugar de endereçamento não deve ser ocupado, para se propiciar ao *paciente/sujeito* uma oportunidade para a fala. A teoria das Estruturas Clínicas formulada por Lacan permite a abordagem de diferentes sujeitos em laços sociais possíveis, que são sempre tangenciais ao paradoxo estrutural do saber/não-saber. Durante o curso médico, o aluno deve ser advertido de que cada *paciente/sujeito* estabelece relações transferenciais que ocorrem segundo o sintoma e a Estrutura de cada um, e dos riscos para estes pacientes. Portanto, uma advertência

teórica prévia faz-se necessária e em caráter obrigatório no currículo, apontando para a possibilidade da construção teórica de hipóteses diagnósticas precoces de Estrutura. Para os casos sem definição que requerem uma *Escuta Diagnóstica*, esta enseja uma oportunidade – aos interessados por este procedimento – para que escutem um sujeito falante, ensejando a realização de uma abordagem precoce em Saúde Mental na Atenção Primária em caráter preventivo. Nesta investigação, também poderá emergir um sujeito no aluno, questionando as suas próprias razões, discutindo a profissão médica e as incidências éticas sobre a medicina como um todo.

Palavras-chave: Medicina. Adolescência. Diagnóstico precoce. Saúde Mental. Atenção Primária. *Escuta Diagnóstica*. Metodologia Clínico-Qualitativa. Estruturas Clínicas. Sujeito. Psicanálise. Lacan.

ABSTRACT

This theoretical essay investigates the reasons supporting the need for implementing Diagnostic Listening within the field of Mental Health. It was grounded on an active research with Clinical-Qualitative Methodology, which was held at the Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da UFMG. The ensuing masters thesis was entitled: “A *Escuta Diagnóstica*: uma proposta de ensino para a relação médico-paciente” (PIRES, 2007). The results obtained in an experimental discipline, through the triangulation method, showed that in actual clinical practice there is a hole in the knowledge correlated to the difficulties reported by students in unifying their accounts in a "knowledge community". The difficulties relating to the wall of language were taken by means of Russell's Paradox applied to the theory of knowledge, revealing the structural-logical inconsistency of the symbolic order as a founding contradiction of two different, although simultaneous, *dialectics*. There is a dialectic of an "individual"—as long as he or she is considered social and susceptible to universalization by science—and another dialectic, which is that of the subject structurally “split” by language. Beyond preemptively excluding organic frameworks, the modern Diagnostic Classifications in psychiatry, because of their lack of propaedeutic to prove an etiology or an anatomopathological substrate, adhere to the symptoms as criteria, taking the disease as their object. Therefore, there are two different *epistemological statuses* between the *Objects*: the object of Psychiatry – the disease – and the object of Mental Health – the patient. In the vast field of Mental Health, the complexity of diagnosis in Primary Care can be confused with the implementation of categories that may be useful as tools for databases. The *Objectives* are different: patients can be seen as the passive objects of therapies or heard as subjects. In cases of difficult and undefined differential diagnosis in Primary Mental Health Care, especially the higher-risk age group of adolescence, a hasty approach may not be sufficient or the most appropriate, posing a risk to *patients/subjects*. Even if a quick response is demanded from the physician, he or she should not take over that role, instead offering the *patient/subject* an opportunity to speak. During medical school it is necessary to warn the student that each *patient/subject* establishes relationships tangential to knowledge, according to their symptoms and their Structure, and that the Clinical Structures developed by Lacan provide different possible types of transfers and social ties. This preventive theoretical warning is necessary and should be mandatory in the curriculum so that the formulation of diagnostic hypotheses of earlier Structures is made possible. In cases

requiring Diagnostic Listening this gives rise to an opportunity for teachers and students who are interested in this procedure to listen to a speaking subject, in his or her structurally paradoxical relationship between *knowing/not knowing*, and engage in an early Mental Health approach in Primary Care. By facilitating this kind of investigation a subject might also emerge within the student, questioning his or her own reasons, discussing the medical profession and the ethical implications of medicine as a whole.

Keywords: Medicine. Adolescence. Early diagnosis. Mental Health. Primary care. Diagnostic Listening. Clinical-Qualitative Methodology. Clinical Structures. Subject. Psychoanalysis. Lacan.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------------|------------------------------------------------------------|
| AD | Antidepressivo(s) |
| A-E | Autoextermínio |
| BD | Bipolar Disorder |
| BPS | Biopsicosocial |
| Depto. | Departamento |
| <i>E.D.</i> | <i>Escuta Diagnóstica</i> |
| FDA | <i>Food and Drug Administration</i> |
| GDs | Grupos de Discussão |
| HF | História Familiar |
| HMA | História da Moléstia Atual |
| HP | História Progressa |
| HS | História Social |
| HV | História de Vida |
| ID | Impressão Diagnóstica |
| ISRS | Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina |
| MDD | <i>Major Depressive Disorder</i> |
| MGA | Medicina Geral de Adultos |
| MGC | Medicina Geral de Crianças |
| QP | Queixa Principal |
| SAM | Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina/UFMG |
| Sem. | Seminário |
| SM | Saúde Mental |
| TB | Transtorno Bipolar |
| TCC | Terapias Cognitivo-Comportamentais |
| TCE | Termo de Consentimento Esclarecido |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| FOLHA DE APROVAÇÃO | |
| EPÍGRAFE | |
| PRÓLOGO | 19 |
| CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO | 23 |
| I.1 CONTEXTO HISTÓRICO | 23 |
| I.1.1 Esclarecimentos preliminares quanto ao Método de Ensaio Teórico | 23 |
| I.1.2 Diferenças epistemológicas entre os objetos da Psiquiatria e da Saúde Mental | 24 |
| I.1.2.1 Breve resumo da história da loucura e da psiquiatria | 26 |
| I.1.3 Motivação para a pesquisa | 30 |
| I.1.4 Metodologia e Resultados da Pesquisa-Ação | 31 |
| I.2 JUSTIFICATIVA | 33 |
| I.2.1 Contradições teóricas entre os Objetos e os Objetivos | 33 |
| I.2.2 O Objeto desta tese: Estatutos epistemológicos diferentes | 34 |
| I.3 HIPÓTESES E MARCOS TEÓRICOS | 35 |
| I.3.1 Por quê, ou para quê, o sujeito fala? | 35 |
| I.3.2 Duas dialéticas diferentes | 37 |
| CAPÍTULO II – OBJETIVOS E METODOLOGIA | 39 |
| II.1 OBJETIVOS | 39 |
| II.2 MÉTODO | 39 |
| II.2.1 A demonstração experimental da viabilidade da <i>Escuta Diagnóstica</i> na pesquisa-ação do Mestrado | 41 |
| II.2.1.1 Colheita da História de Vida | 41 |
| II.2.1.2 Resultados do método da triangulação: o furo no saber | 42 |
| II.2.2 Aprofundamentos teóricos para corroborar a necessidade da aplicação da <i>Escuta Diagnóstica</i> ao ensino médico | 44 |
| II.2.3 Discussão crítica sobre preconceitos e discriminação | 46 |
| CAPÍTULO III – ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA-AÇÃO | 48 |
| III.1 HISTÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO | 48 |
| III.2 A “ <i>ESCUA DIAGNÓSTICA</i> ”: DEFINIÇÃO | 49 |

| | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| III.3 | UMA ESTRATÉGIA: “COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA | 50 |
| III.4 | 1ª ETAPA: CENTRO DE SAÚDE SANTA INÊS | 51 |
| III.4.1 | Pré-Testes | 51 |
| III.4.2 | Trabalho de campo | 51 |
| III.4.3 | Pós-Testes – verificação dos objetivos atingidos na 1ª Etapa | 52 |
| III.4.4 | Resultados da 1ª Etapa: objetivos atingidos | 53 |
| III.4.5 | Análise dos Resultados da 1ª Etapa | 55 |
| III.5 | 2ª ETAPA: CENTRO DE SAÚDE CARMO-SION | 56 |
| III.5.1 | Estratégia de introdução da Disciplina Experimental pelos ex-alunos | 56 |
| III.5.2. | Resultados da 2ª Etapa: objetivos atingidos | 56 |
| III.5.3. | Análise dos resultados da 2ª Etapa | 59 |
| III.5.3.1 | Percepção dos limites de atuação do médico | 59 |
| III.5.3.2 | Diferenças entre as estruturas: uma metodologia “pelo negativo” | 59 |
| III.6 | CONCLUSÕES EXPERIMENTAIS | 62 |
| III.6.1 | Um lugar para o não-saber | 63 |
| CAPÍTULO IV – UM PARADOXO NA TEORIA DO CONHECIMENTO | | 66 |
| IV.1 | CONTRADIÇÕES ENTRE OS CONCEITOS DE <i>SUJEITO</i> E <i>INDIVÍDUO</i> | 66 |
| IV.2 | O CONCEITO RUSSELLIANO DE <i>INDIVÍDUO</i> | 66 |
| IV.3 | AS FALÁCIAS REFLEXIVAS CAUSADAS PELA AUTO-REFERÊNCIA | 68 |
| IV.4 | A AUTO-REFERÊNCIA TRAZ AMBIGUIDADE | 68 |
| IV.5 | O PARADOXO DE RUSSELL E O IMPASSE DO <i>SUJEITO</i> | 70 |
| IV.6 | AS “ESTRUTURAS” PARA RUSSELL | 71 |
| CAPÍTULO V - CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE | | 75 |
| V.1 | ENTREVISTAS PRELIMINARES | 75 |
| V.1.1 | A psicanálise como estratégia para uma hipótese diagnóstica precoce de Estrutura | 76 |
| V.2 | A BÁSCULA LACANIANA: O SUJEITO É DIVIDIDO PELA LINGUAGEM | 79 |
| V.2.1 | O “muro da linguagem” | 79 |
| V.2.2 | Duas dialéticas diferentes | 80 |
| V.3 | UM SUJEITO DIVIDIDO PELA LINGUAGEM NÃO TEM UM SABER UNÍVOCO | 83 |
| V.4 | QUE “ <i>SUJEITO DIVIDIDO</i> ” É ESTE? | 84 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| V.5 | O LAÇO SOCIAL COMO TANGENTE - OU EM RELAÇÃO - A UM SABER | 85 |
| V.6 | LAÇOS SOCIAIS PODEM OCORRER ENTRE SUJEITOS DE DIFERENTES ESTRUTURAS CLÍNICAS | 89 |
| V.7 | AS ESTRUTURAS CLÍNICAS | 90 |
| V.7.1 | <i>NEUROSE – Recalque</i> | 90 |
| V.7.1.1 | A necessidade do amor e o “ <i>Não sei</i> ” edipiano | 90 |
| V.7.1.2 | O amor de transferência na <i>Neurose</i> | 92 |
| V.7.1.3 | A teoria socrática da imortalidade e a pulsão de morte | 92 |
| V.7.1.4 | O paradoxo da ética: a <i>sugestão</i> como efeito de uma teoria prévia | 94 |
| V.7.2 | <i>PSICOSE – Forclusão</i> | 94 |
| V.7.2.1 | Caso clínico “Cartas”: Transferência na <i>Psicose</i> | 96 |
| V.7.2.1.1 | Comentários | 98 |
| V.7.2.1.2 | Considerações teóricas: Quais os riscos? | 98 |
| V.7.2.2 | Transferência na <i>Psicose</i> : Carta nº 3 | 99 |
| V.7.3 | <i>PERVERSÃO – Desmentido</i> | 100 |
| V.7.3.1 | Uma lógica do contabilizável | 100 |
| V.7.3.2 | Ilustrações literárias sobre a <i>Perversão</i> | 100 |
| V.8 | VINHETAS DE CASOS CLÍNICOS | 103 |
| V.8.1 | Caso clínico “AE”: “Depressão com risco de suicídio” | 103 |
| V.8.1.1 | Comentário | 104 |
| V.8.1.2 | A crise de paradigma dos Transtornos de Humor | 105 |
| V.8.2 | Consideração teórica: um lugar ético | 107 |
| V.8.2.1 | O <i>aluno-sujeito</i> é convocado pela demanda | 107 |
| V.8.2.2 | Uma pergunta sem resposta, mas com um compromisso de escuta | 107 |
| V.8.3 | Caso Clínico “NS”: “ <i>Não sei...</i> ” | 108 |
| V.8.3.1 | Considerações teóricas: Uma “curiosidade desinteressada” | 109 |
| V.8.3.2 | Um enigma: “ <i>não sei</i> ”... | 109 |
| V.8.3.3 | Efeitos catárticos | 110 |
| V.8.3.4 | Efeitos de <i>Sugestão</i> | 110 |

**CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO: A APLICAÇÃO DA ESCUTA
DIAGNÓSTICA NO ENSINO MÉDICO**

| | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| | | 112 |
| VI.1 | A ELABORAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO | 113 |
| VI.1.1 | O diagnóstico psiquiátrico é de exclusão de quadros orgânicos | 113 |
| VI.1.2 | Semiologia psiquiátrica | 115 |
| VI.1.2.1 | O método longitudinal: História da <i>moléstia</i> atual (HMA) | 115 |
| VI.1.2.2 | Os cortes transversais | 116 |
| VI.1.2.3 | Confusão dos conceitos de <i>Nível de consciência</i> – Neurológica e <i>Consciência do Eu</i> – Fenomenológica | 117 |
| VI.2 | AS DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS | 118 |
| VI.2.1 | Como um sofrimento psíquico pode incidir sobre um corpo? | 118 |
| VI.2.2 | A medicina-ciência: um conhecimento técnico | 120 |
| VI.3 | ADESÃO AO TRATAMENTO: ADERÊNCIA “ <i>TERAPÊUTICA</i> ” OU “ <i>MEDICAMENTOSA</i> ”? | 122 |
| VI.3.1 | <i>Transferência</i> ou Aderência “ <i>medicamentosa</i> ”? | 123 |
| VI.3.2 | O diagnóstico psiquiátrico é tardio e de referência secundária | 123 |
| VI.3.3 | O que fazer enquanto não se tem o diagnóstico? | 124 |
| VI.3.4 | Um médico acuado | 125 |
| VI.3.5 | Se não cabe ao médico fazer terapia, para quê a psicanálise? | 125 |
| VI.4 | ANÁLISE CRÍTICA DA <i>CONTRA-TRANSFERÊNCIA</i> | 126 |
| VI.5 | A FALTA DE UM SUJEITO NO DISCURSO DA CIÊNCIA E DO SABER MÉDICO É ELUDIDA PELO PARADOXO ESTRUTURAL DA LINGUAGEM | 128 |
| VI.6 | O DISCURSO HEGEMÔNICO NO ENSINO MÉDICO | 129 |
| VI.7 | A <i>ESCUA DIAGNÓSTICA</i> : ENSINAR O QUÊ, A QUEM? | 132 |
| VI.7.1 | O que seria um professor? | 132 |
| VI.7.2 | A possibilidade de um ensino: somente dentro da ordem simbólica? | 133 |
| VI.7.3 | O que se ensina? | 134 |
| VI.7.4 | Um ponto de opacidade no Saber | 135 |
| VI.7.5 | A <i>Transferência</i> existe, independente do médico | 136 |
| VI.7.6 | Interrogar qual <i>sujeito</i> ? | 137 |
| VI.7.7 | O adolescente é peculiar e poderia ser escutado | 137 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| VI.8 | A IDENTIDADE MÉDICA EM CRISE: E O MÉDICO ENQUANTO SUJEITO? | 138 |
| VI.8.1 | Ensino: uma ética sempre em questão | 140 |
| VI.8.2 | A <i>transferência</i> não como <i>amor</i> , mas como semblante de algum tipo de laço social possível | 142 |
| VI.8.3 | A <i>Escuta Diagnóstica</i> não é uma “ <i>Retificação Subjetiva</i> ” | 143 |
| VI.9 | ELABORAÇÕES FINAIS | 144 |
| VI.9.1 | Um crédito de confiança | 146 |
| CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO | | 148 |
| VII.1 | SUGESTÕES OU RECOMENDAÇÕES | 149 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 151 |
| APÊNDICE A – Relato de caso clínico: “ <i>Fumo desde um ano de idade</i> ” | | 163 |
| APÊNDICE B – Transcrição da Defesa de Tese (Aula Magna) | | 171 |
| APÊNDICE C – Slides - Defesa de Tese (Aula Magna) | | 183 |
| ANEXO 1 – Termo de consentimento esclarecido – TCE – para pacientes | | 195 |
| ANEXO 2 – Termo de consentimento esclarecido – TCE – para profissionais | | 196 |

*O que mais preocupa não é o grito dos violentos,
nem dos corruptos, nem dos desonestos, nem dos sem ética.
O que mais preocupa é o silêncio dos bons.*

Martin Luther King

ARTE DE AMAR
*Se queres sentir a felicidade de amar, esquece a tua alma,
A alma é que estraga o amor.
Só em Deus ela pode encontrar satisfação, não noutra alma.
Só em Deus – ou fora do mundo.
As almas são incomunicáveis.
Deixa o teu corpo entender-se com outro corpo.
Porque os corpos se entendem, mas as almas não.*

Manuel Bandeira

PRÓLOGO

Existem infinitas possibilidades para se adentrar no tema proposto por este trabalho. Há inúmeros caminhos possíveis para se penetrar neste tema de alta complexidade.

Pode-se começar pela vertente das tensões internas existentes entre os conceitos do que se denominam o individual e o coletivo. Ou a partir dos resultados propostos – as aplicações práticas que se pretende atingir, na tentativa de resolver o dilema entre o sujeito e a sociedade, naquilo que Freud, em 1930, chamou de “mal-estar na civilização” (FREUD, v. XXI, ESB, 1976). Poderia ser sob o prisma da história da loucura e da psiquiatria, ou pela discussão dos conceitos de “normal” e “patológico” em Saúde Mental. Ou dos próprios conceitos de “saúde”, “cura”, “tratamento” e “cuidado”, definidos a partir de um ideal civilizatório compartilhado coletivamente em nossa sociedade contemporânea.

Pela utilização linguística e operacional dos conceitos, tanto a nível histórico: socioeconômico e político-ideológico “global”, ou macro, quanto sob a ótica da microfísica do poder examinada por Foucault. Pela mudança de paradigma ou do conceito de “Ciência”, a partir da aceitação de que não existe uma verdade absoluta, ou de que a verdade seja impossível de ser atingida, em função da própria estrutura lógica da linguagem, demonstrada até suas últimas consequências por Jacques Lacan. Pelo debate das concepções de “discurso” e de “Laço Social”, que se aprofunda em suas raízes inconscientes.

Se o tema a ser examinado for apreciado a partir do ponto-de-vista de que se trata de um sintoma civilizatório, há que se examinar as concepções de “sintoma” desenvolvidas pelo paradigma biotecnológico – das neurociências ou cognitivo-comportamental -, em contraposição ao conceito proposto pela psicanálise, desde Freud, em 1921 – principalmente em seu estudo sobre a identificação, em “Psicologia das Massas” (FREUD, v. XVIII, ESB, 1976). – até Lacan, em seus conceitos do “sintoma” na primeira clínica ao “Synthome” do seu ultimíssimo ensino.

Como se vê, o percurso que se propõe é longo e complexo, requerendo ser entrecortado por referências diversas, citações, alusões, remissões e parênteses que farão as interconexões necessárias para este exame. Alguns leitores já podem estar familiarizados com alguns conceitos provenientes das diversas áreas do conhecimento diferentes que contribuíram para nossas formulações: Filosofia, Sociologia, História, Antropologia, Economia e Política, assim como as da Clínica Médica, Psiquiatria, Psicologia, alcançando até mesmo a Pedagogia e o Direito, entre outras.

O mundo e a vida são mais vastos que todos os conceitos. Dependendo da forma com que são trabalhadas as ideias, pode-se chegar a infinitas possibilidades de retrabalhá-los. Assim tem feito a Filosofia, ao longo da história do homem.

Esta contribuição consistirá em procurar extrair, a partir da psicanálise lacaniana, as repercussões possíveis que esta teoria pode trazer em suas consequências práticas para a tomada de decisões no cotidiano da prática que exercemos enquanto médicos, em sua aplicação como instrumento fundamentalmente diagnóstico. Essa aplicação prática da psicanálise como ferramenta diagnóstica pode ser estendida também a outras práticas profissionais, apresentando repercussões e revelando um impacto que será examinado nas elaborações críticas.

Um ponto em comum entre essas áreas, que se interconectam através das práticas institucionais, pode-se procurar na questão dos fundamentos que autorizam um julgamento social e moral a ser exercido por um ser humano – no presente caso específico, o médico - que é colocado em posição de autoridade, sobre um outro ser humano, seu semelhante. Sempre escapa algo a ser examinado, que subjaz a qualquer concepção de civilização, que é da ordem da ética.

Este sujeito em sofrimento, que nos demanda ajuda e amor, se nos oferece a nós médicos, enquanto objeto de nossa atenção. Por nosso lado, a ele “nos” oferecemos enquanto objeto – objeto este através do qual pretendemos dar uma “função” para nós mesmos, ao supor que possamos estar “servindo” ou “sendo” (tentando dar consistência a nossa existência) úteis para este outro, o que, no fundo, também não deixa de ser uma demanda de amor nossa.

Trata-se, contudo, de uma situação que envolve uma questão ética relativa a nosso desejo e que aponta, portanto, para uma outra dialética do sujeito. Uma relação entre dois sujeitos encarcerados dentro de seu próprio sintoma, por sua vez inseridos dentro de um contexto maior, “global”, em um sistema de saúde e institucional que por sua vez extrapola e condiciona as interações possíveis.

Ao se tratar de nós mesmos, através do outro, se exerce uma responsabilidade, antes de tudo, conosco mesmos: a de “*ex-sistir*” enquanto sujeitos, desejando recobrir uma falta primordial impossível de ser recoberta por qualquer objeto. A impossibilidade estrutural da linguagem faz com que o sujeito fale, com a esperança de que um significante – que seria da ordem do saber, mas não necessariamente do conhecimento – possa vir a recobrir o furo no simbólico e o muro da linguagem, expressão lacaniana. Neste ponto exato se pode localizar o paradoxo de Russell que, ao descobrir e constatar a contradição da lógica pelas falácias

reflexivas, recua de sua própria descoberta, para delimitar o campo da teoria do conhecimento dentro de uma lógica matemática e contábil.

A garantia que se pode ter não é o ponto de chegada, mas somente o de partida: o que tem a ver com as diversas versões para o termo “*consciência*”, cujo conceito pode ser tomado em pelo menos duas vertentes que se superpõem: uma *consciência* de classe ou de um papel do sujeito enquanto social e a aceção de *consciência* tomada em uma outra dialética, que é a do sujeito dividido irremissivelmente pela linguagem, como demonstraram Freud e Lacan. Esta última aceção interroga uma existência sintomática à qual cada um dos sujeitos pretende atribuir uma consistência lógica, através de sua Estrutura Clínica, em sua relação com o saber – questão esta que será foco de exame no presente estudo.

Entretanto, se escolheu partir do dilema crucial dividido pela psicanálise: a questão da complexidade do ser humano, em sua “totalidade”, não se trata apenas, como se pretendia, de que o “indivíduo” seja “indivisível”. Dentro da dialética do sujeito matematizável (contabilizável) ou coletivizável – passível de ser compartilhado socialmente ou coletivamente, através da *linguagem* – socialmente sim, ele pode ser contado como um elemento e incluído dentro de uma categoria. Entretanto, no caso a caso da prática clínica, este sujeito não é encontrado, ele mesmo não se encontra enquanto consistência de uma identidade que pudesse ser universal. O sujeito em sua dialética psíquica, portanto, é um conceito que requer ser melhor examinado e aprofundado.

É exatamente por causa de sua divisão que o sujeito pode se manifestar - no intervalo entre dois significantes, como diz Lacan - através de sintomas que podem ser fenomenologicamente semelhantes, mas que se apresentam diferentes conforme as suas Estruturas Clínicas, como delineadas por Freud e formuladas por Lacan.

A introdução desta nova perspectiva possibilita se pensar diferentes tipos de “Laço Social”, que se apresentam segundo as infinitas possibilidades de relação do sujeito ao saber. Permite ainda considerar que aqueles mesmos “indivíduos” – sociais e categorizáveis -, ao serem considerados enquanto “sujeitos” – singulares em sua dialética psíquica - não são todos iguais. Esta afirmação poderia, numa primeira avaliação por um leitor apressado, despertar resistências ao possibilitar a interpretação por um cunho aparentemente segregacionista. Procurou-se esclarecer por que motivos esta proposta teórica, muito ao contrário desse objetivo canhestro e tacanho, nos permite avançar na direção de uma diminuição dos preconceitos contra o ser humano em sofrimento e, em última análise, que temos contra nós mesmos.

Assim, procuraremos o caminho: examinando a situação vista “de fora para dentro”, na perspectiva extrínseca do indivíduo e, em seguida no percurso, fazendo o caminho inverso, “de dentro para fora”, sob o fio condutor do sujeito intrinsecamente dividido pela linguagem, o que remete à questão da transferência. Não se espera com isso atingir uma totalidade abrangente, mas procurar abordar para expor sua complexidade. Convidamos o leitor a compartilhar conosco essa espécie de caminho de ida-e-volta, como se traça o contorno da Pulsão.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

I.1. CONTEXTO HISTÓRICO

I.1.1. Esclarecimentos preliminares quanto ao Método de Ensaio Teórico

O presente estudo consiste em um ensaio teórico que foi feito como aprofundamento de questões que surgiram e foram levantadas no decurso do processo e a partir dos resultados obtidos em uma pesquisa-ação que foi realizada no âmbito do curso médico da UFMG. Esta foi objeto da dissertação de Mestrado intitulada: “*Uma proposta de ensino para a relação médico-paciente: a Escuta Diagnóstica*”, defendida em 2007 neste Programa de Pós-Graduação (PIRES, 2007)¹. Os resultados do trabalho de campo da pesquisa-ação foram obtidos através da metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa, através da criação de uma disciplina experimental e de uma análise de conteúdo dos resultados, tendo sido demonstrada a viabilidade de sua aplicação ao ensino médico na UFMG.

A pergunta de partida originalmente foi quais seriam os possíveis motivos que tem levado a um aumento do distanciamento entre a medicina e a psicanálise, o que se pode facilmente observar refletindo-se no âmbito mesmo do próprio currículo médico de graduação da UFMG.

Tomando-se por base os consistentes resultados obtidos através daquela pesquisa-ação, que demonstrou a viabilidade da proposta de ensino da *Escuta Diagnóstica (E.D.)* - que foi aplicada em uma disciplina experimental optativa no oitavo período do curso médico -, verificou-se por um lado tanto uma unanimidade de adesões dos pacientes quanto, por outro, uma intensa e ativa participação voluntária dos alunos-colaboradores. Estes resultados contrastavam fortemente com uma nítida resistência que se apresentava sob variadas formas, e que se poderia supor inicialmente como sendo originada dentro da própria instituição, ou dentro do paradigma acadêmico.

A *Escuta Diagnóstica (E.D.)* é um procedimento criado pela autora que foi proposto e aplicado na Pesquisa-Ação, tendo se baseado na teoria das Estruturas Clínicas de Jacques

¹ Ao longo desta Tese de Doutorado, todas as vezes em que se fizer referência à Pesquisa-Ação, refere-se à Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG (PIRES, 2007).

Lacan e cujo objetivo é possibilitar uma abordagem precoce possível ao sujeito na Atenção Primária em Saúde Mental. O tema será aprofundado no Cap. III, item 2.

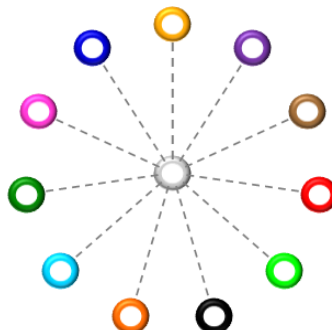


Diagrama da E.D.

Assim, aquela pergunta inicial foi relançada novamente em vários momentos da trajetória e do movimento desta pesquisa, o que a remeteu a interrogar os diferentes Estatutos Epistemológicos e Objetos - tanto da Psiquiatria quanto da Saúde Mental dentro da medicina – relativos a suas áreas de atuação dentro da Atenção Primária e Secundária, requerendo incursões em conceitos complexos e de interconexão entre vários campos do conhecimento. Impôs-se portanto, preliminarmente, percorrer um labirinto de controvérsias conceituais que, devido à grande profusão e ambiguidades terminológicas de termos e conceitos empregados sem coerência ou rigor teórico pelas diferentes áreas, atuavam como fatores de confusão para o aprofundamento do tema principal que se pretendia atingir.

I.1.2. Diferenças epistemológicas entre os objetos da Psiquiatria e da Saúde Mental

A *práxis*² da medicina se distingue de uma concepção estritamente científica e biotecnológica que reduziria o paciente a um objeto passivo que estivesse meramente assujeitado ou à mercê de doenças psiquiátricas presumidas. Especificamente se poderia distinguir os campos: o da Atenção Primária em Saúde Mental, e o da Psiquiatria como uma especialidade de Atenção Secundária.

O que poderia distinguir os dois campos entre si? Não seria exatamente pela falta de certezas consolidadas em um substrato anatomopatológico - o qual até o momento não foi demonstrado ou irrefutavelmente comprovado pela ciência -, e que é comum a ambas. As

² A *práxis*, para Lacan, é o que põe o homem “em condição de tratar o real pelo simbólico”, numa definição “que se estende até muito longe” (Sem. XI, LACAN, 1985, p.14) – diferente, portanto, da definição gramsciana.

diferenças são os pressupostos teóricos que embasam os estatutos epistemológicos de cada um desses campos e, portanto, as perguntas de partida que impulsionam cada uma delas.

Os objetos de cada área não são os mesmos. Por um lado para a psiquiatria, uma doença que teria uma forma de apresentação comum a todos os indivíduos portadores, cujos sintomas universalizáveis seriam passíveis de serem categorizados por uma classificação que os homogeneizaria dentro de sua categoria. Por outro lado, para a Saúde Mental, o doente em sua condição de paciente: ou objeto/passivo, ou sujeito/agente. Sob a condição de objeto, a concepção cognitivo-comportamental também considera o paciente como um indivíduo passível de universalização. Para a psicanálise, o sujeito na Saúde Mental é um agente único e singular, exatamente por ser dividido em sua estrutura.

As corretas e fundamentais preocupações com as urgências médicas clínico-neurológicas ensejam confusões conceituais entre a Semiologia Neurológica e o chamado Exame do Estado Mental ou Semiologia Psiquiátrica. Foi possível delimitar com precisão o ponto exato em que este fulcro de ambiguidades pode ser situado em um termo, que apresenta uma ambiguidade por sua dupla face, sendo um significante polissemântico: o conceito de consciência, extraindo-se o conceito expresso no texto básico de Psiquiatria do Kaplan:

“As alterações de consciência normalmente indicam problemas cerebrais orgânicos.”
(KAPLAN, 2007, p. 270).

Para as necessidades nos atendimentos de urgência na prática clínica, o exame do nível de consciência deve ser diagnosticado preliminarmente por um exame clínico-neurológico. Pode-se propor um traço de demarcação semiológica relevante, pois nesta situação configura-se claramente que o diagnóstico psiquiátrico só pode ser feito após e por exclusão de quadros orgânicos, sejam eles primários cerebrais, ou secundários a doenças sistêmicas e/ou a intoxicações/abstinências de drogas.

O diagnóstico em psiquiatria, tal como formulado pelas atuais classificações que se baseiam em critérios fenomenológicos ou de apresentações sintomáticas, torna-se, portanto, sob o aspecto da semiologia e propedêutica de urgência, secundário. Neste ponto pode-se localizar ainda uma outra ambiguidade terminológica: são os conceitos de primário e secundário que, como já se examinou na dissertação de Mestrado, podem ser usados e entendidos em diferentes acepções, confundindo-se com os termos antigos de endógeno e psicógeno, cuja denominação tende a ser superada pela impossibilidade mesma desta delimitação.

I.1.2.1. Breve resumo da história da loucura e da psiquiatria

Tendo este tema já sido abordado na dissertação já referida - à qual o presente trabalho vai se remeter a todo momento -, cumpre lembrar alguns pontos críticos, de controvérsia e de confusão, que são históricos dentro do campo da psiquiatria. Estas indefinições persistem até os dias de hoje e perdurarão, pela própria ambiguidade intrínseca a sua definição, em suas bases fundadoras.

Para se traçar uma retrospectiva histórica baseou-se em Foucault, em sua obra “O nascimento da clínica” (2008), e em Bercherie, em “Os Fundamentos da Clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico” (1989). Até os dias de hoje os diagnósticos psiquiátricos são feitos através de Classificações, sendo mais usadas a DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana e o CID-10, da Organização Mundial de Saúde.

Cumpre ressaltar que o grande problema da psiquiatria, desde a sua fundação, sempre foi e continua sendo o estabelecimento de bases anatomopatológicas que pudessem configurar e confirmar a localização de um determinado e específico substrato cerebral.

Toda a história da psiquiatria tem sido construída em torno deste eixo central de preocupações. Desde a época da Revolução Francesa, em que a fundação da psiquiatria por Pinel foi baseada em critérios jurídicos para fins de imputabilidade penal, discutem-se os critérios acerca do que poderia ser considerado como normalidade em Psiquiatria, o que já foi sobejamente discutido por vários autores como Canguilhem, em “O normal e o patológico” (2002).

No século XIX, apesar das descrições ricas e minuciosas dos quadros clínicos feitas pelos psiquiatras clássicos, não se chegava a um consenso relativo às classificações diagnósticas. Naquele século Bichat, a propósito da sífilis terciária, estabeleceu os fundamentos necessários para configurar o estatuto de uma doença psiquiátrica que se baseava sim em um quadro clínico, mas que se assentava em um tripé que deveria incluir também: - a etiologia; - e a patogenia ou substrato anatomopatológico (BERCHERIE, 1989).

No início do século XX, Kraepelin formulou a primeira classificação nosológica em psiquiatria, procurando por um lado distinguir entre os quadros congênicos e os adquiridos, e por outro estabelecer distinções entre os quadros de etiologia orgânica conhecida e aqueles cuja etiologia ou substrato orgânico ele denominou de funcionais ou primários – onde ele localizou o grande grupo das “*Psicoses funcionais*”, situando-as dentro da perspectiva de um espectro contínuo que oscilava, em suas apresentações clínicas, entre o que ele denominou na época de “*demência precoce*” e “*Psicose maníaco-depressiva*”, que seriam presumidamente

endógenas. Entretanto, o diagnóstico do grande grupo das *Psicoses* na psiquiatria continua sendo passível de ser feito somente após a eclosão de um surto ou a eclosão de um quadro florido, em uma análise retrospectiva da evolução.

O que ocorreu no decorrer da primeira metade do século XX foi um movimento histórico em busca de uma separação entre os quadros com comprovada lesão orgânico-cerebrais - que fossem primariamente localizáveis no cérebro, ou secundários a doenças sistêmicas, a uso ou abstinência de drogas - daqueles funcionais ou primários. Houve uma clara tendência a situar os quadros que tivessem substrato cerebral conhecido dentro do campo da neurologia, como se pode verificar, por exemplo, em relação à categorização complexa dos quadros das epilepsias, várias vezes reformulada e renovada.

Após a segunda guerra mundial, com as novas pesquisas da indústria farmacêutica, começaram a ocorrer descobertas inicialmente contingenciais do efeito psicofarmacoterápico de drogas originalmente testadas para outros fins. Começou a era da pesquisa em psicofármacos. Aquele panorama dicotômico pretendido inicialmente por Kraepelin entre a neurologia e a psiquiatria, começou a ser borrado. Entretanto, devido aos possíveis riscos e dos efeitos colaterais envolvidos nas estreitas janelas terapêuticas das drogas, os psicofármacos ficavam naquela época ainda restritos aos especialistas psiquiatras.

Com a descoberta dos antidepressivos tricíclicos e dos benzodiazepínicos, a partir da década de sessenta, viu-se a possibilidade do emprego de medicamentos que eram originalmente psiquiátricos se estenderem aos clínicos e médicos de outras especialidades. A pesquisa, patrocinada em sua ampla maioria pela indústria farmacêutica, expandiu e diversificou cada vez mais o arsenal terapêutico, com inúmeros avanços, mas também com algumas desvantagens. Os quadros psiquiátricos passaram a ser intitulados pelas Classificações Diagnósticas não mais como doenças especificamente, mas sob o termo genérico de transtornos mentais, o que veio confundir a questão do substrato anteriormente chamado de endógeno.

O grande aumento da eficácia e da segurança terapêutica medicamentosa nos grandes quadros psiquiátricos – doravante intitulados Maiores – poder-se-ia dizer que requereu as Modernas Classificações Diagnósticas baseando-se em critérios numéricos de sintomas clínicos, até mesmo pela própria necessidade das pesquisas que haveriam de confirmar suas hipóteses em evidências clínicas que pudessem ser numericamente quantificáveis, em termos estatisticamente significativos, para a comprovação da eficácia dos medicamentos em termos visivelmente observáveis. Registre-se apenas que o tempo de duração das pesquisas para

demonstração da eficácia dos psicofármacos em geral tinha uma média de 42 dias a poucos meses, raramente ultrapassando a um ano.

Pari passu com as descobertas dos grandes grupos dos psicofármacos - cujo mecanismo-de-ação passou a ser sistematicamente pesquisado, mas que pela vertente da etiologia continuava apresentando ainda uma lacuna em termos de substrato -, desenvolveram-se várias hipóteses em termos de neurotransmissores. Estas hipóteses procuram localizar uma teoria química em um mapeamento cerebral, acoplando-se de formas multivariadas e multifacetárias com novas propedêuticas em imaginologia, em bioquímica e genética molecular e programas computadorizados visando uma utilização que pudesse ser sistemática, padronizada e universalizável de escalas de avaliação, que proliferaram em uma escala sem precedentes.

Pode-se observar que a história tende a se repetir. Modernamente, tome-se como exemplo a descoberta do *Helicobacter Pylori*, que acendeu esperanças para o tratamento da úlcera péptica com antibióticos, mas que não acabou com a gastrite funcional mais comum. A ciência psiquiátrica procura se afirmar como se fora apenas ciência, através da observação de evidências – que só seriam fenomenologicamente observáveis em quadros floridos e visivelmente graves – para dosar o efeito terapêutico e mecanismo-de-ação dos psicofármacos, tendo por base o pressuposto de um substrato presuntivo, que seria suposto no cérebro.

A psiquiatria passa a requerer a condição de ser a ciência de uma doença cerebral, hipótese esta que serviria para justificar uma relativa base científica no emprego de psicofármacos em quaisquer situações e para o resto da vida do paciente, pois que em termos de massa tende a se perder até mesmo a outrora clássica perspectiva semiológica, em favor das escalas de avaliação. A prevalência das doenças psiquiátricas tem aumentado, sobre o que ainda não foi possível estabelecer uma perspectiva crítica. Parte-se da crença de que remédios seriam uma solução de massa para todos os problemas humanos, que tendem a ser chamados de psiquiátricos ou transtornos mentais, em uma equivalência de significações.

As hipóteses, formuladas dentro da teoria do conhecimento científico, partem do pressuposto de que seriam passíveis de serem totalmente comprovadas em evidências sempre futuras, sendo que os poucos indícios sugestivos e incipientes são ainda controversos até os dias de hoje. A literatura emergente sobre as almejadas evidências, embora em profícua proliferação, tem se apresentado ainda sob formas metodologicamente desconstruídas na literatura, fazendo lembrar aquela que ocorreu na década de 80, em que a literatura sobre

Sistema Nervoso Autônomo foi tão prolífica e prolixa. Esta área de pesquisa passa agora a ser rotulada como Neurociências, alinhando-se em um estatuto ambíguo com a neurologia.

As hipóteses experimentais sobre o substrato são genéricas, multifacéticas e ainda se encontram em nível de pesquisa, não se encontrando consolidadas nos índices dos livros de psiquiatria, notadamente do seu texto básico Kaplan (2003), exceto apontadas como hipóteses de pesquisa. Não foram incorporadas como consenso e não constam como critérios nos Manuais de Classificação Diagnóstica em Psiquiatria. Historicamente, esta área de pesquisa das Neurociências, ao pretender criar uma nova disciplina de interface entre a psiquiatria/neurologia, parece fazer um movimento em direção a um afastamento cada vez maior da psiquiatria clássica, quando busca um substrato orgânico. Este novo campo, assim, reafirmaria um estatuto epistemológico que, se instituindo pela via da doença, tende a diferenciá-la e a separá-la da Saúde Mental, e do doente. Este projeto de autonomia da doença em psiquiatria torna-a passível de ser confundida com uma espécie de subproduto da Neurologia, o que lhe facultaria propugnar uma conduta terapêutica universalizável.

Entretanto, nos livros-texto de Psiquiatria não se encontram referências a qualquer substrato anatomopatológico comprovado das doenças psiquiátricas, o que se justifica pelo fato de que todas as hipóteses formuladas até o presente momento sejam presuntivas, ou seja, são fundadas em uma presunção teórica. Segundo BARRETO (2012), “a psiquiatria postula o substrato, mas esta é uma petição de princípio”. Os próprios critérios diagnósticos elencados sintomatologicamente pelas classificações são tautológicos, como o adágio público: “O que é depressão? É humor deprimido e/ou...etc.”

Ainda não se chegou a um consenso definitivo sequer sobre os conceitos teóricos de base, como o que definiria humor, afeto, sentimento, e as suas interrelações com as alterações da Consciência do Eu, matéria esta examinada por Jaspers em sua “Psicopatologia Geral” (1987), há cerca de um século. As pesquisas tomam por base os efeitos dos medicamentos, em um a posteriori, em uma história de evolução retrospectiva e sob critérios de inclusão/exclusão somente observáveis em quadros de alta gravidade – que são por isto chamados de “Maiores”. As bases estabelecidas para o Exame do Estado Mental (LÓPEZ; LAURENTYS, 1986 e LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007) até os dias de hoje ainda continuam sendo semelhantes à súmula psicopatológica clássica que fora estabelecida pela fenomenologia Jaspersiana, e assim continuam enfrentando as mesmas controvérsias classificatórias que Kraepelin tentou dirimir, há mais de um século.

I.1.3. Motivação para a pesquisa

A necessidade deste extenso aprofundamento teórico se impôs por vários fatos concorrentes que contribuíram para a formulação de hipóteses de trabalho e conjugaram-se na conclusão final exposta nesta tese. As dificuldades extrínsecas para a assimilação do conceito de sujeito psíquico pela via da teoria do conhecimento para a sua incorporação na prática médica foram gradual e progressivamente sendo percebidas pela pesquisadora no decurso de sua vida docente, como médica fisiatra, depois como psiquiatra e também como psicanalista, em diferentes cenários – tanto de urgências médicas, quanto de atenção secundária em psiquiatria e primária em saúde mental. Os pontos de confluência e de estrangulamento das teorias foram sendo localizados gradativamente, tomando como referência e fio condutor para a pesquisa a teoria psicanalítica lacaniana, em sua releitura de Freud.

A autora tem um longo percurso teórico e prático, em trinta anos como docente da UFMG em dois campos de diferentes departamentos. Inicialmente, concursada como Fisiatra no depto. do Aparelho Locomotor desta faculdade, ministrou por dez anos a disciplina de Semiologia do Aparelho Locomotor para os alunos do sexto período, tendo tido atuação intensa na Clínica de Dor do Hospital das Clínicas da UFMG no ambulatório Bias Fortes, na qual teve contato permanente com pacientes ditos psicossomáticos, como portadores de fibromialgia, dores posturais e em comorbidades com quadros depressivos e ansiosos.

Tendo obtido nova especialização em Psiquiatria, transferiu-se desde 1997 para o antigo depto. de Neurologia e Psiquiatria – atual depto. de Saúde Mental – tendo exercido a docência em todas as disciplinas ministradas por este departamento, do segundo ao décimo-segundo períodos. Ministrou, em conjunto com o depto. de Pediatria, por cerca de sete anos a disciplina optativa “Saúde do Adolescente”, onde foi responsável pela área da Psiquiatria e da Saúde Mental, em estreita atuação conjunta em equipe interdisciplinar com todos os profissionais envolvidos.

Em suas atividades docentes teve oportunidade de representar o depto. SAM no processo de revisão curricular Recriar ocorrido na Faculdade de Medicina da UFMG, na ocasião tendo participado do grupo sob a coordenação da Prof^{ra}. Cláudia Regina Lindgren Alves. Esta participação permitiu à autora vislumbrar as amplas discrepâncias dos conceitos e pressupostos teóricos conflitantes que eram subjacentes às discussões, trazendo importantes subsídios especialmente no que se refere à emergência de pontos de impasse teóricos.

Como interconsultora do Programa de Telessaúde, desde a sua implantação nesta faculdade, tem mantido contato continuado via internet com alunos do Internato Rural desta

faculdade, tendo chegado a ser convidada e participado de reunião conjunta com o PSF (Programa de Saúde da Família) no município de Buenópolis-Minas Gerais. Estes alunos solicitam orientações ao se verem às voltas com casos clínicos graves e/ou de grande complexidade, notadamente na faixa etária da adolescência que suscita as maiores dificuldades diagnósticas, e também em casos em uso crônico e prolongado de psicofármacos sem indicação conhecida, pela falta de diagnósticos propriamente psiquiátricos para aqueles pacientes específicos.

Ainda teve oportunidade de se inteirar das dificuldades práticas que transbordam o sistema de saúde especificamente relacionadas com a Atenção Primária em Saúde Mental, ao participar do curso de formação de Tutores para o Programa Saúde da Família – intitulado “PEP” – numa parceria da Secretaria de Estado da Saúde/MG com a UFMG, sob a coordenação da Prof^a. Maria Teresa Mohalen, em 2010.

I.1.4. Metodologia e Resultados da Pesquisa-Ação

Na pesquisa-ação realizada por ocasião do Mestrado (PIRES, 2007), a partir da criação de uma disciplina experimental com o fito de demonstrar a viabilidade de aplicação da *Escuta Diagnóstica* no ensino médico, foi empregada a metodologia da triangulação para colheita e análise dos resultados. Após uma seleção criteriosa prévia e consentimento do paciente a ser entrevistado, foi realizada a entrevista denominada *Escuta Diagnóstica* na presença dos alunos, para demonstração. A construção teórica do caso clínico foi ativamente discutida e elaborada em conjunto pelo grupo de alunos-participantes, que foram os sujeitos da pesquisa, e que demonstraram terem se tornado aptos a aprofundar um estudo de caso, tendo na prática atingido plenamente os objetivos, que se poderia dizer de certa forma assim: eles foram capazes de “dissecar” teoricamente a estrutura da *Neurose*, aplicada ao Caso Clínico.

Posteriormente, após a entrevista de um sujeito do qual se tinha uma hipótese preliminar de estrutura de *Psicose*, tornou-se evidente a ausência de cunho edipiano na versão do romance familiar apresentada pelo sujeito. Desta feita, pela falta da *metáfora paterna* - ou *Nome-do-Pai* (LACAN, 1998) -, os alunos foram capazes de apreender, na versão colhida do relato do sujeito, o conceito de “cunho edipiano” pela vertente de sua falta, o que chamamos de “pelo negativo”, ou seja, eles não encontraram o que esperavam ou o que supunham.

Entretanto, a falta de continuidade dessa disciplina experimental – tendo sido apenas uma temporária e optativa – pode ser atribuída a múltiplos e complexos fatores, podendo-se considerar a confusão epistemológica conceitual como a ponta do iceberg de dificuldades e

resistências que são estruturais. O espantoso que se verificou é que as resistências se apresentam com enorme intensidade por parte da academia, mas curiosamente não por parte dos alunos, que aderiram entusiasticamente ao trabalho. Por parte do Departamento de Saúde Mental desta faculdade se manifestou o mais absoluto desconhecimento não somente da viabilidade, como também da noção de que este tipo especial de ensino teria de ser adotado pelo currículo médico, como necessário para a formação do aluno.

A ampla adesão dos pacientes, e a aceitação dos alunos a esta nova proposta vieram demonstrar que a resistência poderia ser localizada a nível do paradigma adotado contemporaneamente para o ensino médico, tendo sido tema já abordado como objeto de inúmeras teses dentro desta mesma faculdade (FERREIRA, Roberto A., 2000; MACEDO, Ricardo M., 2010; e outras).

Ao verificar que todos os objetivos que pretendia alcançar inicialmente com a disciplina experimental criada para os fins da pesquisa-ação do Mestrado eram dificultados pela vasta gama de conceitos que se interpenetravam e/ou se mantinham indefinidos nas zonas cinzentas de conexão entre os vários campos do conhecimento, a autora decidiu procurar delimitar melhor as áreas de ambiguidade teórica, especialmente as em que medram as confusões e indefinições quanto ao diagnóstico diferencial – como, por exemplo, e só para começar, as definições de campo e diferenças de objeto entre psiquiatria e saúde mental.

No campo da Atenção Primária em Saúde Mental, a faixa etária que enseja os maiores desafios para os diagnósticos precoces e as maiores controvérsias sobre as abordagens e condutas que seriam eticamente mais adequadas é, sem dúvida alguma, a da adolescência, porque o sujeito adolescente se encontra defronte à fronteira de uma passagem tortuosa e complicada, da qual ele já tem alguns meios para poder fugir, ou em que se pode deixar perder simplesmente uma preciosa oportunidade para enfrentá-la.

I.2. JUSTIFICATIVA

I.2.1. Contradições teóricas entre os *Objetos* e os *Objetivos*

Caso se parta de uma dicotomia lógica de oposição entre os conceitos de: ou doença, ou saúde, pode-se chegar facilmente à contradição lógica apontada por Machado de Assis em seu célebre conto “O alienista”³: ou bem se parte do princípio de que somos todos doentes, ou de que somos todos normais³.

Segundo a lógica simbólica da teoria do conhecimento, haveria que se admitir então que a Psiquiatria e a Saúde Mental se configuram como sendo de estatutos epistemológicos diferentes, tendo em vista que os campos se diferenciam pelo *Objeto* do seu diagnóstico: o da Psiquiatria, o da doença, e o da Saúde Mental⁴, o doente. Naturalmente há entrelaçamentos e de interpenetração, mas os seus pontos de partida e os seus alvos são diferentes.

A questão da Saúde Mental, no âmbito do currículo médico da UFMG, é tratada sob a rubrica das disciplinas de Psicologia Médica e de Psicologia Médica Aplicada, em um paradigma em que a Psicologia é empregada como terapêutica. Sob a prescrição da Psicologia e das Terapias Cognitivo-Comportamentais, aborda a questão da Saúde Mental como se todos os seres humanos fossem passíveis de serem normalizados em um estereótipo padrão estabelecido teoricamente *a priori*, tomando como referência uma adaptação social regulamentada a ser alcançada.

Por outro lado, pode-se interrogar exatamente aqueles estatutos epistemológicos que, embora partindo de objetos diferentes, tem ambos a finalidade terapêutica:

- Se por um lado, partir-se da vertente do estatuto diagnóstico da doença, poderíamos ser todos considerados categorizáveis dentro de critérios sintomáticos como doentes, passíveis de sermos incluídos em alguma categoria diagnosticável, indiferentemente usados os termos, como psiquiátrica ou “transtorno mental”. Esta ampla cobertura universalizante poderia justificar - e não raro é empregada como justificativa para tanto - a necessidade terapêutica do emprego de medicamentos que poderiam ser empregados de forma indiscriminada e indefinida, em um sistema de massas.

³ Esta tese se debruçou sobre as diferenças entre o “normal” e o “patológico” a partir da noção psicanalítica lacaniana de um sujeito que é dividido pela linguagem, com diferenças entre suas Estruturas Clínicas, e não de um indivíduo que seria da dimensão do biopsicossocial.

⁴ O conceito de Saúde Mental utilizado foi aplicado especialmente para aqueles casos de diagnóstico diferencial difícil ou indefinido, em que não é possível observar fenômenos psiquiátricos evidentes.

- Se, por outro lado, partir-se da premissa de que seríamos todos normais, haveria que se ter em mente qual seria este paradigma de normalidade. O objeto nesta perspectiva passaria a ser um paciente que poderia ser universalizável enquanto objeto social – este paciente/objeto teria que se enquadrar, em um julgamento maniqueísta e coercitivo acerca do comportamento de um indivíduo enquanto considerado cidadão, sob o ponto de vista jurídico-legal. Ocorreria assim uma espécie de retrocesso aos primórdios da proposta pineliana de tratamento moral, como uma pedagogia dos limites do indivíduo dentro da sociedade (BERCHERIE, 1989).

I.2.2. O Objeto desta tese: Estatutos epistemológicos diferentes

O que a psicanálise vem interrogar, mais além daquela separação epistemológica entre os objetos da Psiquiatria e da Saúde Mental, é o modo como cada sujeito vai procurar se arranjar com o seu sintoma. A finalidade da investigação enquanto diagnóstica é promover este lugar de escuta a ser ocupado pelo sujeito, através da fala dele.

A proposta da *Escuta Diagnóstica* configura, portanto, novas perspectivas possíveis em uma posição ética, nas seguintes acepções: - se o objeto da Saúde Mental procura abordar terapêuticamente o doente, e não a doença, haveria que se separar os estatutos epistemológicos dos campos em que o diagnóstico se encontra atrelado a uma terapêutica protocolarmente estabelecida – os da Psiquiatria e da Psicologia Médica -, deste outro campo de investigação do sujeito - que pode e deve ser construído por cada sujeito em questão, ao constituir o seu próprio diagnóstico para si mesmo, em sua fala.

A proposta da *Escuta Diagnóstica* tem, portanto, um *Objeto* epistemologicamente distinto da Psiquiatria e, além disso também, um *Objetivo* diferente da Psicologia Médica. Ela é uma proposta de investigação a partir de uma posição ética de não-saber de um médico/sujeito. O diagnóstico passa a ser construído a partir da ética de um paciente/sujeito – que é o que escapa, e o divide – ensejando oportunidades para que se dê ao sujeito um lugar em que ele possa falar, e ser escutado, acerca de suas razões para viver.

Portanto, pode-se afirmar que, no momento em que se separam os *Objetos* dos campos terapêuticos – situando o da Psiquiatria enquanto Atenção Secundária, e o da Saúde Mental como Atenção Primária, retomando uma finalidade basicamente diagnóstica e não se precipitando em aconselhamentos e terapêuticas – pode-se distinguir mais claramente o *Objetivo* específico da proposta de *Escuta Diagnóstica* no âmbito da Atenção Primária em Saúde Mental, não se confundido com as atuais propostas de Psicologia Médica expressas no currículo de graduação em medicina da UFMG.

A *Escuta Diagnóstica* não se ancora na pressuposição de que todo mundo é igual: nem como todos loucos, no sentido da estrutura sintomática da *Psicose* ao ser tomada sob a concepção de uma doença de substrato anatômico presumível, nem na hipótese de que todo mundo é igual, tendo um paradigma de referência para uma normalidade que deveria ser comum a todos.

Ao se alinhar com a hipótese do paradoxo de Russell, revelando a inconsistência lógico-simbólica intrínseca à teoria do conhecimento, pretende-se exatamente retomar as diferenças entre as Estruturas Clínicas formuladas por Lacan. Este muro simbólico, que converge em um ponto de inconsistência da linguagem, remete a um furo no saber que causa a fala e pode relançar cada um dos sujeitos falantes sempre em novas indagações, repetindo o seu sintoma de acordo com a sua própria estrutura.

Somente assim, concedendo uma oportunidade para a fala, pode-se facultar a um sujeito que ele possa vir a encontrar um caminho que é só seu, para poder se arranjar com o seu sintoma.

I.3. HIPÓTESES E MARCOS TEÓRICOS

I.3.1. Por quê, ou para quê, o sujeito fala?

Sob a perspectiva da Saúde Mental em Atenção Primária, propõe-se que o paciente não deveria ser tomado ou colocado como um mero objeto passivo, mas como um sujeito/agente – agente de quê? De uma fala que agencia um saber sobre ele mesmo, apontando para uma pergunta que ele talvez possa se fazer mas que, ao fazê-la a si próprio, remete-a ao médico, endereçando-a sob transferência, segundo a sua Estrutura e o seu sintoma.

O sujeito psíquico, em sua acepção mais ampla, é dividido estruturalmente pelo mal-entendido fundamental da linguagem (Lacan) e pelo mal-estar na civilização apontado por Freud. Esta outra concepção de um sujeito singular descortina uma outra dialética, que é a do sujeito em conflito consigo mesmo, mas que ao mesmo tempo necessita do seu sintoma para sua sobrevivência psíquica. É o que ele pensa, ou supõe que seja, o que o faz um ser único e particular – portanto, o que o diferencia, para se separar do outro seu semelhante imaginário através da via do simbólico conforme sua estrutura, e para poder supor-se amado, ou dar uma atribuição de sentido para a sua existência.

A partir das diferenças entre as Estruturas Clínicas pode-se retrabalhar os diferentes tipos de Transferência, ressitando-os como algum tipo de laço social possível que cada um dos sujeitos pode vir a estabelecer em uma relação ao saber, o qual, em última análise, só pode ser construído a partir de um não-saber.

Este saber só pode emergir, se for procurado por um paciente, se este for considerado enquanto sujeito, e não a partir de um saber *a priori* definido ou que seja imposto pelo médico. Para isto, o médico enquanto sujeito necessita aceitar este muro da linguagem ou o furo do saber, ou seja, consentir com a castração simbólica. Entretanto, a função do médico não se esgota aí, visto que o paciente enquanto sujeito pode lhe atribuir algum lugar de endereçamento possível, segundo a estrutura clínica dele. Ao afirmar a tese de uma “loucura generalizada” (MILLER, 2008), ponto este que coincidiria com o “umbigo do sonho” descrito por Freud, pode-se também afirmar que cada um volta a repetir o seu sintoma sempre de acordo com a sua estrutura.

O ponto de partida de Lacan em sua tese de doutorado de 1932 “*Da Psicose paranóica em suas relações com a personalidade*” (LACAN, 1987) foi a de que *o conhecimento é paranóico*. Mais além do ponto de inconsistência lógico-simbólica do ser - que Lacan formulou em sua descoberta do “inconsciente estruturado como uma linguagem” -, a estrutura de cada sujeito opera como uma espécie de molde, que o faz repetir seu sintoma. A partir do seu sintoma cada um pode, ou não, relançar uma pergunta endereçada ao saber, em algum laço social possível - que é estrutural, mas também contingente: “cada um se arranja como pode” (MILLER, 2008).

Por quê, ou para quê o sujeito fala? O sujeito pode vir a buscar uma resposta que, mesmo que impossível, permita-o se separar de um outro semelhante, no registro imaginário, que ele tende a confundir com um grande Outro simbólico, procurando assim forjar alguma identidade para o seu ser que lhe possibilite fugir da rivalidade dual especular, como Lacan formulou, em 1956 no seu Esquema “L”, em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da Psicose” (LACAN, 1998, p.555).

Portanto, torna-se necessário que o médico seja advertido preliminarmente, no decorrer de seu curso, não somente de que ele ocupa algum lugar na transferência para o paciente, mas também que, paradoxalmente, ele não deve ocupá-lo, mas ceder a sua vez para a fala de um sujeito a emergir.

I.3.2. Duas dialéticas diferentes

Para se abordar a abrangente complexidade do tema, que envolve diferentes estatutos epistemológicos, procurou-se ancorar na indicação deixada pelo psicanalista Jacques Lacan, quando se referiu indiretamente à complexidade do tema como sendo da ordem de “duas dialéticas diferentes” (LACAN, 2011).

O ponto de balança, que emergiu como fulcro das pesquisas e abriu uma brecha para permitir uma certa passagem de uma *dialética* a outra, foi encontrado na célebre e brilhante descoberta do paradoxo de Russell, referida pelo próprio Lacan. Este paradoxo em si próprio condensa os impasses teóricos e essencialmente éticos que trazem como consequência uma oposição entre as duas concepções teóricas, como se fossem duas lógicas distintas, irreduzíveis e intransponíveis. A este paradoxo, e a suas contradições refletindo-se na teoria do conhecimento, será dedicado um capítulo desta tese.

Na primeira parte deste trabalho procurou-se aprofundar inicialmente quais poderiam ser os possíveis focos de resistências extrínsecas ao sujeito da psicanálise, visto que se originariam em uma concepção dentro da teoria do conhecimento de um sujeito que seria da ordem do social, coletivizável, passível de contabilização. O conceito de sujeito, considerado como um indivíduo universalizável, se refere e procura atender às necessidades da ciência moderna que requer uma lógica utilitária e contábil, para fins de distribuição de recursos em termos de uma justiça que fosse equitativa e para gestão e administração em saúde pública.

Entretanto, quando Lacan adverte que “o discurso da ciência *foracelui*⁵ o sujeito” (1998), esta constatação torna-se particularmente preocupante em se tratando da prática médica, no caso a caso da clínica, se esta for considerada apenas enquanto uma técnica. Nesta situação, a medicina enquanto profissão poder-se-ia dizer que fica quase que sendo forçada, ou reduzida, a replicar uma prática mercantil na qual serviria apenas como um veículo ou intermediário para uma mercadoria-fetichismo: o medicamento, especialmente os psicofármacos e o cortejo de indústrias correlatas.

Neste movimento, o médico tende a acabar perdendo a referência da necessidade de sua função e de seu próprio valor, no exercício de sua vocação. Torna-se necessário, portanto, retomar a questão agora sob a perspectiva da psicanálise, introduzindo aí uma possibilidade para que algum sujeito possa emergir. Ressalte-se que não seria apenas o sujeito no paciente, como tantas outras teses já destacaram, mas também o sujeito no aluno.

⁵ Vide conceito de “*Foracelusão*” e “*Verwerfung*” no item V.7.2. Psicose – *Foracelusão*.

Assim, pretendeu-se destacar a necessidade metodológica no curso médico de se propiciar oportunidade para a emergência também do sujeito no médico, que é o tema que se pretende examinar mais profundamente, a partir da metodologia de ensino Clínico-Qualitativa, utilizando-se a discussão conjunta do Caso Clínico e, portanto, o método da triangulação, já anteriormente proposta da *Escuta Diagnóstica*. É necessário que o aluno esteja pelo menos advertido acerca do lugar que ele ocupa na transferência para o paciente, para que possa refletir sobre isso e alcançar um relativo grau de liberdade, ou consciência, em suas decisões e condutas.

Isto é passível de ser buscado e ensejado durante a formação em medicina em sua mais ampla acepção, especialmente em se tratando de uma universidade pública, através daquela metodologia de ensino/investigação que se denominou *Escuta Diagnóstica*.

Entretanto, o primeiro movimento, o que subjaz e cuja oportunidade necessita ser propiciada antes mesmo de qualquer atribuição de valor material ou contabilizável, é o questionamento de cada um dos alunos quanto a seu desejo, caso queiram e possam - isto é, se tiverem oportunidade para falar e serem escutados – para construírem, a partir de si mesmos enquanto sujeitos, as suas razões de ser.

A hipótese deste trabalho, portanto, é de que a abordagem realizada, tanto pela Atenção Primária em Saúde Mental quanto pela Atenção Secundária, não permite observar a emergência do sujeito da demanda/queixa e, por conseguinte, não permite estabelecer a natureza da transferência ou de um laço social possível. Este fato pode ter incidências na forma como o futuro médico vai perceber e lidar com os acontecimentos da transferência no real, bem como nas suas estratégias de condução clínica.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS E METODOLOGIA

II.1. OBJETIVOS

Verificar a necessidade de aplicação da proposta de ensino da *Escuta Diagnóstica* no ensino médico, como um resgate da vertente diagnóstica na Atenção Primária em Saúde Mental, o que envolve também uma escuta do aluno enquanto sujeito.

Esta contribuição visa fornecer o embasamento teórico necessário para dar lugar ao médico, na prática clínica, a uma escuta que não seja discriminatória de um Caso como doença, mas de um paciente considerado como sujeito, como também propiciar uma abertura para a escuta dos alunos enquanto sujeitos.

II.2. MÉTODO

Para responder aos Objetivos acima enunciados, foi necessário sequenciar o exame em quatro eixos principais de análise, como se segue:

1. O Mestrado e o furo do saber na *práxis* – retomar o Mestrado (PIRES, 2007) para desvelar o furo do saber na *práxis*, através do método da triangulação e os resultados do Mestrado como demonstração de que, nas discussões conjuntas dos Casos Clínicos, ao se constituir uma “comunidade de conhecimento” em que as escutas eram compartilhadas pelos alunos, evidenciou-se que estas escutas eram diferentes entre eles.
2. A teoria do conhecimento e sua inconsistência lógico-simbólica – analisar teoricamente a contribuição de Russell que, através da descoberta de seu paradoxo, demonstra a impossibilidade de se abarcar simbolicamente o real em sua totalidade. O furo no saber, como a contradição na ordem simbólica, é estrutural.
3. A psicanálise lacaniana – interrogar o furo no saber simbólico para responder, através da teoria da Clínica Transestrutural proposta Lacan, como o conhecimento é ambíguo e contraditório, podendo ser paranoicizante. É a interposição estrutural do muro da linguagem no mal-entendido fundamental que permite uma operação

de separação entre os sujeitos/falantes e, que, por este motivo e paradoxalmente, ao mesmo tempo impulsiona o sujeito a falar, em algum tipo de laço social possível segundo a sua estrutura, em uma relação tangencial ao saber.

4. A Escuta Diagnóstica no ensino médico – para exemplificação das diferentes modalidades de Estruturas Clínicas, já haviam sido apresentados detalhadamente no Mestrado os resultados da discussão-conjunta com os *alunos-sujeitos* e da construção teórica do Caso Clínico em uma estrutura de *Neurose* (PIRES, 2007). No presente trabalho, foram trazidas sob a apresentação de vinhetas clínicas, ilustrações por cartas, através de fragmentos literários e ainda por um relato de Caso (Anexo 3).

O Método escolhido para o presente trabalho é o *Ensaio Teórico*, sob a perspectiva proposta por Theodor W. Adorno (2003).

Para se resgatar a vertente diagnóstica em Saúde Mental e, portanto, da escuta de um sujeito, verificou-se que pode ser demonstrado que no real da prática clínica o médico se encontra com a inconsistência lógica da ordem simbólica, através de duas modalidades – uma via experimental e outra via teórica.

Assim, pode-se afirmar que o presente ensaio teórico é de cunho analítico, pois, ao decompor os elementos constituintes de uma *práxis* através da busca de seus pressupostos teóricos, funda sua demonstração através de duas modalidades metodológicas distintas, cuja exposição será dividida em Evidências Experimentais e Teóricas:

Evidências Experimentais – Através da *Escuta Diagnóstica*, na disciplina-experimental da pesquisa-ação (PIRES, 2007), foi flagrantemente evidenciado que as escutas feitas pelos alunos eram diferentes entre si, o que será aprofundado no Capítulo III.

Evidências Teóricas – Procurou-se demonstrar teoricamente os pressupostos que fundamentam os resultados obtidos naquela pesquisa-ação, adentrando na teoria do conhecimento e na psicanálise lacaniana, para investigar a necessidade da aplicação da *Escuta Diagnóstica* ao ensino médico.

Para tanto, pode-se demonstrar a inconsistência lógico-estrutural da ordem simbólica pela via do Paradoxo de Russell, ao ser aplicado à Teoria do Conhecimento. Ao demonstrar que a impossibilidade estrutural é uma contradição inerente à própria lógica científica, impedindo a sua totalização, desvela que a remete a um deslizamento metonímico infinito ou a fechar-se em si mesma, dentro de um raciocínio tautológico e perpetuamente incompleto.

Pela via da teoria psicanalítica lacaniana, que pode ser vivida e verificada na experiência, demonstrou-se que haverá sempre no real um resto que escapa à linguagem. Serão indicadas as referências na psicanálise lacaniana que nos permitem embasar esta proposta.

Finalmente, elaborou-se que este resto de real que fura ou escapa à ordem simbólica na fala, não pode ser simplesmente ignorado, como se não existisse na prática clínica. É a partir deste lugar que o médico pode operar na transferência como um não-saber. Ao dar lugar à fala para um outro sujeito, colocando-se em um lugar de *Escuta Diagnóstica* respeitando a Estrutura Clínica do paciente/sujeito, ele pode ensejar o surgimento de algum tipo de laço social possível, exatamente porque esta é apenas uma relação que é sempre tangencial ao saber.

Dessa forma, o presente trabalho foi subdividido em partes sequenciadas, como se segue.

II.2.1. A demonstração experimental da viabilidade da *Escuta Diagnóstica* na pesquisa-ação do Mestrado

Inicialmente, fez-se necessário retomar os resultados obtidos da pesquisa-ação realizada por ocasião do Mestrado (PIRES, 2007), que verificaram a viabilidade da utilização da metodologia Clínico-Qualitativa da triangulação em uma disciplina experimental na Faculdade de Medicina da UFMG, utilizando-se da estratégia da colheita da História de Vida⁶.

II.2.1.1. Colheita da História de Vida

A metodologia de pesquisa Clínico-Qualitativa que foi empregada na Pesquisa-Ação do Mestrado teve como fulcro máximo de sua ação a entrevista de um paciente/sujeito, com o consentimento informado do paciente e dos alunos-participantes, para o que se denominou “colheita da História de Vida”. Esta entrevista foi realizada pela professora na presença simultânea do grupo de dez alunos, que foi o que permitiu na prática uma passagem dos alunos para uma posição de interrogação do saber.

⁶ O termo “colheita” em si desperta ambiguidades semânticas em relação ao termo “coleta”, sendo ambos derivados do verbo *colher* e de mesma etimologia. Foi dada preferência ao termo “colheita de história de vida” para enfatizar que o que se recolhe na história, além de ser proveniente de um ser vivo, são informações vivas e, portanto, sempre passíveis de serem reconstruídas.

Logo em seguida, de uma certa forma ainda informal e preliminar, foi feita uma discussão-conjunta entre os alunos para que eles relatassem o que haviam escutado (como uma espécie de *brainstorm* inicial), em um compartilhamento de observações e de relatos que configurou uma espécie de “comunidade de conhecimento”- antes mesmo de se procurar qualquer construção teórica sobre o Caso Clínico.

II.2.1.2. Resultados do método da triangulação: o furo no saber

O método da triangulação utilizado na disciplina experimental proporcionou como resultados as seguintes discussões:

- Contradições entre os relatos

Para surpresa e incitação da curiosidade de todos, os relatos feitos por cada aluno eram diferentes, não coincidindo entre si. Chegaram a ocorrer situações em que os testemunhos e as interpretações dadas pelos alunos – que foram sobre o mesmo relato, em uma única entrevista feita com o paciente, na presença de todos – eram contraditórias, apontando direções radicalmente opostas. Desta forma contingencial, aparecia na experiência dos participantes uma sensação de estranheza, que era evidenciada pela via da contradição simbólica entre os relatos.

Esta evidência do furo no saber, que ficou constatada pelas discrepâncias entre as interpretações dadas pelos diferentes sujeitos que haviam escutado um mesmo relato, fazia lembrar, neste mal-entendido fundamental ou muro da linguagem, a curiosa fábula dos “cegos apalpando um elefante”, para descrever o objeto. Cada um ouvia uma coisa e escutava um pedaço diferente, que se acrescentava e se confundia às dos outros como diferentes vieses de interpretação – não só as do próprio aluno/sujeito, mas também em confronto e cotejamento com as interpretações de seus colegas.

- Construção teórica do Caso Clínico

Para serem consolidadas a variedade e multiplicidade das interpretações dos alunos, foi solicitada a cada um deles a elaboração de um relatório por escrito. No encontro subsequente em aula, foram discutidas as diferentes versões apresentadas por cada um deles para aquele caso específico. Tornaram-se novamente flagrantes as discrepâncias e divergências entre os relatos, em comparação aos que foram elaborados pelos colegas e,

principalmente, às novas interrogações e questionamentos que foram sendo levantados por cada um deles, relançando uma nova pergunta sobre o furo no saber.

Esta segunda fase da discussão do Caso já tinha por base a experiência inicial vivida por eles na discussão-conjunta anterior, através do método da triangulação e, portanto, já não se tratava mais propriamente de um Caso como uma doença, mas agora com o estatuto de um sujeito falante. Assim, foi sendo gradual e paulatinamente desvelada a inconsistência lógica do simbólico, que foi progressivamente elaborada por todos os alunos em uma construção conjunta do conhecimento.

Foi, portanto, a partir do conhecimento paradoxal do furo no saber, que foram emergindo algumas perguntas teóricas pela via da história do romance familiar daquele paciente/sujeito, que configurasse a presença, ou não, de um cunho edipiano. Assim, procurou-se introduzir algumas interrogações acerca da possibilidade da construção teórica de uma hipótese diagnóstica preliminar de Estrutura Clínica e de qual seria o tipo de transferência, para aquele sujeito específico em questão. Foram levantados os pontos de convergência e de discordância dos vários e diferentes relatos feitos, pelos alunos/sujeitos, em uma mesma oportunidade de escuta.

- O furo no saber: Qual era o sujeito em questão?

Quando se contrapunham os diferentes relatos que foram feitos pelos alunos sobre a versão que fora oferecida por um mesmo paciente/sujeito em sua fala, mesmo tendo sido gravada a entrevista, suscitou-se ainda uma última questão: entre as diferentes versões, qual seria a verdade? Melhor dizendo, o que se interrogou foi: Qual era o sujeito em questão?

A experiência vivida pelos alunos como um furo no saber, ao apontar para a inconsistência lógica do simbólico, operou como uma balança da orientação para a *Escuta Diagnóstica* - para uma investigação que pretende ser apenas diagnóstica, a partir de um lugar ético de não-saber.

A questão acerca do lugar ético do médico na *Escuta Diagnóstica*, por sua vez, vem interrogar a cada aluno enquanto sujeito, sobre o seu desejo. A função do professor, portanto, é o de facilitador ou de operador quando se evidenciava a divisão do sujeito no aluno, dando suporte ao natural desamparo que pode vir a ser desencadeado quando se depara com o mal-entendido fundamental da linguagem.

II.2.2. Aprofundamentos teóricos para corroborar a necessidade da aplicação da *Escuta Diagnóstica* ao ensino médico

Na segunda modalidade metodológica, das Evidências Teóricas, visando demonstrar a necessidade da aplicação desta proposta de ensino/investigação, foram necessários aprofundamentos que viessem embasar em argumentos a contradição logico-estrutural da ordem simbólica. Um outro conceito de um sujeito, que escapa à lógica científica, requereu fundamentos teóricos que justificassem a necessidade deste tipo especial de ensino no curso médico.

No Capítulo IV, será examinada a questão da impossibilidade da completude da linguagem pelo ângulo da teoria do conhecimento. A descoberta do Paradoxo de Russell: “O catálogo dos catálogos que não se incluíam a si mesmos”, veio demonstrar que a lógica desta estrutura da ordem simbólica, é, por sua própria definição, não-totalizável.

Este paradoxo ou contradição lógica descoberta por Russell, que demonstra a inconsistência lógica da ordem simbólica, foi destacada e referida pelo psicanalista Jacques Lacan como a demonstração de que a fala deixa sempre um resto que escapa à lógica da ciência.

Em decorrência, no Capítulo V, pela via da psicanálise lacaniana, procurou-se desconstruir o mito de um sujeito que pudesse ser um indivíduo indivisível. O mal-entendido fundamental, ou o muro da linguagem, exerce uma função operativa para a separação entre os sujeitos. Este operador estrutural funciona paradoxalmente, interpondo o equívoco e a polissemia significativa como uma não-identidade entre os saberes e os conhecimentos. Os significantes e os significados não têm correspondência unívoca, o que é facilmente demonstrável pelo fato de que as palavras têm sentidos diferentes para cada um.

Este psicanalista demonstrou que o furo no saber, este resto que escapa à lógica simbólica, é uma necessidade estrutural que visa possibilitar aos diferentes sujeitos construir uma singularidade que possa fugir à rivalidade dual e especular do registro imaginário (“*O conhecimento é paranóico*” – LACAN, 1987). Em suma, simplesmente: a linguagem é diferente para cada sujeito.

Mais ainda, a construção teórica das Estruturas Clínicas que Lacan formulou em seu ensino continua sendo um instrumento teórico-clínico precioso e ainda válido para se abordar as diferentes interpretações que cada sujeito faz sobre o seu próprio sintoma.

E ainda pode-se acrescentar que: curiosamente, apesar de que a função paradoxal do muro da linguagem seja necessária - o que é ilustrado pela operação de separação na estrutura

da *Neurose* -, o ser humano é falante. Portanto, é por isto que, apesar de que a relação com o saber seja sempre tangencial, mas também apesar e por causa disto, que cada um dos sujeitos também sofre, à sua maneira, a necessidade de construir algum tipo de laço social que seja possível através da fala.

A seguir, no Capítulo VI, se tratará dos motivos que justificam propor a aplicação da *Escuta Diagnóstica* ao ensino médico.

Tendo em vista que aqueles resultados obtidos na prática da pesquisa-ação ficaram restritos ao trabalho-de-campo e ao seu relato na dissertação, como se aquele trabalho parecesse fútil ao permanecer apenas em nível de um estudo-piloto vão e infrutífero, fez-se necessário desenvolver uma linha de argumentação teórica que procurasse demonstrar como possíveis impropriedades conceituais, ou mesmo distorções curriculares, se encontram inseridas como contradições dentro do paradigma da teoria do conhecimento e demonstrar que levam a conclusões que são baseadas em estatutos epistemológicos diferentes.

Estes diferentes estatutos, que podem ser referidos também como sendo da ordem de duas dialéticas diferentes, vem a se refletir tanto na própria estrutura curricular quanto nas metodologias de ensino/aprendizagem, mais especificamente dentro da área da Atenção Primária em Saúde Mental.

Ao se propor a escuta de um sujeito, em uma metodologia de investigação que se denominou de *Escuta Diagnóstica*, propõe-se que seja deslocado o enfoque do paciente/doente enquanto objeto, para ceder-lhe um lugar de sujeito/agente de sua fala.

Curiosamente, através desta proposta de investigação e de ensino pode-se descortinar que, ao se interrogar um paciente/sujeito, pode-se abrir uma perspectiva para o aluno de medicina falar e, ao se colocar, descobrir-se ou emergir-se também enquanto sujeito. Ao procurar se diferenciar do outro enquanto um sujeito que é diferente dele, pode conseguir um relativo grau de distanciamento da proposta psicoterapêutica de uma simples identificação empática com o doente.

Esta é uma via possível para que ele, quando médico, possa vir a perceber que ocupa um lugar na transferência para o sujeito em sofrimento, desfazendo uma pretensão impossível e frustrante de totalização, mas que, ao mesmo tempo, propicia a descoberta da importância e a necessidade de sua função operatória como um lugar para o não-saber.

Finalmente, procurou-se demonstrar a especificidade da Saúde Mental na Atenção Primária, tomando o paciente não como objeto, mas como sujeito, e a relevância da função operacional do professor na formação do aluno no curso médico, ensejando oportunidade para escutá-lo também enquanto sujeito.

É desta forma, com estes aportes experimentais colhidos na UFMG, e teóricos, de uma maneira mais abrangente, que se espera poder contribuir para o ensino médico na Atenção Primária em Saúde Mental.

II.2.3 Discussão crítica sobre preconceitos e discriminação

Além de gerar possíveis efeitos de discriminação pelo paradigma do saber científico, que será abordado pela via da contradição da ordem simbólica, foram examinados também os preconceitos que são gerados por uma questão: a de que uma igualdade jurídica entre os homens seria gerada por uma suposta identidade, ou identificação.

As elaborações críticas feitas neste texto naturalmente terão como consequência gerar controvérsias, despertar polêmicas e quiçá incitar novos aprofundamentos. Ao se partir de uma reflexão sobre a questão ética na profissão médica, do papel social e do lugar do médico na relação médico-paciente, fez-se necessário abordar temas que são por sua própria natureza e estrutura fundados em conflitos éticos.

A psicanálise desperta resistências inconscientes que desde sempre suscitaram e continuarão suscitando controvérsias dentro da filosofia e das ciências humanas em geral, dentro da história do pensamento - dos pontos-de-vista da sociologia, da política, da psicologia, das relações entre a moral, que para alguns seria pública, e a ética, que seria particular ou da vida privada, ou vice-versa como preferem outros.

Foram abordados ou tangenciados tanto crenças e dogmas religiosos já instituídos em doutrinas – como a questão do livre-arbítrio, a igualdade entre os cidadãos, entre outros -, quanto questões absolutamente subjetivas intrínsecas aos fundamentos da noção de *indivíduo* e *identidade*, que tangenciam como pano-de-fundo subjacente um questionamento aos fundamentos superegóicos de um Eu ideal. Entretanto, não se propõe indicar caminhos, mas pode-se apenas provocar uma reflexão crítica do momento e da conjuntura histórica contemporânea, ao se tentar extrapolar os resultados de uma pesquisa-ação com instrumentos teóricos mais abrangentes, mas que não se pretendem universalizáveis.

Este questionamento tem como referencial teórico a contribuição da psicanálise freudiana e seu descobrimento do inconsciente, assim como a proposta lacaniana de uma *Clínica Transestrutural*⁷, como ferramenta de trabalho para um diagnóstico da Estrutura do

⁷ *Clínica Transestrutural*: a partir do último ensino de Lacan da clínica dos nós Simbólico, Imaginário e Real, que são articulados pelo Sintoma em cada Estrutura, esta concepção será melhor aprofundada no capítulo V, ao se introduzir a querela sobre os conceitos de normal e patológico.

sujeito falante. Tudo isto leva como consequência inevitável a um questionamento ético acerca da responsabilidade do sujeito psíquico, enquanto sujeito que detém algum grau de liberdade ou pelo menos que seria presumivelmente dono de seu próprio desejo, tendo a capacidade de fazer as suas escolhas - até certo ponto, ou dentro de um relativo grau de liberdade, como sendo suas.

Poderia se fazer alguma confusão com o conceito do “sujeito” de seu próprio Direito - que de certa maneira se aproximaria de um cunho arqueológico foucaultiano – em um reexame das próprias questões filosóficas que procuraram estabelecer as bases das relações sociais, que se confunde com a noção de indivíduo social contabilizável.

Entretanto, o presente trabalho não se refere a este sujeito social, já que na Saúde Mental, se for encarado apenas como objeto de uma avaliação padronizável, não poderá ser escutado enquanto um sujeito dividido pela linguagem.

Para se afastar liminarmente esta querela, pode-se lançar mão do argumento de Hobsbawm:

A antropologia física automaticamente levava ao conceito de “raça”, pois as diferenças entre povos brancos, amarelos ou pretos, negros, mongóis ou caucasianos (ou qual fosse a classificação empregada) eram inegáveis. Isso não implicava em si mesmo nenhuma crença em desigualdade racial, superioridade ou inferioridade, embora quando combinado com o estudo da evolução do homem na base do fóssil pré-histórico certamente a sugerisse. Pois os ancestrais mais identificáveis e mais remotos – principalmente o homem de Neandertal – eram claramente mais símiescos e culturalmente inferiores que seus descobridores. Logo, se algumas raças existentes poderiam ser demonstradas como estando mais próximas ao macaco do que outras, não provaria isso sua inferioridade? (HOBSBAWN, 2011, p. 400)

Este autor argui a necessidade de igualdade apregoada pelo liberalismo: “a própria ciência, o trunfo do liberalismo, podia provar que os homens não eram iguais” (HOBSBAWN, 2011, p. 403). Neste sentido se pode entender quando Hobsbawm afirma: “um mecanismo por meio do qual uma sociedade fundamentalmente desigual, mas baseada numa ideologia fundamentalmente igualitária, racionalizava suas desigualdades e defender privilégios que a democracia implícita em suas instituições inevitavelmente desafia” (HOBSBAWN, 2011, p. 403).

CAPÍTULO III – ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA-AÇÃO

Passaremos a examinar as evidências experimentais extraídas da Metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa que corroboram o furo no saber.

III.1. HISTÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO

Entre os anos de 2004 e 2006, foi desenvolvida uma Pesquisa-Ação como parte do Mestrado em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da UFMG, em que a pesquisadora criou uma disciplina optativa experimental para o oitavo período do Curso de Medicina da UFMG (PIRES, 2007)⁸.

A disciplina optativa foi oferecida aos “grupos-de-dez” alunos, que cursavam as disciplinas MGA e MGC nos ambulatórios dos Postos de Saúde Santa Inês (segundo semestre de 2004) e Carmo-Sion (primeiro semestre de 2005).

Ao se iniciar a Pesquisa-Ação do Mestrado, não se poderia ter a certeza antecipada de qual seria a metodologia de ensino mais adequada. Contava-se apenas com ideias iniciais sobre uma direção ou estratégia a seguir, além da confiança na capacidade e no interesse dos alunos.

Criou-se uma disciplina experimental na categoria da “Optativa” intitulada “Tópicos em Saúde Mental”, que foi oferecida aos estudantes que se dispusessem voluntariamente a participar dela. Do “grupo-de-dez” alunos, na primeira etapa foi obtida a disponibilidade voluntária inicial de oito – tendo dois alegado outros compromissos de estágios. Estes oito participantes se mantiveram até o final do semestre e dos Pós-Testes, e inclusive tiveram a ideia de se oferecer voluntariamente para apresentar a disciplina aos novos alunos do período seguinte.

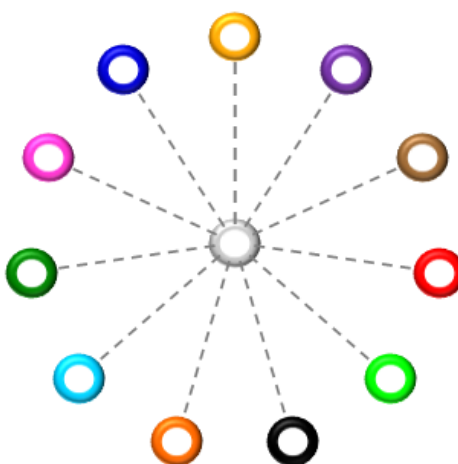
Já se previa de antemão que as teorias testadas naquela pesquisa prática necessitariam ser aprofundadas e poderiam ser revistas, para dar-lhes a sustentação necessária que estabelecesse as bases e justificasse o seu emprego. Ressalte-se que, por razões burocráticas, não foi possível dar continuidade imediata para o Doutorado, o que pode ter prejudicado um

⁸ Como já ressaltado, ao longo desta Tese de Doutorado, todas as vezes em que se fizer referência à Pesquisa-Ação, refere-se à Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG (PIRES, 2007).

pouco a sequência cronológica da exposição, mas pode ter contribuído para o seu enriquecimento.

Seguem-se os relatos das duas etapas metodológicas ou táticas que foram utilizadas, em dois semestres consecutivos, descrevendo o processo de construção e desenvolvimento, aprofundando-se a evolução na *práxis*, dentro da própria pesquisa.

III.2. A “*ESCUTA DIAGNÓSTICA*”: DEFINIÇÃO



A proposta denominada “*Escuta Diagnóstica*” (*E.D.*) consiste numa estratégia de investigação que não se confunde propriamente nem com a proposta feita por Freud da associação livre, visto que esta já pressupõe a necessidade prévia de uma transferência estabelecida e identificada, situando-se já ao nível de um contrato terapêutico, nem se confunde com a proposta de Lacan formulada em 1958 em “A direção do tratamento e os princípios do seu poder” (LACAN, Escritos, 1998), que ele intitulou de “Retificação Subjetiva”. Antes, se afigura como uma espécie de preliminar às duas propostas, que pode e deve ser feita antes mesmo que se tenha sequer estabelecido o diagnóstico do tipo de transferência e, portanto, da *Estrutura Clínica*, ou melhor, a aproximação de um diagnóstico diferencial de *Neurose* ou de *Psicose*, pois é esta exatamente a sua finalidade.

Com o objetivo de uma investigação diagnóstica preliminar, muda-se o enfoque da *doença* para o *sujeito*, propondo-se a ele que fale livremente sobre o que ele mesmo, “leigamente” falando, entende como sendo a sua “história de vida”. Como já salientado

previamente, tanto na clínica quanto na pesquisa-ação, com este convite sob esta rubrica nunca na experiência se obteve nenhuma recusa de colaboração por parte do paciente.

Ao se utilizar esta estratégia de abordagem está se procurando fazer uma transposição da relação imaginária especular inicial do paciente em sua transferência com o pequeno outro semelhante, para localizar alguma brecha em sua vertente simbólica. Assim, procura-se um *sujeito* – não necessariamente um “sujeito desejanter”, mas um *sujeito falante*: enquanto considerado na relação estrutural que repete, sintomaticamente, sua relação ao *saber/não saber*, ou com um impossível a saber como dizer.

III.3. UMA ESTRATÉGIA: “COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA”

O que se chamou trivialmente de “*colheita da História de Vida*” foi a estratégia encontrada como sendo a mais propícia ou conveniente para uma abordagem e aproximação ao paciente, no intuito de ensinar nele uma saída da posição de “paciente” passivo – que se poderia dizer assujeitado à “ordem médica” de Clavreul (1983) - para uma posição ética de dar um crédito de confiança: a um sujeito que seria capaz de fazer algum laço social possível por intermédio de sua versão ou do relato que faz, estabelecendo algum tipo de relação com o saber.

Para os fins deste ensino, portanto, na escuta não se trata de um “tratamento”. E mais: sequer se trata de uma garantia de diagnóstico, porquanto ela apenas propicia uma oportunidade a mais para que uma hipótese diagnóstica possa emergir ou não, o que em cada caso dependerá de múltiplas e complexas variáveis. Nos casos selecionados pelos alunos para o ensino, a hipótese diagnóstica de estrutura foi uma construção teórica conjunta, que pôde ser demonstrada.

Cumpramos ressaltar novamente – e nunca é demais enfatizar - que a proposta da ED, como o próprio nome indica, não tem absolutamente nenhuma finalidade terapêutica específica, muito embora não se possa afastar completamente a eventualidade de efeitos catárticos e de sugestão.

III.4. 1ª ETAPA: CENTRO DE SAÚDE SANTA INÊS

Antes de se dar início à disciplina experimental propriamente dita, foi aplicado aos alunos colaboradores um “Pré-Teste”, para averiguar ao final da disciplina as mudanças ocorridas na percepção dos alunos, com a aplicação de um “Pós-Teste” avaliativo.

III.4.1. Pré-Testes

Antes de se iniciar a disciplina experimental no Centro de Saúde Santa Inês, aplicaram-se Pré-Testes nos quais se procurou fazer uma espécie de levantamento preliminar, ainda de uma forma que possa ser considerada “grosseira” (tipo uma “peneira grossa”), para avaliar e situar o nível de conhecimento prévio dos alunos visando um “nivelamento” da turma, assim como para despertar o interesse e a curiosidade deles para o tipo especial de investigação que se pretendia. Procurou-se esclarecer os alunos para que fossem capazes de detectar e selecionar casos que pudessem ser de interesse para a pesquisa, sem prepará-los previamente com aulas sobre a teoria psicanalítica lacaniana das Estruturas Clínicas.

A partir do princípio do “não-aconselhamento”, procurou-se introduzir questões e tensionamentos que levaram os alunos a refletir, compartilhar e reelaborar tanto seus preconceitos quanto seus conceitos teóricos prévios, capacitando-os a exercitar uma construção teórica a partir dos Casos Clínicos. Foram privilegiadas as discussões e debates conjuntos que permitissem a livre expressão, o compartilhamento das dificuldades e suscitassem as questões a serem investigadas de forma a que elas partissem deles mesmos, sem terem respostas prévias.

III.4.2. Trabalho de campo

Os alunos foram capazes de selecionar, a partir dos atendimentos efetuados no ambulatório, um caso clínico que serviu para discussão como paradigma para o estudo da *Neurose*. Como já relatado, após o Termo de Consentimento Esclarecido - TCE - colhido do paciente e dos alunos, o caso escolhido foi satisfatoriamente debatido conjuntamente e forneceu subsídios para a construção teórica do Caso Clínico, feita num processo de bricolagem em que a professora-pesquisadora acolhia as observações e contribuições trazidas por cada um dos alunos.

Foram retrabalhadas a teoria da causalidade psíquica traumática, em um processo conjunto de desconstrução da concepção apriorística de que os sujeitos sejam todos iguais, a partir das diferenças de percepção de cada aluno e nas consequentes diferenças entre os seus relatos.

As discussões teóricas que se seguiram às entrevistas denominadas “colheita da História de Vida” foram muito profícuas, com viva participação e entusiasmo de todos os alunos envolvidos. Uma prova disto foi o oferecimento destes alunos que se disponibilizaram a introduzir a disciplina optativa para os futuros alunos do semestre seguinte, o que efetivamente ocorreu.

III.4.3. Pós-Testes – verificação dos objetivos atingidos na 1ª Etapa

Os Pós-Testes foram realizados para verificar se as hipóteses testadas tiveram seus objetivos atingidos. Em resumo, para verificar se os alunos se sentiram mais capazes de detectar casos precocemente, identificando casos de diagnóstico diferencial indefinido, elaborando construções teóricas conjuntas visando a formulação de hipóteses diagnósticas quanto à Estrutura Clínica do sujeito, verificando quais os significados atribuídos por eles às dificuldades que enfrentaram e as modificações que ocorreram em suas percepções dos pacientes enquanto sujeitos.

A principal dificuldade enfrentada em discussão conjunta foi acerca do papel que seria desempenhado pelo médico na relação transferencial. As discussões realizadas sobre a relação médico-paciente sob o enfoque da transferência foram frutíferas em revelar que o lugar ocupado pelo médico é o **lugar** em que ele é colocado pelo paciente, o que é revelado pela Estrutura do sujeito.

Portanto, num primeiro momento se poderia pensar que uma hipótese diagnóstica prévia de Estrutura seria necessária para se poder trabalhar a hipótese da transferência, e não o contrário. Entretanto, o que se descobriu foi que o registro imaginário é enganoso, ou seja, que “as aparências enganam”, pois se tornou evidente após o emprego da metodologia Clínico-Qualitativa da triangulação (TURATO, 2003) que as escutas tinham sido diferentes e, portanto, revelaram o furo no saber.

Assim procurou-se efetuar uma báscula na investigação da *Escuta Diagnóstica* para a dimensão do Simbólico como referência para a lógica que norteia a linguagem e, conseqüentemente, o laço social possível daquele sujeito. Que não fosse necessariamente dentro do sentido de um “*discurso*”, tal como concebido pelo examinador, mas sob a

perspectiva de qualquer tipo de transferência que fizesse algum tipo de laço possível, sob a égide de um **não-saber**.

Deliberadamente, evitou-se introduzir conceitos teóricos da psicanálise lacaniana. Deixou-se a cargo dos alunos-sujeitos a explicitação das questões levantadas por eles – tanto as suas próprias, quando as relativas aos pacientes, procurando-se separar quais as questões eram deles, e quais as que seriam presumivelmente as dos pacientes.

III.4.4. Resultados da 1ª Etapa: objetivos atingidos

A partir dos comentários dos próprios alunos da disciplina experimental, foi possível verificar que foram atingidos os objetivos da pesquisa de apontar o furo no saber, pela metodologia Clínico-Qualitativa da triangulação.

A viabilidade da transmissão do furo no saber pôde ser demonstrada no Mestrado, nas discussões desencadeadas pelo procedimento da *Escuta Diagnóstica*. A convocação do aluno enquanto sujeito será ilustrada, recuperando-se preciosos comentários e conclusões dos alunos 1 e 2:

- *“O clínico tem mais facilidade de abordar que o psiquiatra”,* ou: - *“A abordagem tem que ser do clínico”* (p. 117).

Sobre as dificuldades iniciais na técnica de abordagem, eles manifestaram seus receios:

- *“Ele pode aceitar ou não”,* e: - *“Será que ele quer falar?”* (p. 120).

Descrevendo a angústia trazida pela identificação:

- *“Eu fiquei me enxergando...aquilo lá mexeu muito comigo...eu fiquei vendo...o tanto que o trem é forte... é a base, é a minha base, o trem não muda, esse trem não vai mudar, eu não estou aguentando esse sofrimento da estrutura neurótica do “ái, ele me ama, ele não me ama”, o que que eu faço para ser mais especial...a ficha só caiu naquele dia, de tanto que eu sou neurótica.”* (p.121).

O medo da identificação com o sofrimento do paciente levava à necessidade de uma espécie de “defesa”, aumentando o preconceito contra atender qualquer tipo de sofrimento mental, e levando à raiva e revolta por sua própria impotência. Por exemplo:

- *“Eu chego em casa com vontade de chorar, e me sentia covarde, menor e inferior por causa disso”* (p.123).

A deficiência na formação leva a um maior preconceito contra a Saúde Mental:

- *“Esse povo é todo maluco”* (p. 121). E ainda: - *“Na ginecologia a gente fazia perguntas sobre a sexualidade, sobre a relação sexual”* (p. 122).

Trabalhando os preconceitos contra os psicossomáticos:

- *“Por que que a pessoa vive assim, sabe? Não é por simples prazer de aparecer num médico inventando um tanto de coisa”*; e ainda: - *“Será que a dor dela existe, mesmo?”* (p. 122).

Com relação às lacunas na formação do médico, foi verificada por eles a necessidade de nivelamento da turma, que formularam críticas à metodologia empregada no currículo atual da UFMG para o ensino em Saúde Mental.

A técnica de entrevista aberta, com um certo cunho de associação livre (mas que com ela não se confunde), foi estimulada por uma curiosidade desinteressada enquanto uma posição do “aluno-sujeito”. Isto foi claramente percebido pelos alunos, que se pronunciaram assim:

- *“Ela é que ia guiando o lado assim...”* (p.119)

O ponto-de-virada na pesquisa foi a passagem do conceito de ajuda enquanto escuta terapêutica para uma escuta com o enfoque diagnóstico. Paradoxo ou impasse - o medo da responsabilidade e a separação entre o que é do médico e o que é do paciente levam a um dilema ético:

- *“Ou você fica querendo resolver tudo, ou você fala assim: “Você se resolva”. E ainda: - “Até que ponto eu devia ir, e até que ponto é problema dele?”*” (p. 126).

A conclusão a que os alunos chegaram foi a necessidade de uma separação ou um relativo distanciamento do paciente-sujeito, sem desresponsabilização do médico (como se verá no próximo parágrafo):

- *“Transformar o paciente como ele próprio agente de transformação na vida dele, na história dele.”* (p.126) E ainda: - *“É eles que vão ver o que que eles podem fazer por eles mesmos”* (p. 127).

A insegurança inicial diminuiu ao se amenizar o “furor curandi”, mas nesta primeira etapa continuou em aberto o questionamento acerca do objetivo de se tentar fazer um diagnóstico precoce:

- *“Quê que a gente pode fazer com relação a esse paciente pra tentar adiar, evitar o surto assim, ou é que a gente fica só esperando?”* (p. 131).

Com relação aos benefícios diretos para o paciente:

- *“Isso talvez não vá te ajudar, mas vai ajudar a gente...”* (p.133)

- *“Pra saber como que ela vai se comportar, o prognóstico, como você pode tratar, como você pode intervir ou não”* (p. 133)
- *“Passa a ser obrigação nossa tentar essa colheita, sabe? Acho que eu não me permitiria mais aquele famoso: “Ah! Não tem nada, não...”* (p. 133)
- *“Senão nem ela ia imaginar que ela ia se abrir...”* (p. 134)
- *“Então você percebe que a estrutura dela já vinha assim, desde sempre...”* (p.135)

Quanto à reelaboração do conceito de Édipo e fantasia edipiana:

- *“Parece que isso é busca de vida inteira da pessoa, procurar um sentido para o que ela está vivendo, né? E justamente passando pelo Édipo”* (p. 136)
- *“Eu achava que o complexo de Édipo era o pênis”* (p. 136)

O risco de autoextermínio em pacientes “predispostos”, “vulneráveis” ou “susceptíveis” foi rediscutido à luz de uma retificação da posição ocupada pelo médico em sua função:

- *“A paciente fala pra mim que acorda de manhã e tem vontade de pular na frente de um caminhão e eu falei pra ela ir embora e que ela voltasse dali a seis meses porque os exames dela estavam ótimos...”* (p. 136)

A separação entre o desejo do médico e a demanda do paciente possibilitou um questionamento ético sobre o conceito prévio de “médica boa”:

- *“Como vou saber se o paciente não gostar de mim? Tenho tanto medo daquele negócio da aprovação e ficava tentando ser “a mais gente boa...”* (p. 139)
- *“Não era que eu tinha que ser uma médica boa para o paciente...”* (p. 139).

III.4.5. Análise dos Resultados da 1ª Etapa

O questionamento e a crítica ao final desta primeira etapa foi de que os resultados obtidos, apesar de não serem insatisfatórios, ainda pareciam insuficientes. Talvez pudesse ter sido o tempo – de apenas um semestre - que tivesse sido insuficiente. Apareceram alguns casos que suscitaram nos alunos suspeitas ou dúvida diagnóstica de Estrutura e que foram utilizados nos debates teóricos, mas infelizmente na prática não houve tempo ou oportunidade para a necessária aproximação e abordagem do paciente para convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa. Com isso, perderam-se algumas chances, que foram lamentadas pelos alunos.

Além do tempo insuficiente, vários outros poderiam ter sido os motivos. Talvez a entrada em campo devesse ter sido melhor trabalhada pelo pesquisador junto aos professores-

colaboradores, que ministravam as disciplinas MGA-I e MGC-I, e que eram os responsáveis finais pelos pacientes. Talvez os alunos, por não conhecerem claramente os objetivos teóricos da disciplina – que não foram explicitados, deliberadamente – pudessem ter se sentido inseguros por não saberem exatamente aonde é que se pretendia chegar. Há que se registrar também a hipótese de que até aquele momento pudesse haver alguma insegurança da professora-pesquisadora, o que se chama de “pesquisador enquanto instrumento”.

III.5. 2ª ETAPA: CENTRO DE SAÚDE CARMO-SION

Para dar continuidade à Pesquisa-Ação na disciplina experimental, para a segunda etapa, com uma nova turma de oitavo período do Curso de Medicina da UFMG, foi escolhido o Centro de Saúde Carmo-Sion por ser referência de qualidade em Atenção Primária.

III.5.1. Estratégia de introdução da Disciplina Experimental pelos ex-alunos

Para facilitar o aproveitamento dos próximos alunos na disciplina experimental, os próprios alunos da etapa anterior se dispuseram a lhes introduzir as ideias iniciais e estimulá-los para a captação o mais precoce possível dos pacientes que porventura aparecessem e fossem interessantes para os fins da disciplina. Esta introdução, feita de-aluno-para-aluno, aliada a uma atitude favorável e interessada dos professores-colaboradores, contribuíram fortemente para o sucesso desta etapa. No chamado “grupo-de-dez”, inscreveram-se onze alunos, que participaram ativamente até o final.

III.5.2. Resultados da 2ª Etapa: objetivos atingidos

Nesta segunda etapa os efeitos de transmissão se fizeram notar com muita ênfase, o que se pode considerar um resultado surpreendentemente satisfatório e acima do esperado. Como previsto, foi selecionado pelos alunos um primeiro paciente como paradigma da estrutura da *Neurose*. Após trabalhado este primeiro caso, foi selecionado um outro paciente com a suspeita inicial de estrutura de *Psicose*, o que foi confirmado pela entrevista.

Após a primeira entrevista, na discussão e construção teórica conjunta do Caso Clínico, foi evidenciada a presença da fantasia edipiana, o que não foi encontrado no segundo relato. A confirmação da estrutura foi realizada portanto em contraposição ao primeiro caso,

pela comparação da lógica da linguagem em cada um deles, como se disse, “pelo negativo”. A descrição deste último caso foi intitulada “Fumo desde um ano de idade” e se encontra em Anexo 3 (p. 153).

Os alunos foram capazes de elaborar construções teóricas empregando ideias e conceitos da psicanálise, sem que eles mesmos soubessem.

Sobre a castração imaginária e simbólica:

- *“Eu acho que ele teve que fazer isso para justificar a falha dele.”* (p.144)

Sobre o conflito e o paradoxo - a ambivalência entre a identificação e o desejo do Outro:

- *“Era agradar a mãe. Ele queria ser igual ao irmão, né? Mas ele odiava o irmão....Só que ele queria ser igual ao irmão e ele fazia coisas para conquistar o amor da mãe... porque o irmão dele era a figura paterna para ele.”* (p.144)

A percepção dos alunos do desejo de desejo do Outro:

- *“Será que ele pode fazer isso e eu tenho que me sujeitar ao que ele fez?”* (Aluno n. 4, p. 144)

- *“O que que o Outro quer de mim? Possivelmente será que ele quer que eu seja sempre apedrejado?”* (Aluno n. 8, p. 144)

- *“Como que ele pode sentir raiva do “P” (irmão), tentar matar o “P”, se ele mesmo queria ser o “P”? Ele quer aprender com o “P”, ele quer imitar o “P”. Só que ele tem raiva do “P”. Ele se sente culpado nesse paradoxo. Se ele matar a pessoa que ele quer imitar, ele perde a referência.”* (p. 144)

O conceito de Falo foi trabalhado na vertente de significante do desejo, dentro da fantasia edipiana, enquanto enigma do desejo do Outro:

- *“Nossa! Como eu sou bonzinho, ela vai gostar de mim!”* (p. 144)

- *“O “P”, dentro da fantasia inconsciente dele, tem o Falo que preenche a mãe, preenche o vazio da mãe vê ele então fica tentando ser o próprio “P”, Para ele poder preencher a mãe a partir de então”* (p.145)

- *“O que que eu tenho que fazer pra ser amado? O que que está faltando no Outro, que eu posso fazer pra ser amado?(...) A questão do Falo mesmo (...) pra eu ter isso que ele não tem.”* (p.145)

- *“O desejo do Outro é um enigma, mas eu vou atrás disso...”* (p. 145)

Em relação ao surgimento na experiência da divisão do sujeito:

O neurótico, entre a culpa e o reconhecimento para tamponar a castração e como estratégia para uma identidade, numa preciosa – e rara – revelação da divisão do sujeito:

- *“Ele está caçando o quê que ele tem de errado, qual que é o problema dele...”*
(p.145)

- *“Poderia ser uma punição, não sei. Ou uma punição, ou então uma estratégia para ser reconhecido.”* (p. 145)

O desejo de onipotência (o *Recalque* que tampona a castração) como equivalente a uma pretensão megalômana:

- *“... ele achava que ele saía prejudicado. Ele achava que sempre o amor que ia para ele nunca era satisfatório.”* (p. 145)

- *“Aquilo já é uma coisa pessoal contra ele ou a favor dele...aquilo aconteceu por sua causa, fizeram isso por causa dele, ele é que tinha alguma coisa que a mãe não gostava, porque ele estava sempre querendo melhorar ele, pra ter o amor do outro.”* (p. 145)

- *“...é a culpa na mãe, mas ele se sentia responsável por esse comportamento dela, provavelmente alguma coisa que ele tenha feito.”* (p. 145)

A fantasia - o “culpado” se condena a se sentir “idiota”:

- *“Ele constantemente faz papel de idiota, papel de besta...Ele está fazendo papel de idiota, por que? Ele se sente culpado por não ter o amor da mãe...A impressão que eu tenho é como se ele estivesse condenado a sentir sempre essa culpa, condenado a se sentir idiota.”* (p. 146)

- *“Sou eu que ajudo, e ela não dá valor. Quê que eu fiz, pra ela não gostar de mim?”* (p. 146)

Foram fundamentais as elaborações críticas e conclusões dos alunos sobre o *Recalque* e o Sintoma:

- *“Por que que ele não consegue se livrar da situação?...ele tem que se identificar, aí ele introjeta a raiva contra ele mesmo. (...) Porque ele tem que ser amado, mas ele tem um sentimento de culpa.”* (p. 146)

- *“Ninguém lá em casa enfrentou o “P”, mas ele se esquece de colocar que ele também. Mas no fundo eu acho que ele tem ciência disso.”* (p. 146)

III.5.3. Análise dos resultados da 2ª Etapa

III.5.3.1. Percepção dos limites de atuação do médico

Neste ponto foi oportunamente trabalhado em discussão com os alunos o conceito de Retificação Subjetiva, a qual foi considerada em conclusão como o limite necessário a uma intervenção por parte do médico, por extrapolar as suas funções. Foi importante a demarcação deste ponto-limite de atuação. Foram discutidas as diferenças entre diversas concepções teóricas divergentes dentro da psicanálise acerca das propostas de posturas “terapêuticas” e/ou “psicoterápicas”.

Ocorre uma desobrigação da função terapêutica:

- *“Você não tem que por a pessoa no colo, não...você não tem que tirar problema de ninguém na vida. ...Você não tem nem que esfregar na cara dele o problema dele.”* (p. 148)

Onde se vê claramente o viés diagnóstico que o “aluno-sujeito” percebe, no pressuposto de igualdade para uma identificação:

- *“Saber de onde, como, o por quê disso. Isso talvez deixa o médico menos parcial, menos tendencioso a direcionar diagnóstico, inclusive diagnóstico de condutas que inclusive são frutos de sua própria estrutura...”* (p. 148)

III.5.3.2. Diferenças entre as estruturas: uma metodologia “pelo negativo”

O segundo paciente selecionado no Centro de Saúde Carmo-Sion permitiu a construção conjunta do caso clínico a partir da *Escuta Diagnóstica* de um sujeito de estrutura clínica da *Psicose*. Este caso clínico, demonstrando a falta do romance familiar edipiano (LACAN, 2003), foi publicado em um Congresso em 2006 e examinado como Anexo 3, sendo intitulado *“Fumo desde um ano de idade”* (PIRES, 2006).

Como metodologia de ensino, propôs-se que como primeiro passo, num primeiro momento, os alunos selecionassem para investigação um Caso Clínico do qual se suspeitasse ter a estrutura de *Neurose*. Esta metodologia teve por objetivo que os alunos pudessem perceber que no romance familiar do sujeito havia uma crença no Édipo e nesse sentido edipiano havia uma crença no Pai como ponto-de-basta enquanto operador da Lei da linguagem. Após esta primeira demonstração (que se poderia chamar de “Édipo positivo”, por denotar a presença da *metáfora paterna*), num segundo momento foi demonstrado um caso

com a hipótese diagnóstica de *Psicose*, pela ausência do que se procurava, por contraposição ou “pelo negativo”: a falta do *Nome-do-Pai* (LACAN, Sem. 3, 1988 e “*De uma questão preliminar...*”, 1998, p. 563).

Portanto, a metodologia de ensino percorre exatamente o caminho inverso do que se pretende fazer na *Escuta Diagnóstica*, que vai na contracorrente desse movimento: da *Psicose* em direção à *Neurose*. Ou seja, haveria que se partir do consentimento prévio com a pressuposição teórica de uma “loucura genérica” (MILLER,...) para que se minimizem os riscos nas abordagens desencadeados por preconceitos apriorísticos na escuta. Para que os alunos possam ser advertidos teoricamente, eles necessitam ser advertidos de que todos temos um “ponto-cego na retina” e, que, portanto, não se pode fazer deduções precipitadas baseando-nos em nosso próprio raciocínio.

Este seria o terceiro e último passo para o ensino: com sua aplicação prática a um Caso Clínico novo. Este deve ser escutado com a curiosidade e a abertura necessária para se acolher uma surpresa viva e mutável, e não como um dado definitivo a ser coletado.

- Técnica de não-confrontação:

Os alunos concluíram que as dúvidas quanto ao diagnóstico de estrutura (delírio, mentira ou fantasia) só puderam ser definitivamente esclarecidas após a colheita da História de Vida, sob o enfoque da *Escuta Diagnóstica*. Foi claramente percebida a inadequação de uma eventual confrontação do delírio:

- “...pergunta se é verdade mesmo...Aí a D. não perguntou, porque ela sabia que, se ela perguntasse, corria o risco dela sentir essa confrontação e não voltar lá mais...” (p. 148)

- “... você não vai chegar e dizer: Você está mentindo..., aí eu acho que ela fechava todas, entendeu?” (p. 160)

- Percepção pelos alunos da falta de uma posição subjetiva na *Psicose*

- “Por que minha tia está fazendo isso comigo, que que eu fiz? Será que ela gosta de mim, mesmo? Ela nem pensava nisso, não.” (p. 152)

- “Ela não tinha interesse em agradar ninguém...Mesmo quando o pai dela morreu, também ela ficou um pouco indiferente.” (p. 152)

- *“Ela não mostrou que ela queria que o pai gostasse dela, por que que o pai não gostava dela. (...) Nem demonstrou que ela tinha o desejo de que a mãe gostasse dela.”* (p.152)

Após a transcrição das fitas gravadas e durante a etapa de análise de conteúdo, para a elaboração dos resultados, a aluna-colaboradora assim concluiu, indiretamente:

- *“Não é o trauma que faz a pessoa surtar”* (p. 154)

O que veio confirmar, mais uma vez, a evidência de transmissão deste conhecimento, mesmo sendo tão abstrato e complexo.

- A segurança em consequência da mudança de perspectiva acerca do papel do médico - uma desculpabilização sem desresponsabilização

- *“É não deixar o paciente na posição de paciente...o paciente tem que ser ativo, também, na relação....Não posso resolver, tem certas coisas que só ele pode resolver”* (p. 157)

- *“Você percebe o quanto que já não está nas suas mãos, o quanto que isso é uma coisa muito lá embaixo, pra você achar que o remedinho vai resolver...”* (p. 157)

- *“A gente tem pelo menos que saber por que que a gente está perguntando...”* (p. 157)

Note-se que o aluno-sujeito não tem que saber o que perguntar, mas o objetivo de por que perguntar - *“Primum non nocere”*, respeitando o sujeito:

- *“Você pode até nem ajudar ele, mas também não vai alterar a forma dele pensar, nem nada”* (p. 160)

- *“É simplesmente um saber disso e ficar atento e saber que aquilo faz parte da minha paciente”* (p. 160)

- Sobre a avaliação do risco de suicídio

Por que o médico não pergunta? Algumas respostas:

- *“...porque a conduta seria sempre a mesma!...Pode ser por ele não saber é o que que a resposta da paciente ia ajudar na conduta que ele ia tomar...”* (p. 160)

Vejam-se as mudanças de concepção nos seguintes comentários relatados à página 163, que ocorreram especialmente quanto às diferentes concepções de morte para os sujeitos de diferentes estruturas e em relação a uma abordagem possível pelo clínico generalista:

- *“Um neurótico, ele sempre busca o que ele é, pros outros. Então, isso teria diferença em relação ao psicótico, que não teria esse sentimento”*

- “O neurótico quer morrer porque ele não supriu o desejo do Outro”
- “Fica muito mais fácil de lidar com os distúrbios psíquicos, sem ter o preconceito que muitas vezes se tem. Fica mais claro então lidar com um paciente que quer se suicidar e de não apenas me horrorizar com isso.”
- “Não é questão de fazer terapia...e nem ficar falando: AH! Coitadinha! Não se mata, não!...”

III.6. CONCLUSÕES EXPERIMENTAIS

Como se pode verificar, os alunos foram capazes de discutir espontaneamente os conceitos básicos que fundamentam a teoria da estrutura da *Neurose*, mesmo sem conhecer os termos técnicos e os jargões da literatura psicanalítica. As ideias foram captadas e os conceitos foram sendo construídos à medida que a discussão avançava, a partir dos questionamentos que os próprios alunos se faziam, construindo as suas próprias ideias e elaborando os conceitos teóricos que foram sendo introduzidos gradativamente, somente na medida em que iam surgindo no compartilhamento das impressões.

Naquela ocasião, foi seguida a metodologia de ensino que havia sido proposta desde o início do projeto de pesquisa: partindo-se de um caso-clínico paradigma da *Neurose*, em direção a um caso ilustrativo da *Psicose*. Assim, foi feita uma descoberta que se pode dizer gradual por contraposição, que foi chamada de “pelo negativo” (ou pela via da ausência de um romance familiar de cunho edípiano, ou pela falta do “Nome-do-Pai”), e desta forma ficou claramente evidenciada para os alunos a diferença estrutural.

O conceito de *Transferência* pode então ser ressituaado, não mais a partir da ótica do médico ou do entrevistador, mas a partir da *ética* do sujeito em questão. Esta *ética* saiu da dimensão do puramente imaginário e passou para o âmbito da contradição lógica da linguagem, enquanto uma relação do sujeito entre o saber e o não-saber. A partir da aceitação, pelo *aluno-sujeito*, de **um ponto de não-saber** é que foram passíveis de serem discutidas quais poderiam ser as repercussões trazidas pelas diferenças estruturais no estabelecimento dos tipos de *Transferência* em jogo no laço social, para cada paciente escutado enquanto sujeito, em cada caso.

Ao se propor uma “colheita da História de Vida” se propiciava uma oportunidade ao sujeito para se expressar livremente, em sua versão própria, o que até poderia vir a fornecer as informações que se procurava por curiosidade, embora de uma maneira indireta. Se convidava

e estimulava o sujeito a relatar a percepção que ele mesmo tinha, a sua própria interpretação acerca de sua história de vida, dos sentidos que ele atribuía aos acontecimentos de seu nascimento e de sua vida, das significações e atribuições simbólicas que ele poderia dar – ou não - ao desejo do Outro e, portanto, da viabilidade de algum laço social que ele fosse capaz de construir sob transferência.

Esclareça-se, é preciso que se diga para ser mais exatamente rigoroso que iniciar-se uma investigação a partir de um não-saber é o equivalente, pela teoria lacaniana, a se partir do pressuposto da estrutura da *Psicose* para, eventualmente, se for o caso, se deparar com uma *Neurose*. Entretanto, para facilitar metodologicamente a aproximação, neste ensino foi necessário se percorrer o caminho na direção inversa, tomando-se por base que a maioria dos *alunos-sujeitos* tem a estrutura da *Neurose*, e consentiram com a experiência após o TCE.

III.6.1. Um lugar para o não-saber

Assim, a proposta feita ao paciente de “*colheita da História de Vida*” opera como uma estratégia de investigação que procura - a partir de uma postura ética em uma posição de não-saber, que Freud, em 1910, denominou “curiosidade desinteressada” (FREUD, v. XI, ESB, 1976). - percorrer as ambiguidades e os equívocos dos significantes. Esta é uma tentativa nunca acabada, ou seja, sempre provisória, de perceber qual seria a “posição subjetiva” (MILLER, 1997) do paciente em sua relação com o saber e, em última análise, com o grande Outro.

Paradoxalmente, o “*Não sei*” do *médico-sujeito* é o que pode operar, incitando o “*Não sei*” no *paciente-sujeito*.

Ao se interrogar um sujeito sobre qual a sua versão, sobre os seus “porquês”, ou as justificativas que ele dá para o seu relato, como ele interpreta os acontecimentos de sua história, ele pode, em algum momento ou em algum ponto, dizer: “*Não sei...*”

Numa estrutura de *Neurose* é esta a chave de leitura, o ponto em que se pode vir a fazer bascular o discurso do sujeito em direção ao desejo de saber e à suposição transferencial deste saber no Outro. Nesta estrutura, o desejo de saber, entretanto, luta contra um “não querer saber”. Isto pode ensejar o amor de transferência como resistência, mas também ser o motor da experiência, pois pode ser redirecionado para o saber, em função do desejo do analista operando enquanto causa.

Também no ensino não se trata de demonstrar um sentido para o aluno, como se fosse a demonstração de um teorema. Trata-se mais de uma espécie de discussão e elaboração do

sujeito consigo mesmo, contra as suas resistências, para se furtrar a este pretenso sentido, que é esperado e pretendido por ele, interrogando-se a si mesmo e à sua própria significação.

Há que se advertir o aluno de que um saber unívoco e sem contradições não existe e, a partir daí, desenrola-se uma luta interna contra essa pretensão fálica de sentido, que é o nosso. Sob esta perspectiva procura-se exatamente a falta de sentido – é procurar “se ainda tem mais alguma coisa para dizer” – o que não está dito, o que manca, tropeça, ou melhor, curiosa e paradoxalmente, o que não é possível dizer.

Para efeitos de técnica, na prática, em que consistiria isso? Nunca em uma afirmação, ou mesmo num corte, que fixasse a significação, mas em se procurar uma pergunta a mais. Não necessariamente dirigida, exatamente ou diretamente aos “porquês”, mas por um caminho que se poderia dizer *tangencial*, referente a algum equívoco significante na fala do sujeito. Uma pergunta fundada numa ambiguidade semântica que o *aluno-sujeito*, advertido, já admitiu previamente, porque consentiu e aceitou o furo da significação, se contentando em adotar a posição de **não-saber**. Este consentimento do *aluno-sujeito* com a falta e a castração simbólica, portanto, funda-se em uma transferência com o professor suposto-saber, e não se apoia na comumente chamada *contra-transferência*.

Funda-se em aceitar uma posição de *humildade advertida* perante o saber, que é incongruente com a postura autoritária habitualmente adotada pelo estereótipo do “médico doutor sabe tudo” – a de não se deixar ser levado pelas tentativas e cobranças de significantização no momento em que forem feitas pelo paciente. Apenas lançar uma espécie de convite à reflexão, como se fosse “à deriva”, fazendo perguntas enganchadas segundo as respostas do paciente-sujeito. Esta abertura à surpresa é um “deixar-se ser surpreendido” por alguma ambiguidade ou equívoco significante dentro do relato, mas sem confrontação ou questionamento.

Como numa supervisão, o sentido desta significação enigmática permanecerá como um enigma pretensamente passível de ser decifrado para o *aluno-sujeito*, que por sua vez o endereçará transferencialmente ao professor enquanto suposto-saber.

O professor é colocado, portanto, pelos *alunos-sujeitos* sob *Transferência*, em um lugar de suposição de saber. Assim, tende-se a se esperar dele que opere como agente em direção à emergência de um saber sobre uma pretensa *verdade*, que seria a do paciente-sujeito. Em termos de uma atribuição de *verdade*, já se poderia pensar em estar no viés terapêutico da interpretação. Não é esta a função do professor, que deve se ater a operar como um facilitador em uma espécie de “*comunidade de aprendizagem*”, a fim de procurar um

patamar comum de referência para a bricolagem da construção teórica conjunta do caso. Assim, uma hipótese diagnóstica torna-se possível: pode emergir daí, ou não.

Entretanto, faz-se mister salientar que este processo é inevitável, independente de o médico querer saber ou não da sua existência. Sempre ocorrerá e estará subjacente a qualquer incidência possível da linguagem, pois que: “*Um saber é, no fundo, uma tábua de verdade. É um saber porque é uma certa articulação de significantes.*” (MILLER, Revista Opção Lacaniana, nov. 2011, p. 34).

Na medida em que, nesse tipo de investigação diagnóstica, os alunos puderam participar enquanto sujeitos, eles estavam pondo em jogo as suas próprias questões e se deparando exatamente com o furo no Saber. Paradoxal situação, que incita a curiosidade (pulsão escopofílica, segundo Freud) levando a um desejo que lembra o aforisma socrático: “Só sei que nada sei...”.

Este tipo de conhecimento não é exatamente mensurável por uma avaliação quantificável, mas passível de ser evidenciado quando cada um dos participantes do “jogo” coloca algo de seu, de si, neste processo de problematização a partir do caso clínico. Isto estabelece uma forma de laço social, em uma espécie de “*comunidade de aprendizagem*”, que é relativa ao Saber, mas que é de cada um, em seu estilo e do seu jeito.

No próximo capítulo, este mesmo furo no saber será reexaminado teoricamente, desta vez a partir do paradoxo estrutural apontado por Bertrand Russell na Teoria do Conhecimento.

CAPÍTULO IV – UM PARADOXO NA TEORIA DO CONHECIMENTO

Nos próximos Capítulos serão discutidas as dialéticas diferentes entre o “*sujeito*” e o “*indivíduo*”, a partir de duas orientações teóricas:

1. Pelo paradoxo estrutural da teoria do conhecimento;
2. Pelo paradoxo estrutural do sujeito dividido pela linguagem, no Capítulo V.

IV.1. CONTRADIÇÕES ENTRE OS CONCEITOS DE *SUJEITO* E *INDIVÍDUO*

Quando se adentra nesta questão, depara-se com uma diferença delicada mas absolutamente fundamental para as considerações que se fizeram necessárias e serão aprofundadas neste trabalho. Verifica-se que se pode atribuir ao conceito de um sujeito, enquanto inserido em uma dialética do social, a mesma noção de um indivíduo que fosse único, mas da ordem de um número que seria passível de ser contabilizado dentro da lógica da ordem simbólica.

O conceito de *indivíduo* remeteu ao aprofundamento da Teoria do Conhecimento, pela via de sua própria contradição lógico-estrutural que a funda e a institui, conforme se examinará através da brilhante descoberta feita por Bertrand Russell, desde 1901 (RUSSELL, 2007). Procurará se acompanhar o caminho percorrido por ele, na tentativa de estabelecer as bases para uma teoria científica moderna que pudesse excluir de dentro de sua lógica a contradição e o paradoxo, no intuito de positivar uma realidade factual, mas ao preço de excluir ambiguidades e as falácias reflexivas da auto-referência, como ele mesmo apontou.

O famoso Paradoxo de Russell é comumente enunciado como: “O catálogo dos catálogos que não se incluem a si mesmos”, tendo sido indicado por Lacan (Seminário 16: “*De um Outro ao outro*”, 2008) como a demonstração teórica da inconsistência lógica da ordem simbólica, apontando para um furo estrutural no saber.

IV.2. O CONCEITO RUSSELLIANO DE *INDIVÍDUO*

Tendo em vista o peso que adquiriu como paradigma para o pensamento da ciência moderna, tendo servido inclusive para o assentamento de inúmeras outras produções de

ordens filosóficas, psicológicas e sociológicas, Bertrand Russell tornou-se autor de referência para a cultura ocidental, como base para uma teoria do conhecimento através da razão.

Ressalte-se desde já que se poderia pensar que o que se oporia à lógica simbólica da teoria do conhecimento através da razão seria a intuição. Ora, pela teoria psicanalítica lacaniana não se trata de intuição, mas de desvelar, através do próprio paradoxo estrutural da linguagem – através das contradições, das ambiguidades, dos equívocos e da polissemia significativa –, que esta mesma lógica simbólica parte de um lugar de não-saber.

A proposta russelliana de uma “sintaxe lógica” pretende viabilizar uma teoria científica do conhecimento que pudesse ser incluída apenas dentro de uma classificação lógica e hierarquicamente ordenada. Russell parte da discussão a respeito de nosso conhecimento do mundo exterior e da nossa possibilidade do conhecimento das mentes das outras pessoas. Propõe que “tais coisas como corpos materiais não são entidades cuja existência inferimos, mas construções lógicas feitas a partir de dados dos sentidos”, uma ideia que ele expressou em uma de suas famosas máximas: “*Onde for possível, construções lógicas devem ser postas no lugar de entidades inferidas*” (RUSSELL *apud* DUTRA, 2008, p. 262, grifo nosso).

Este brilhante livre-pensador desenvolve toda uma linha de pensamento para propor uma solução para os paradoxos do mentiroso ou de Epimênides e para o novo paradoxo proposto por ele, o Paradoxo de Russell ou paradoxo das classes. Ele demonstra que esses paradoxos ocorrem devido a uma tentativa de auto-referência. E então, com o objetivo explícito de impedir o aparecimento desta auto-referência, propõe que haveria que se respeitar o que ele chamou de “hierarquia de tipos lógicos”, na tentativa de se elaborar uma linguagem formalizada que fosse isenta de ambiguidades.

O que aquele autor procura afastar, em sua proposta teórica, no intuito de isentá-la de ambiguidades, é exatamente o que ele mesmo denominou de “auto-referência”. Assim, se se aplicar um raciocínio dedutivo lógico a sua proposição, se pode concluir que justamente o que atrapalha o raciocínio lógico é o sujeito – na acepção de dividido pela linguagem.

Este sujeito da fala, portanto, deve ser banido da ciência, por um artifício ou convenção teórica. O único problema é que, no real da prática clínica, especialmente em se tratando de Saúde Mental, uma teoria classificatória de critérios diagnósticos baseada em aparências fenomenológicas dos sintomas pode ser insuficiente. Infelizmente, se for considerado apenas como um detalhe insignificante — isto faz toda uma diferença, trazendo consequências práticas que não raro podem ser dramaticamente diferentes. Lacan partiu de

Russell, para ir além dele (LACAN, Seminário 16, 2008), conforme será aprofundado no próximo Capítulo.

IV.3. AS FALÁCIAS REFLEXIVAS CAUSADAS PELA AUTO-REFERÊNCIA

Em seu artigo de 1908 “Mathematical Logic as Based on the Theory of Types”, Russell parte do princípio de que “É impossível evitar a menção a alguma coisa dizendo que não vamos mencioná-la”. Propõe evitar as falácias reflexivas, que trazem o “princípio da circularidade viciosa”, isto é: “nenhuma totalidade pode conter membros definidos em termos dela própria” (RUSSELL *apud* DUTRA 2008, p. 262 e 278).

Como se pode ver, pelo comentário feito por Luiz Henrique de Araújo Dutra, preconizando o processo de generalização aos “indivíduos”, qualquer que seja a forma:

Esse princípio, em nossa linguagem técnica, torna-se o seguinte: “o que quer que contenha uma variável aparente deve ser de um tipo diferente daquele dos valores possíveis dessa variável”. Vamos dizer que terá de ser de um tipo superior. Deste modo, as variáveis aparentes contidas em uma expressão são o que determina seu tipo. (...)

Vamos chamar os termos das proposições elementares de indivíduos; eles formam o primeiro tipo, ou o mais inferior.

Na prática, não é necessário saber que objetos pertencem ao tipo mais inferior, ou mesmo se o tipo mais inferior de uma variável que ocorre em dado contexto é aquele de certos indivíduos ou de outros. Pois, na prática, apenas os tipos relativos de variáveis são relevantes. (...) tudo o que é essencial é a forma na qual outros tipos são produzidos a partir dos indivíduos, qualquer que seja a forma pela qual o tipo dos indivíduos possa ser constituído.

Ao aplicarmos o processo de generalização aos indivíduos que ocorrem em proposições elementares, obtemos novas proposições. A legitimidade desse processo requer apenas que nenhuma proposição seja um indivíduo. Que seja assim, isso é assegurado pelo significado que damos ao termo indivíduo. Podemos definir o termo indivíduo como algo destituído de complexidade; é óbvio então que ele não seja uma proposição, uma vez que as proposições são essencialmente complexas. Logo, ao aplicarmos o processo de generalização aos indivíduos, não corremos qualquer risco de incorrerem em falácias reflexivas. (DUTRA, 2008, p. 278, grifo nosso)

IV.4. A AUTO-REFERÊNCIA TRAZ AMBIGUIDADE

Ressalte-se a tentativa de se evitar as chamadas “falácias reflexivas”, que são identificadas com o conceito já exposto de “*auto-referência*”. Este ponto específico de

ambiguidade da razão teórica será retomado quando se examinar o mecanismo operante na estrutura da *Perversão* no próximo Capítulo. Pode-se adiantar no momento que, para a psicanálise, todos os sujeitos das diferentes estruturas são “auto-referenciais”, cada qual a sua própria maneira.

Em seu livro “Introdução à Filosofia Matemática”, de 1919, Bertrand Russell propôs uma categorização dentro de uma “sintaxe lógica” com fins estritamente utilitários, propondo uma abstração deliberada para omitir e contrariar o paradoxo que ele mesmo descreveu, a partir do Teorema de Zermelo (RUSSELL, 2007, p. 151). Naquela direção o livre-pensador Russell chegou até a tentar abrir algum caminho, quando chegou a admitir que a realidade é da ordem da linguagem. Entretanto, ao pretender criar uma realidade que tivesse uma lógica estritamente matemática, esta realidade tornou-se ficcional. Ao limitar a realidade a uma ficção teórica limitada dentro de uma ordem simbólica contábil, ele acabou por permitir que fossem fechadas as mesmas portas que ele poderia ter acabado de abrir:

Como todos os termos que são definidos o são por meio de outros termos, é claro que o conhecimento humano deve sempre se contentar em aceitar alguns termos como inteligíveis sem definição, de maneira a ter um ponto de partida para suas definições. Não é claro que deva haver termos que sejamos ‘incapazes’ de definir; é possível que, por mais que recuemos em nossas definições, ‘possamos’ sempre ir mais longe. Por outro lado, é também possível que, quando a análise foi levada suficientemente longe, possamos alcançar termos que são realmente simples, e portanto não passíveis logicamente do tipo de definição que consiste em análise. Essa é uma questão que não temos necessidade de decidir; para nossos objetivos, é suficiente observar que, como as capacidades humanas são finitas, as definições conhecidas por nós sempre começam em certo ponto, com termos indefinidos no momento, embora talvez não permanentemente. (RUSSELL, 2007, p. 20, grifo nosso)

Pode-se ver que neste momento o autor ainda deixa a porta aberta para uma indefinição da definição. Fica claro naquela exposição de argumentos a favor de uma “lógica da sintaxe” que, ao se preocupar apenas e somente com uma forma, delimitando o que pode ser numericamente categorizável e contabilizável, o que se está tentando é evitar qualquer contradição, ao preço de excluir qualquer complexidade.

Lacanianamente talvez se pudesse dizer que estaria sendo feita uma tentativa de imaginarização dentro do registro do simbólico, para excluir a percepção da falta simbólica fundamental, escamoteando a castração. É aí que se pode afirmar que Russell deixou escapar por entre os dedos a sua própria descoberta.

Portanto, nesta acepção de um *indivíduo* homogeneizado procura-se viabilizar uma metodologia de trabalho que considere apenas a vertente de uma unicidade, através da uniformização e padronização. Esta é a pretensão da ciência moderna, que estereotipisa os seres, os corpos e os sujeitos, assim permitindo ou possibilitando a instauração da tirania ditatorial das atuais Classificações Diagnósticas em psiquiatria.

IV.5. O PARADOXO DE RUSSELL E O IMPASSE DO SUJEITO

Frente a essas novas questões trazidas pela pós-modernidade, parece persistir ainda uma certa dúvida ou controvérsia acerca de qual seria ou deveria ser o posicionamento da psicanálise em relação às classificações categoriais. Retomando a questão das “*categorias*”, estas são convencionadas por um observador, que por sua vez as interpreta e portanto, mesmo segundo o próprio Russell, constituem um objeto indireto do conhecimento. Esta foi a tentativa de resposta de Russell ao propor a sua “*sintaxe lógica*”, baseada numa “*hierarquia de tipos lógicos*”.

Este fundamento russelliano parece ter sido a concepção adotada pela moderna psiquiatria em suas Classificações Diagnósticas, num esforço hercúleo para procurar evitar o inevitável: as contradições lógicas da auto-referência. Dentro desta lógica entra-se dentro de um deslizamento metonímico infinito de hierarquizações, ou numa circularidade tautológica de definições que não se auto-definem, tais como a clássica: “*Depressão é humor deprimido...*”. Quem é que julga o significado do significante?

O que se pode verificar na prática clínica é que este raciocínio hierarquizado, ao pretender ignorar exatamente os pressupostos sobre os quais estão assentados, não é suficiente para abordar a complexidade multifacetária das apresentações dos quadros. Estas são vistas como meramente sintomáticas, sem se arguir qual o mecanismo psíquico subjacente à expressão de certos “fenômenos” comportamentais. Ao se repudiarem, omitirem ou se ignorarem os pressupostos enquanto “incompreensíveis”, estes podem ser confortavelmente rotulados e “explicados” como pertencendo à categoria convencionada de “doenças”.

Cumprе ressaltar que um mero descarte da “compreensibilidade” é impossível de ser afirmado em definitivo, fechando-se as portas em nome de uma doença psiquiátrica que seria pretensamente “tratada” por uma medicalização do sintoma, doravante excluindo-se o sujeito em sofrimento.

Retomando a discussão anterior sobre as questões do número e da ordem, Russell (2007) começa por perguntar “*O que é um número?*” (p. 28). Prosseguindo a sua linha de raciocínio, esclarece: “*a ordem não é da essência do número*”... (p. 35). E quanto à definição de “ordem”, estabelece: “*A ordem reside não na classe de termos, mas na relação entre os membros da classe. (...) Que propriedades deve uma relação possuir para dar origem a uma ordem?*” (p.50).

Mais à frente, a admissão de uma incompletude:

Sabemos muito mais (...) sobre a ‘forma’ do que sobre a ‘matéria da natureza’. Assim, o que realmente sabemos quando enunciamos uma lei da natureza é apenas que há provavelmente ‘alguma’ interpretação de nossos termos que tornará a lei aproximadamente verdadeira. A grande importância prende-se à questão: quais são os significados possíveis de uma lei expressa em termos de que não conhecemos o significado substantivo, mas apenas a gramática e a sintaxe? (RUSSELL, 2007, p. 76-77, grifo nosso).

IV.6. AS “ESTRUTURAS” PARA RUSSELL

Para este autor, a “estrutura” é *a natureza lógica das interrelações entre os membros*, como se segue:

‘Esse objeto que construímos é suficiente para o geômetra; pode ser um de muitos objetos, quaisquer dos quais seria suficiente, mas isso não nos preocupa, visto que este objeto é suficiente para justificar a verdade empírica da geometria, na medida em que a geometria não é matéria de definição.’ Isso é apenas uma ilustração do princípio geral segundo o qual o que importa na matemática, e numa medida muito grande na ciência física, não é a natureza intrínseca de nossos termos, mas a natureza lógica de suas inter-relações.

Podemos dizer, sobre duas relações similares, que elas têm a mesma ‘estrutura’. Para propósitos matemáticos (embora não para a filosofia pura), a única coisa importante acerca de uma relação são os casos em que ela existe, não sua natureza intrínseca. (RUSSELL, 2007, p. 81, grifo nosso)

Neste pequeno trecho verifica-se o grau de delimitação de uma realidade dentro da lógica matemática, saltando do que ele havia chamado antes de “*matéria da natureza*” para o que ele chama agora de “*natureza intrínseca dos termos*”.

Segundo o autor, ele mesmo se espanta com a sua própria contradição:

Mas se pudéssemos, como sugerimos um momento atrás, somar numa classe os indivíduos, as classes de indivíduos, as classes de classes de indivíduos etc., obteríamos uma classe da qual suas próprias subclasses seriam membros. (...) Chegamos, portanto, a uma contradição.

Quando cheguei pela primeira vez a essa contradição em 1901, tentei descobrir alguma falha na prova de Cantor de que não há o maior número cardinal, que demos no capítulo 8. Aplicando esta prova à suposta classe de todos os objetos imaginários, fui levado a uma nova e mais simples contradição.

A classe completa que estamos considerando, que deve abarcar todas as coisas, deve abarcar a si mesma como um de seus membros. Em outras palavras, se houver algo como ‘todas as coisas’, então ‘todas as coisas’ é alguma coisa e é membro da classe de ‘todas as coisas’. Mas normalmente uma classe não é membro de si mesma. A humanidade, por exemplo, não é um homem. Formemos agora a reunião de todas as classes que não são membros de si mesmas. Esta é uma classe: ela é membro de si mesma, ou não? Se for, é uma das classes que não são membros de si mesma, isto é, membro de si mesma. Portanto, as duas hipóteses – isto é, que ela é e que não é membro de si mesma – implicam ambas sua contraditória. Isso é uma contradição. (RUSSELL, 2007, p. 165-166, grifo nosso)

Neste exato momento, em seguida o autor admite então que “*classes são ficções lógicas*”. Mas prossegue insistentemente em sua exposição, recorrendo à discussão do “axioma da irredutibilidade”: “*Ele é, portanto, apenas conveniente, não necessário.*” (p.227, grifo nosso) Remete aos chamados “predicados” ou “funções predicativas”, procurando refutar Leibnitz. E pergunta: “*Como fica nosso axioma quando passamos além dos predicados no sentido estreito?*”

É então que Russell, para conseguir pensar e raciocinar teoricamente, admite que deve limitar o conhecimento racional dentro de um impasse teórico:

A lógica pura, e a matemática pura (que é a mesma coisa), pretendem ser verdadeiras, para usar a fraseologia de Leibnitz, em todos os mundos possíveis, não apenas neste mundo confuso e acidentado em que o acaso nos aprisionou. Há certa altivez que o lógico deve preservar: não deve condescender em derivar argumentos das coisas que vê à sua volta. (RUSSEL, 2007, p. 228, grifo nosso)

E, de tanto querer forçar uma saída do imaginário, volta a ele:

É por essa razão que a teoria das classes não pode ser considerada tão completa quanto a teoria das descrições. (...) É porque isso parece indubitável que incluímos aqui a teoria das classes, apesar de nosso desejo de excluir, tanto quanto possível, tudo o que parecesse aberto a dúvidas sérias. (RUSSEL, 2007, p. 228-229)

Mais à frente, reitera: “Assim, a ausência de toda menção a coisas ou propriedades singulares na lógica ou na matemática pura é um resultado necessário do fato de seu estudo ser, como dizemos, ‘puramente formal’.” (RUSSEL, 2007, p. 234, grifo nosso). Seu estudo, apesar de pretender ser uma lógica simbólica pura, se atém portanto a uma forma imaginária. O autor remete então a “palavras que expressam forma”, que ele denomina de “*constantes lógicas*”, em busca de uma sintaxe lógica ou gramatical. Entretanto, acaba por recorrer ao empirismo como forma última de redução:

Essa característica (das proposições lógicas), que por ora podemos chamar ‘tautologia’, obviamente não pertence à asserção de que o número de indivíduos no universo é ‘n’, não importa que número ‘n’ seja. (...) Mas, por causa dos tipos, essas provas (...) são falaciosas. Ficamos reduzidos a observações empíricas. (RUSSEL, 2007, p. 240, grifo nosso)

E reafirma a base empírica:

As proposições lógicas são tais que podem ser conhecidas a priori, sem estudo no mundo real. Só com base em um estudo de fatos empíricos sabemos que Sócrates é um homem, mas sabemos que o silogismo está correto em sua forma abstrata (isto é, quando é formulado em termos de variáveis) sem precisar fazer nenhum apelo à experiência. Isso é uma característica não das proposições lógicas em si mesmas, mas do modo pelo qual as conhecemos. (RUSSEL, 2007, p. 241, grifo nosso)

Assim, saliente-se que aqui o autor reconhece que há uma limitação do conhecimento, imposta pelo próprio método do conhecer. E tentar justificar a sua proposta do “simbolismo lógico”, de uma forma que novamente lhe escapa:

É impossível transmitir adequadamente as ideias envolvidas nessa matéria enquanto nos abstermos do uso de símbolos lógicos. Como a linguagem natural não tem palavras que expressem de maneira natural exatamente o que desejamos expressar, é necessário, enquanto aderirmos à linguagem comum, forçar as palavras, atribuindo-lhes sentidos não usuais; e o leitor certamente, após algum tempo, se não de saída, voltará aos poucos a associar os significados usuais às palavras, chegando assim a noções erradas do que se pretendeu dizer. (RUSSEL, 2007, p. 243, grifo nosso)

É exatamente neste ponto que se pode situar a interferência do que o autor chama de “auto-referência”, quando se refere ao fato de o leitor voltar a associar significados “usuais”. Este termo “usual” não significa necessariamente que seja um significado universal,

compartilhado “usualmente”, no sentido de termo “consagrado pelo uso” enquanto cultural ou social.

Para a psicanálise, é aí neste lugar que incide a repetição, que é na forma de interpretação sintomática que o sujeito tem sobre o mundo. Note-se bem que a psicanálise não pretende ser uma “*Weltanschauung*” (ideologia, cosmovisão), mas cada sujeito tem a sua visão de mundo particular, que é exatamente um impossível a ser compartilhado socialmente.

Finalmente, apesar de toda a dedicação e boa-intenção e de todo o mérito que assiste ao ilustre filósofo, pode-se dizer que acaba por escorregar em seus próprios argumentos:

Como a linguagem é enganosa, bem como porque é difusa e inexata quando aplicada à lógica (para a qual nunca se destinou), o simbolismo lógico é absolutamente necessário para qualquer tratamento exato ou completo de nossa matéria. (RUSSEL, 2007, p. 243)

Portanto, Russell descobriu esse paradoxo estrutural da ordem simbólica mas, por se agarrar a fins pragmático-utilitaristas, preferiu ignorar deliberadamente o furo no saber e permitiu que assim fosse reduzida a sua própria e brilhante descoberta.

O problema ou pergunta que é trazido pela psicanálise é que ela vem exatamente questionar o conceito de sujeito como *indivíduo*, em contraposição ao de *sujeito dividido*, como sendo da ordem de duas dialéticas diferentes. No próximo capítulo, serão analisadas as contribuições da psicanálise lacaniana desenvolvidas a partir da inconsistência lógico-estrutural da ordem simbólica.

CAPÍTULO V - CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE

A inconsistência lógico-estrutural da linguagem já foi explicitada pela via experimental e analisada sob a perspectiva dialética da Teoria do Conhecimento. Neste capítulo, o paradoxo estrutural do sujeito dividido pela linguagem será retomado a partir das contribuições da Psicanálise, feitas por Sigmund Freud (1856-1939) e Jacques Lacan (1901-1981).

V.1. ENTREVISTAS PRELIMINARES

Antes que um paciente possa ser admitido na experiência de análise, Sigmund Freud propôs que se identificasse a *Transferência*, através do que denominou entrevistas preliminares.

Em seus “Artigos sobre a Técnica” sobre as entrevistas preliminares Freud, de 1911 a 1915 (FREUD, v. XII, ESB, 1976), deixou inconclusa a questão concreta de como seria possível descobrir preliminarmente se um paciente já teria efetivamente estabelecido o que ele chamou de *amor de transferência* com o médico ou com o terapeuta, antes que este se aventurasse a fazer qualquer interpretação. Advertiu de várias maneiras e por várias vezes que essa modalidade de *transferência* neurótica era um pré-requisito para uma entrada em análise, e dos riscos que daí poderiam advir – até de desencadeamento de um surto psicótico – se fosse realizada uma interpretação intempestiva ou inoportuna em “Psicanálise silvestre” de 1910 (FREUD, ESB, vol. XI, 1976).

Freud sublinhou a necessidade do tempo, destacando especialmente as entrevistas preliminares como um período inicial fundamental e necessário para que o médico pudesse conhecer melhor o paciente e para se certificar do surgimento da *transferência*. Mas as balizas clínicas que possibilitaram a reformulação de conceitos e parâmetros para se estabelecer os diferentes tipos de Estrutura - e os seus correlatos tipos diferentes de *transferência* - só foram desenvolvidos por Lacan em seu primeiro ensino, podendo ser considerados como consequência de sua descoberta de que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1998).

Poderia se pensar que um diagnóstico diferencial das Estruturas Clínicas, paradoxalmente, portanto, deveria ser feito previamente a qualquer tipo de escuta, mesmo que

não tivesse a finalidade especificamente terapêutica. Mas não há como se olvidar que qualquer atendimento envolve uma transferência por parte do paciente e algum tipo de escuta por parte do médico, mesmo que ambos não saibam disso.

Mesmo Freud e, principalmente, Lacan abdicaram radical e definitivamente de propor a psicanálise apenas com o objetivo terapêutico ou muito menos de cura, mas sim como uma abordagem ou “tratamento” possível. Isto remete novamente à pergunta de partida deste trabalho: se nem a própria psicanálise pode curar nada, para que então seria necessário que o médico conhecesse a psicanálise? Não seria suficiente que apenas encaminhasse os casos que ele julgasse necessários? O problema é justamente ser capaz de reconhecer os casos que requeiram ou poderiam se beneficiar deste encaminhamento, e o mais difícil: como fazer esse encaminhamento, respeitando o “*primum non nocere*” hipocritiano? **Quais os riscos da interpretação ao se fazer um diagnóstico?**

A psiquiatria não tem estas respostas, mas se conduz como se as tivesse. Os maiores furos da nosologia sintomatológica se deflagram especialmente na adolescência, que é a faixa etária em que eclodem os grandes quadros floridos que não raro explodem como um relâmpago em céu claro. Torna-se mais preocupante ainda quando se verifica que não existem propostas de investigação preventiva para o suicídio nestes pacientes, além da multiplicidade de escalas de avaliação cognitivas para investigar “depressão” dentro de protocolos (do tipo Beck, Hamilton, e inúmeras outras), ou daquela pergunta clássica, abertamente escancarada mas reducionista, acerca da formulação de ideias ou planos de autoextermínio (DURKHEIM, 2000). A própria crise da suicidabilidade induzida pelos antidepressivos, reconhecida desde 2004 pelo FDA (Food and Drug Administration) já se incumbiu de responder sozinha a esta questão (LOCK, 2005 e WEGNER, 2005).

V.1.1. A psicanálise como estratégia para uma hipótese diagnóstica precoce de *Estrutura Clínica*

Na *práxis* da pesquisa-ação ficou evidenciado que não é possível saber de antemão se aquele sujeito em questão já teria formulado alguma pergunta sobre a sua existência - “*Quem sou eu?*” ou “*Quem eu sou?*” – sob a apresentação formal de um “*Eu não sei...*”, que já envolveria um endereçamento específico a algum saber. Entretanto, quando qualquer um responde a alguma pergunta, ele dará a sua resposta singular, que é sempre segundo a sua estrutura. Portanto, nesta proposta da *Escuta Diagnóstica* - que pode parecer trivial, pelo senso comum – ao ser denominada de “*colheita da História de Vida*”, o que se pretende é propiciar oportunidade para o estabelecimento de alguma *transferência*, dentro de algum laço

social possível. Esta estratégia clínica da ampliação do conceito de *transferência*, num momento inicial da abordagem, tem o objetivo de minimizar os preconceitos dos *alunos-sujeitos*, para facilitar a escuta e abrir a perspectiva para uma surpresa em potencial.

Freud previu para a sua descoberta uma finalidade terapêutica, mas logo abandonou a hipótese da simples catarse, deixando os fundamentos, mas em aberto a amplitude de sua inestimável contribuição. Deixou o embrião, o esboço de formulação das diferenças entre as estruturas clínicas com os mecanismos propostos: *Verdrangung* (*Recalque* – na *Neurose*), *Verneunung* (*Desmentido* – na *Perversão*), e *Verwerfung* (*Foraclusão* - na *Psicose*).

A proposta lacaniana original, que vem desde a sua tese de Doutorado de 1932 *Da Psicose paranóica em suas relações com a personalidade* (LACAN, 1987), de não recuar frente à *Psicose*, pode ser considerada um avanço substancial para a prática clínica, tendo em vista os fundamentais porém ainda insuficientes recursos conceituais freudianos. Freud fez o esboço das diferenças entre as estruturas ou dos chamados “tipos clínicos”, sem, no entanto, tê-las explicitado a partir da falta estrutural do Simbólico. Assim, apesar de ter apontado a polissemia significativa da linguagem desde sua obra de 1901 “A interpretação dos sonhos” (FREUD, v. IV e V da ESB, 1976) bem como a partir do relato autobiográfico de Schreber (*O Caso de Schreber*, 1911, v. XII da ESB), não se atreveu a propor alguma abordagem para a *Psicose*, para a qual Lacan propôs posteriormente como “um tratamento possível” em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da Psicose* (LACAN, 1998).

As referências no primeiro ensino de Lacan, em que formulou a hipótese da Clínica Estrutural a partir da *Psicose*, retomaram a *Verwerfung* freudiana enquanto *Foraclusão* da *metáfora paterna* ou do que ele chamou de “*Nome-do-Pai*”. Os principais textos se encontram no Sem. 3: “*As Psicoses*” (1988) e nos Escritos (1998), em: “*De uma questão preliminar a todo tratamento possível da Psicose*”. Toda a obra de Lacan foi em torno de sua pergunta de partida instigada pela clínica: “Como tratar o incurável?”

A Clínica Estrutural lacaniana permite, paradoxalmente, que se aceite o conceito leigo mais amplo da *transferência*, quando se considera-a como uma forma de laço social possível para aquele sujeito específico, singular – com vistas a uma abordagem prática, no caso a caso. Mesmo que a abordagem proposta possa ocorrer de uma forma provisória ou contingente, não deveria ser improvisada, pois que o aluno deveria estar advertido previamente - o que se propõe atingir ao se introduzir os questionamentos teóricos antes de se realizar o procedimento da *Escuta Diagnóstica* na prática.

Freud propôs o exercício de construção teórica do Caso Clínico em “Construções em análise” de 1937 (FREUD, v. XXIII, ESB, 1976). A possibilidade de formulação de uma

hipótese diagnóstica precoce de Estrutura Clínica do sujeito em questão é uma precaução que permite na prática o estabelecimento de um diagnóstico diferencial, mesmo que ainda provisório, antes mesmo da eclosão de um quadro psiquiátrico florido em suas evidências fenomênicas. Assim, a psicanálise pode se deslocar do campo estrito da terapêutica, em que a mera fala do paciente já é reconhecida como tendo um efeito catártico, para um nível que se poderia chamar de pré-terapêutico: o campo do diagnóstico precoce.

É importante frisar que absolutamente não se invalidam as fundamentais e indispensáveis ferramentas utilizadas classicamente para a elaboração de um diagnóstico psiquiátrico. Continuam e continuarão sendo absolutamente essenciais as contribuições da Semiologia psiquiátrica clássica, com a tradicional História natural da doença ou HMA e todos os seus desdobramentos, as da Psicopatologia Fenomenológica para o exame das “funções psíquicas”, assim como as do mais moderno perfil Biopsicossocial de Engel (1980), como se verá na parte deste trabalho dedicada ao ensino médico.

Cumprir observar, entretanto, que, em certos casos, especialmente na adolescência, não é tão infrequente que, mesmo que todos aqueles recursos clínicos para o diagnóstico sejam utilizados conjugadamente, podem continuar a ser insuficientes e precários, assim como podem se evidenciar *a posteriori*, em um modo tragicamente tardio. Assim, reafirma-se a necessidade de uma hipótese diagnóstica precoce de Estrutura.

Houve ocasião em que a própria psicanálise se encontrou dividida em suas pretensões relativas à possibilidade de um ensino. Haveria algum modo ou instrumento possível para se poder pensar o real que é, por sua própria definição, o inapreensível pelo simbólico? Como se poderia ensinar algo que não se ordena pela lógica do significante, em um discurso? Haveria a possibilidade de se ensinar algo que não é uma “ciência do desejo”, como pensou Barthes (2002), mas algo que não passaria de uma mera construção de um conhecimento, a ser feita pelo sujeito mesmo?

A própria impossibilidade de uma definição precisa, trazida pelos deslizamentos infinitos de sentido na linguagem, poderia descartar, *a priori*, qualquer novo exame teórico, como se fosse destinado ao fracasso. Entretanto, as coisas acontecem no real da prática clínica.

Neste ponto do exame teórico da questão, pode-se lembrar que a metodologia experimental da pesquisa-ação (PIRES, 2007) foi apoiada em uma dupla triangulação: não só a do exame das transcrições das entrevistas gravadas, mas também a do exame da entrevista denominada “colheita da História de Vida”, pelo compartilhamento das impressões e informações colhidas entre os *alunos-sujeitos* que assistiram e participaram. Como era uma

novidade, o fato de ser um ambulatório de uma universidade pública, em especial parceria com um Posto de Saúde vinculado à religião católica - no Posto-de-Saúde do Carmo-Sion - pode ter contribuído para a colaboração dos pacientes em se exporem, autorizando com o TCE (Anexo 1), atenuando os efeitos persecutórios inerentes à demanda no paciente, e também pelo fato de que os alunos adotaram uma posição ética advertida estritamente respeitosa perante os sujeitos em exame.

Os resultados das entrevistas – que haviam sido feitas simultaneamente com a participação de todos – foram compartilhados e discutidos, ensejando a que se descobrissem as incoerências e contradições, verificadas por eles mesmos, nos relatos entre cada um dos *alunos-sujeitos* que haviam realizado a escuta do *paciente-sujeito*. Esta checagem dos dados pela triangulação evidenciou as divergências e as diferenças na escuta feita por cada um deles, que puderam assim fazer uma retificação subjetiva quanto à falha estrutural no saber.

V.2. A BÁSCULA LACANIANA: O SUJEITO É DIVIDIDO PELA LINGUAGEM

V.2.1. O “muro da linguagem”

Freud procurou desvendar os mecanismos fundadores do inconsciente, a princípio denominando de “repressão”, que por sua vez remete a “censura” e a outras questões sucessivamente. Entretanto, não orientou suas investigações pela via da linguagem e a partir da estrutura da *Psicose*, o que propiciou a grande descoberta de Lacan.

Uma das noções mais dificilmente abordáveis para um iniciante na área da psicanálise lacaniana é esta do “*muro da linguagem*”, desenvolvida por Lacan ao formular seu Esquema “L”, em “*De uma questão preliminar a todo tratamento possível da Psicose*” (1998). A partir dessa noção, Lacan demonstrou que o real é inatingível, já que cada sujeito interpreta a linguagem à sua maneira, ou seja, há um “muro” intransponível na comunicação intersubjetiva.

Posteriormente em seu ensino isto veio a evoluir através do célebre adágio: “*A relação sexual não existe*”, o qual veio a despertar tantas resistências, mas que pode ser magnificamente ilustrado como exemplo pela poesia de Manuel Bandeira que serve de epígrafe deste trabalho.

O que Lacan desvendou é que as Estruturas Clínicas se diferenciam em função de sua relação com o furo do saber, que é um paradoxo estrutural da linguagem.

Quando Lacan formulou que “*o Inconsciente é estruturado como uma linguagem*”, em que passaria a consistir então a chamada *ordem simbólica*? Qual seria então a diferença entre uma linguagem que seria estruturada dentro de uma lógica do sentido, e uma fala que escapa a essa lógica? Em “*Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*” (1998), e em “*Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*” (1998), Lacan começou a desconstruir essa pretensa lógica da ordem simbólica no sujeito do inconsciente.

V.2.2. Duas dialéticas diferentes

A partir da constatação de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, Lacan apontou que a Psicanálise trata de uma dialética diferente. Vale retomar aqui uma citação de Lacan em “Da incompreensão e outros temas”, publicado na obra “Estou falando com as paredes”:

O sintoma não se cura da mesma maneira na dialética marxista e na psicanálise. Na psicanálise, ele lida com algo que é a tradução, na fala, de seu valor de verdade. O fato de isso suscitar o que é sentido pelo analista como um ser de recusa não permite, em absoluto, decidir se esse sentimento merece de algum modo ser conservado, uma vez que em outros registros, aliás, precisamente no que evoquei há pouco, é a processos totalmente diversos que o sintoma tem de ceder.

Não estou dando preferência a nenhum desses processos, sobretudo porque quero fazer com que entendam que existe uma outra dialética diferente da que é imputada à história.” (LACAN, 2011, p. 48, grifo nosso)

Assim, pode-se diferenciar uma dialética do universalizável, que considera os indivíduos como elementos iguais dentro de um contexto histórico, e “uma outra dialética diferente”, a psicanalítica, que considera cada um como um sujeito único e singular.

Mais além da impotência, não há outro objetivo da psicanálise além de propiciar que o sujeito possa, apesar de ser levado a se deparar com esta impossibilidade estrutural do simbólico, procurar contornar a impossibilidade estrutural da linguagem através do próprio simbólico – por intermédio da fala e de uma tentativa de comunicação – que é fadada a ser por estrutura para sempre faltosa e, por isso mesmo, fundada na procura de laços sociais: contingentes, sempre incertos, vagos, imprecisos, evasivos, evanescentes, fortuitos ou insólitos. A complexa questão dos diferentes tipos de laços sociais possíveis será abordada em suas diferentes acepções, segundo as Estruturas Clínicas.

Para os fins a que se propõe este trabalho, se aterá especificamente ao fato de que Lacan admitiu a possibilidade de formas distintas de tangenciamento do real que chamou de “*dialéticas*”, não dando preferência a nenhum desses processos. Trata-se primordialmente do reconhecimento ou admissão da possibilidade de que sejam processos diversos.

A divisão do sujeito a que Freud se referiu originalmente foi relativa à censura intrapsíquica que origina o *Recalque*, mecanismo operador este que somente ocorre (e da qual é apanágio) na estrutura da *Neurose*, e que funda uma *Transferência* enquanto amor.

Presume-se que um sujeito que entre em uma experiência de análise seja de estrutura da *Neurose*, quando formula uma questão relativa ao Saber: o célebre “*Não sei...*” destacado por Jacques-Alain Miller, e quando estabelece um Sujeito-suposto-Saber no lugar do analista (LACAN, 1992, Sem. 8).

Lacan tentou reconsiderar a distinção entre “*mundo interno*” versus “*mundo externo*” – que seria correlata a uma falha na operação de separação do outro (Sem. 11, 1985), o que levaria às alterações psicopatológicas da “Consciência do Eu” jasperiana – através da elaboração do conceito de “*metáfora paterna*”, pelo mecanismo da *Forclusão do Nome-do-Pai*, no sujeito psicótico.

Nesta direção, Lacan se apoiava num questionamento teórico feito pelo sujeito sobre o desejo do Outro - que seria interrogado primordialmente como o desejo da mãe enquanto função materna, sendo substituído metaforicamente pelo que ele designou como a função operadora do “*Nome-do-Pai*”. Esta *metáfora paterna*, enquanto função operadora da ordem simbólica, adviria fundando a estrutura da *Neurose*, ou estaria foracluída na *Psicose*, configurando uma certa dicotomia entre estas duas estruturas.

No Sem. 5, “As formações do inconsciente” (LACAN, 1999), ele situou essa interrogação do sujeito a nível do primeiro tempo do Édipo. Na estrutura da *Psicose* o desejo caprichoso do Outro seria tão “enigmático”, que seria *a priori* rechaçado enquanto enigma – não acedendo, ao lugar de um desejo enquanto questão, um Saber sobre o reconhecimento de si: - “*Que sou eu?*”. No sujeito de estrutura psicótica não se interporia esta questão sobre o desejo como um não-saber para separar-se do Outro, tendendo a concluir abruptamente em uma certeza radical de que ele seria um objeto à mercê do gozo do Outro: ou o Outro me ama, ou ele me odeia.

Por outro lado, na estrutura da *Neurose*, neste primeiro momento mítico esta interrogação: “*Che vuoi?*” ou “*O que o outro quer de mim?*” passaria ao questionamento de uma significação fálica, sobre - “*O que o outro vê em mim, de especial, para me amar?*”; ou - “*A quê, em mim, se dirige o amor?*”.

Na estrutura da *Psicose*, pela *Foraclusão* do operador “*Nome-do-Pai*”, antes de se constituir como sujeito de seu próprio desejo, ele se deteria nesta questão preliminar, ou passaria direto – que se poderia dizer, “*foracluindo*” um tempo, ou operação sobre o não-saber - para uma espécie de conclusão radical: ou por uma conclusão erotômana, na vertente de “o Outro me ama”, ou pelo lado mortífero do gozo de um grande Outro persecutório.

Enquanto a *Psicose* tenta dizer algo do real, a *Neurose* tenta formular um desejo através de um significante que seja fálico – isto é, formulado em um “desejo de desejo” que é inserido em uma fantasia da relação sexual e das diferenças entre os sexos, através do mito edipiano, instalando a ambiguidade da significação nos significantes e, portanto, no paradoxo da ordem simbólica.

Aprofundando a questão suscitada pela ordem simbólica na divisão do sujeito, Lacan revisita a ética aristotélica, interrogando o que é que faria o sujeito não contestar uma ordem preestabelecida, por uma conformação a algo que não é contestado. Cita Aristóteles, que:

... tende a referir-se a uma ordem. Essa ordem apresenta-se primeiro como ciência, episteme, ciência do que deve ser feito, ordem não contestada que define a norma de um certo caráter, ethos. O problema se coloca, então, da maneira pela qual essa ordem pode ser estabelecida no sujeito. Como é que, no sujeito, a adequação pode ser obtida, quem o fará entrar nessa ordem, e submeter-se a ela?

(...) Trata-se, portanto, de uma conformação do sujeito a algo que, no real, não é contestado como supondo as vias desta ordem. (LACAN, 1991, Sem. 7, p. 33, grifo nosso).

Pode-se vislumbrar em Lacan desde 1959 a questão da estrutura clínica pela via de incidência da linguagem. Discutindo o ato analítico em uma experiência de análise e portanto em um sujeito neurótico, Agnès Aflalo comenta: “O significante divide o sujeito que o representa e impõe uma rejeição de gozo, cujo retorno *divide o sujeito que ali não se reconhece*” (AFLALO, 2010, p. 53).

Uma outra forma possível ainda para descrever a divisão do sujeito foi dita por Gelindo Castellarin, sob o tema “Acaso” (CASTELLARIN, 2010, p.24): “a vertente do encontro traumático e fortuito com um real que divide o sujeito por ocasião de seu encontro com o impossível – é a *tiquê*.” Assim pode-se verificar que tende-se a tomar o conceito de divisão do sujeito a partir da estrutura da *Neurose* e do mecanismo do *Recalque*.

Aprofundando uma reflexão sobre o “Agalma”, Elisa Alvarenga remete ao Seminário da Transferência (LACAN, 1992, Sem. 8), tecendo um comentário que enlaça o desejo de desejo do Outro com o Saber e o amor ao saber: “Lacan mostra que o analista ocupa o lugar

de objeto causa de desejo do analisante, cujo protótipo é o *desejo* e o *saber* que Alcibíades busca desvelar em Sócrates. Ora, este sabe o que é o amor". (ALVARENGA, 2010, p. 35, grifo nosso)

Lacan, em "Televisão", afirma: "o que a estrutura impõe, ou seja, permitir ao sujeito [...] do inconsciente tomá-lo como causa de seu desejo" (2003, p. 518, grifo nosso).

V.3. UM SUJEITO DIVIDIDO PELA LINGUAGEM NÃO TEM UM SABER UNÍVOCO

Lacan, inicialmente, tentou operar com uma dialética da comunicação intersubjetiva. Pode-se dizer que este tende a continuar sendo o primeiro passo, que é mais rápido porque seria instintivo, intuitivo, por ser estrutural na *Neurose*. Entretanto, como esta dialética se revelou insuficiente para a prática clínica, ele teve que procurar mais além do significante e da ordem simbólica. Lacan procurou um mais "aquém" do sentido – não no sentido de uma anterioridade no tempo, visto que o inconsciente é atemporal e a atribuição de sentido se repete sempre a mesma, dentro da estrutura do sujeito em questão – mas exatamente um ponto fora do sentido, um vazio de significação.

Como diria Freud, poder-se-ia comparar esta investigação a uma escavação arqueológica ou a uma escultura, "*per via di levare*". Com a diferença que esta obra de arte procurada restaria para sempre inacabada, em um estado improvisado pela contingência, e sempre provisório. Deste modo, o que resta para se lidar com um impossível no real da prática clínica não passa de uma modalidade de uma possível improvisação, um esboço, um rascunho. A vida é um ensaio, que não dá tempo para passar a limpo. E é o ensaio, a interpretação – que é provisória –, o que acaba valendo para cada sujeito.

A psicanálise com Lacan veio recuperar o registro do real, em contraposição a uma pretendida realidade que pudesse ser puramente objetivável ou positivada pela razão científica. A diferença entre estas duas posições tem consequências éticas que são verificáveis na prática clínica. Ressalte-se, fundamentalmente, que a proposição de uma ética do sujeito não traz como consequência necessária e inescapável a imposição sobre ele de uma visão de mundo.

O fato de que a ética para a psicanálise não pretenda impor uma solução para o sujeito não implica que a única alternativa seja ficar no lugar da impotência, mas sim de procurar alargar as suas possibilidades para que ele possa contornar a impossibilidade do real. A

proposta é a de que ele possa procurar um caminho para sair do lugar de um gozo sintomático repetitivo e paralisado pela pulsão de morte para uma mudança de posição em relação ao sintoma, em busca de caminhos através do simbólico – não sob a égide de uma relação dual, imaginária ou de uma identificação especular, mas em uma relação sempre tangencial com o saber.

Como dito anteriormente, tanto o paradoxo da ordem simbólica, na teoria do conhecimento, quanto a psicanálise vieram mostrar que é impossível que se possa atingir um *saber* totalizante, completo, que seja logicamente consistente, sem incoerências, dúvidas, contradições, paradoxos, aporias utópicas e tautológicas. A esta relação dos diferentes sujeitos com a sua elaboração de seus saberes a partir do **não-saber fundamental** se denominará para fins deste trabalho, como Lacan, de uma “*outra dialética*”.

V.4. QUE “SUJEITO DIVIDIDO” É ESTE?

Cabe retomar a questão agora sob um ângulo diferente. Ao se retomar a visão aristotélica do homem enquanto animal racional e, portanto, social e político, pode-se acrescentar a ela a questão lacaniana sobre o homem enquanto ser *falante*. Este homem que, como *sujeito* não equivale a “todo mundo”, não tem uma identidade possível de ser encontrada em si mesmo. Este é o impasse do paradoxo de Russell: “o catálogo dos catálogos que não se incluem a si mesmos”, como indicado Lacan (Seminário 16: “*de um Outro ao outro*”, 2008, p. 302) como a demonstração teórica da inconsistência lógica da ordem simbólica, apontando para um furo estrutural no saber.

A lógica estrutural do significante, na pretendida ordem simbólica, é incluyente e excluyente ao mesmo tempo, o que a torna da ordem do sem-sentido. Este paradoxo lógico-estrutural é um impossível a ser simbolizado, apesar de seu funcionamento operar com a linguagem.

Este sujeito - estruturalmente sem identidade possível - é chamado por Lacan de *falasser* (“*parlêtre*”). Ao procurar uma identidade que possa ser a sua, da qual possa ter a posse ou se apropriar, ele goza falando a sua versão da linguagem (“*lalangue*”), que é só sua, e fala gozando em seu sintoma. Mais do que um dialeto, um acento ou um sotaque, é um estilo único, particular e específico na repetição do sintoma, que singulariza o sujeito em uma modalidade de função estrutural.

Se cada humano é um animal que fala, ele assim o faz *com lastro em sua estrutura*. A estrutura funda o alicerce do funcionamento de seu aparelho psíquico para a sua sobrevivência no sem-sentido do mundo, procurando dar-lhe sentido através de algum saber para se localizar, procurar tomar consciência de seu lugar, ou “tomar pé” em uma realidade ficcional que é criada por ele mesmo, em sua “estúpida e inefável existência” (LACAN, 1998). Remetendo a um comentário de Miller (2008) em “Todo mundo é louco”: “*Cada um se arranja como pode...*”. Cada um e cada qual pode fazer de um jeito diferente, se tiver oportunidade para tanto, a partir de seu sintoma, que é fundado em sua estrutura.

Se um sujeito não encontra uma *identidade*, mas apenas “um significante que o representa para outro significante” (LACAN, Sem. VII), ele constrói uma pergunta: “*Quem sou eu?*” ou “*Quem eu sou?*” - o que não deixa de ser um endereçamento a algum saber, alguma tentativa de elocubração linguajeira, não necessariamente da ordem do discurso, mas ainda assim dentro da linguagem ou em uma tentativa de colocar ordem no simbólico. Entretanto, a formulação desta pergunta não se dá de forma análoga nas diferentes estruturas. Quando o sujeito formula a pergunta, ele já tem uma resposta previamente estabelecida por sua estrutura, que lhe designaria o lugar que ele ou espera, ou pensa poder ocupar, para o grande Outro (perante a ordem simbólica).

Este lugar no Outro, apesar de poder ser preenchido por infinitos significantes, é vazio de significação. O sujeito procurará fazer alguma coisa com este vazio, preenchendo-o conforme a sua estrutura, numa determinada relação, que é sempre tangencial, com o saber.

O que funda as diferenças entre as diversas estruturas será designado como “uma relação estrutural do sujeito ao saber”. Esta “*relação estrutural do sujeito ao saber*” é o que permitirá o estabelecimento de algum laço social possível, o que é genericamente chamado de *transferência*. Se todos podem se interrogar, cada um pode formular as suas próprias respostas e, assim, fazer algum tipo de laço social – que só é possível, para cada um, segundo a sua estrutura.

V.5. O LAÇO SOCIAL COMO TANGENTE - OU EM RELAÇÃO - A UM SABER

Lacan começou sua obra apontando a ambiguidade e o equívoco significante, o que manteve, insistindo e persistindo até o final de suas reflexões e de seu ensino. O mal-entendido fundamental, se é o mal-estar na civilização, é também e por isto mesmo, a causa do desejo para o sujeito neurótico:

Por isso podemos dizer que, no fundo, todos procuram um analista, mesmo quando não se dirigem a um. Buscam um Outro que responda, na esperança de que lhe seja devolvida sua certeza de ser, na singularidade própria de seu sintoma. Albert Camus (1994, p.26), numa passagem que só os escritores criativos produzem, diz muito bem do que se trata: ‘Ele não era nada senão esse coração angustiado, ávido de viver, revoltado contra essa ordem mortal do mundo que o tinha acompanhado durante quarenta anos, esse coração que batia sempre com a mesma força contra o muro que o separava de toda e qualquer vida, querendo ir mais longe, ir além, e, sobretudo, saber, saber antes de morrer, saber finalmente para ser, uma só vez, um só segundo, mas para sempre.’ (Camus apud LIMA, 2011, p. 133, grifo nosso).

Para introduzir a função social do sintoma, reporte-se à literatura:

- There is only one remedy! One thing alone can cure us from being ourselves!...
Yes; strictly speaking, the question is not how to get cured, but how to live. (Joseph Conrad, “Lord Jim”, p. 226, apud: GIDE, 2009, p.189)

Este texto faz lembrar o “*To be or not to be, that’s the question!*” de Shakespeare, quando o sujeito se interroga – enquanto seu próprio sintoma – de *o quê ser*, para ele mesmo. Muito embora, ao se fazer uma reflexão um pouco mais aprofundada, possa remeter ainda a um mais além: a uma questão ética ou moral de um *como* viver, em um conflito do sujeito consigo mesmo e/ou com a sociedade. Esta é apenas uma possibilidade, ou uma das hipóteses, para interpretação. É um exemplo do deslizamento metonímico da significação, propiciado pelo significante.

Na vertente de uma significação que cria um “ser de saber”, Celso Rennó Lima resume brilhantemente a função social do sintoma:

É ao instalar-se como ‘ser de verdade’ que o sintoma promove a construção de uma suposição de saber no campo do Outro. Partindo da premissa estrutural de que não há relação entre o sujeito e o Outro, o sujeito está, desde sempre, afastado de sua verdade. O laço possível entre o sujeito e o Outro se faz pelo sintoma e com a criação de um ‘ser de saber’ ali onde a verdade lhe está vetada. (LIMA, 2011, p. 159, grifo nosso)

E, ao “retomar a perspectiva do sintoma como sendo uma tentativa de restabelecer o laço entre o sujeito e o Outro”, aquele autor destaca que este certo mal-estar vai gerar uma busca incessante, que é “a repetição da impossibilidade na cadeia significante”. E conclui: “Contudo, todo esse movimento só se sustenta porque há pontos de encontro que, pelo fato de

serem sempre faltosos, *acenam com a possibilidade* de certa realização” (LIMA, 2011, p. 157, grifo nosso).

É por aí que se pode procurar um caminho para algum laço social possível – que sempre escapa: evasivo, evanescente e fugaz, porque será diferente em cada momento para cada sujeito e para cada interlocutor. Quando Lacan diz que “*a relação sexual não existe*”, é por isto que cada um vai construindo o seu “jeito de ser”, em diferentes tempos, e cada qual a sua maneira “*se arranja como pode*” (MILLER, 2008, 18ª. Lição, p. 9).

O sujeito tem que se haver com o seu sintoma para aprender a fazer “*aí*” - neste lugar de *falta-a-ser* - com este sintoma que vem para recobrir ou velar a falta de identidade simbólica possível. A vertente do gozo do sintoma, que tem a ver com um saber sobre a pretensa e pretendida verdade de cada um, apoia e tende a se estender, contaminando toda a visão-de-mundo (“*weltanschauung*”) de cada sujeito em particular.

Porém, isto não implica necessariamente que o sintoma de cada um – único e particular – abarque toda a amplitude ou extensão da relação de cada sujeito singular com o grande Outro, tomado na acepção de uma alteridade social e que seríamos todos “autistas”, não fazendo um movimento de procura através do significante. Os acontecimentos, mesmo que propositalmente programados – como em uma experiência de ensino –, são sempre contingentes. Mas podem se descobrir alguns pontos de contato que funcionariam se poderia dizer como uma espécie de dobradiça ou de tangenciamento entre as polissemias significantes.

Para que se pudesse fazer uma equivalência unívoca entre *loucura* e *Forclusão*, haveria que se ressaltar que, muito embora em última análise se possa afirmar, com Russell, que um ponto de “loucura” seja o denominador comum do paradoxo logico-estrutural da ordem simbólica que seria pretensamente “comum a todos” – e, portanto, seria indiscriminado e generalizável -, este ponto não é universalmente compartilhável.

Este ponto de abertura permite que se faça uma releitura sobre a estrutura da *Psicose* (que teria sido aparentemente ultrapassada pelo próprio Lacan), enquanto uma categoria fundada naquela estrutura da *Forclusão* que ele havia proposto desde seu primeiro ensino, como sendo apenas uma versão estrutural diferente de uma *loucura* mais genérica no sentido de homogênea ou universal.

É a repetição do sintoma que retorna como uma diferença, na prática, entre as estruturas clínicas: cada um “*se arranja como pode*” (MILLER, 2008). Isto é, em se tratando desta dialética, o sujeito se rearranja em função de seu modo de gozo (que é a vertente inabordável do sintoma), mas também em sua relação com o saber, segundo o que lhe

possibilita sua estrutura – o que pode eventualmente ser tangenciado, à condição de que ao sujeito seja proporcionada uma oportunidade para falar.

Falando sobre a falta de universalidade na comunicação, Miller sugere uma tentativa parcial de compartilhamento:

... o termo de discurso analítico, fantasma, sonho, delírio, loucura, sintoma, todos esses termos entram em colapso para comunicar esse fechamento de cada um em seu mundo e daí a impossibilidade do mundo em comum. Diante disso a gente se arranja, todo mundo está em seu próprio mundo, isto é, naquilo que fomenta seu sintoma, diante disso a gente se arranja como pode para se compreender e tentar caminhar junto. (MILLER, 2008, 18ª. Lição, p. 9, grifo nosso)

Mas essa tentativa de estabelecimento de um laço social pode ser vista, ou escutada, ao mesmo tempo, sob a perspectiva de duas dialéticas diferentes: com o pequeno outro semelhante, numa relação dual imaginarizada, e com o grande Outro da linguagem, através do não-saber - permanecendo sob o estatuto de um semblante que procura, mas que também vela, o real.

A psicanálise lacaniana situa o sujeito no intervalo entre os significantes – “O significante é o que representa o sujeito para outro significante” (LACAN, Seminário 7, “A Ética da psicanálise”, 1991) - como sendo o resultado do paradoxo lógico entre o dentro e o fora, o mundo interno e o externo, como em uma banda de Moebius (LACAN, Semimário 10, 2005). Para Lacan, esta divisão não ocorre em uma separação de absoluta radicalidade entre o sujeito e o objeto, mas no que ele denomina de “ex-timidade” do objeto. A operação de separação, promovida pela lógica do significante, opera como uma disjunção-conjunção.

Pode-se referir ao sujeito enquanto dividido, de uma forma mais ampla e genericamente indeterminada, por ser dividido pela linguagem, ou pelo não-saber, em sua relação estrutural sintomática com o Saber. Poderia ser considerada uma escolha apenas semântica, se não tivesse consequências práticas no real, operando epistemologicamente como divisora de águas que por sua vez incidem sobre o pensamento e formatam o conhecimento.

Esta concepção traz uma nova abertura para discussões relativas à dimensão da responsabilidade do sujeito em sua relação com o Outro da linguagem que o habita, de acordo com a sua estrutura. Em sua relação com o saber e a verdade a sua fala pode ter, ou não, a estrutura de um discurso. Mas “*o que se procura, é achado nas vias do significante.*” (LACAN, 1988, Sem.7, p. 104)

V.6. LAÇOS SOCIAIS PODEM OCORRER ENTRE SUJEITOS DE DIFERENTES ESTRUTURAS CLÍNICAS

As teorias que foram examinadas na área das ciências humanas, quando se referem a um sujeito referem-no enquanto a uma relação a um outro sujeito. Estes, por sua vez, se encontram instalados e localizados na sociedade em algum lugar simbólico, em uma “hierarquia de tipos lógicos” (RUSSELL, 2007) que expressaria uma lógica matemática dentro de uma ordem simbólica.

Portanto, o que se faz necessário precisar com maior rigor é a qual *sujeito* que se refere, se seria unicamente àquele da estrutura da *Neurose*, que seria capaz de formar aquele tipo específico de *laço social* que se esperaria poder chamar de “civilizatório”.

Poder-se-ia pensar que todos os sujeitos - se considerados genericamente enquanto capazes de estabelecer algum laço social - teriam que ser apenas aqueles que tivessem o objetivo de superar o mal-estar na civilização, em sua ambivalência de amor/ódio (FREUD, 1927). Ora, é possível se pensar que diferentes tipos de sujeitos também sejam capazes de estabelecer algum tipo de laço social possível, em outros tipos de transferências. Muito embora com mecanismos e dificuldades diferentes, em seus distintos sintomas e modos de funcionamento do aparelho psíquico em suas estruturas clínicas, que agora se pode dizer “sintomáticas”, como uma referência tangencial ao *não-saber* de cada um.

Lacan mudou aquele enfoque inicial de o sintoma visto como uma metáfora - que teria um sentido pretensamente compartilhável ou igual para todos - para um enigma ou paradoxo lógico da linguagem. Os diferentes sujeitos podem fazer usos diferentes da língua: apesar de falarem e utilizarem ou empregarem as mesmas palavras e língua, não têm, necessariamente, com a linguagem, a mesma relação que tem com as palavras enquanto significantes, no que se refere ao sentido, aos seus significados e à ordem do Saber ou, mais precisamente, à sua relação paradoxal *entre o saber e o não-saber*.

Todo o esquema inicial do primeiro ensino de Lacan teria sido suplantado, ou superado por ele mesmo, quando começa a fazer o movimento inverso no seu pensamento, procurando pensar a *Neurose* a partir da *Psicose*? Nesse sentido, não se poderia concluir que as Estruturas Clínicas seriam opostas, ou inversamente simétricas entre si. Ou se poderia apenas afirmar que os nós borromeos dos registros Simbólico, Real e Imaginário, quando se desenganchassem, se reamarrariam contingentemente, de forma aleatória, segundo as circunstâncias do acaso ou do destino?

Mesmo dentro da hipótese da Clínica Transestrutural de Lacan, em seu segundo ensino, que se baseou na hipótese da “loucura genérica” (MILLER, 2008), poder-se-ia pensar também, de outra forma, que os nós, quando temporariamente desatados por encontros contingentes com o real, sempre tenderiam a se rearranjar em uma *repetição* segundo o seu Sintoma, e dentro da estrutura de cada sujeito.

V.7. AS ESTRUTURAS CLÍNICAS

Como esta não pretende ser uma tese psicanalítica, visto ser uma elaboração subsequente a uma aplicação prática da teoria iniciada por Freud e relida por Lacan com a formulação da Clínica Estrutural, e tendo em vista que este tema já fora introduzido na dissertação de Mestrado, este trabalho se limitará a levantar as referências na psicanálise que tangem mais diretamente aos propósitos em discussão.

V.7.1. *NEUROSE - Recalque*

Este aprofundamento teórico será iniciado pela *Neurose*, considerando que esta estrutura, apesar de fazer um laço social enquanto *semblant*, foi introduzida por Freud como sendo capaz de fazer um laço do tipo “civilizatório”. Apresenta uma fantasia inconsciente que se apresenta como um romance familiar de cunho mítico edipiano, e que, através da empatia, almeja uma *identificação* para si mesmo, pela via do amor do outro à sua singularidade.

Este é um dos laços sociais possíveis, se considerados todos os sujeitos como iguais. Costuma ser considerado de início como o mais provável, seja porque o mais frequentemente encontrado, seja porque esta estrutura demande mais.

V.7.1.1. A necessidade do amor e o “*Não sei*” edipiano

Para um sujeito neurótico, obstaculizando aquela ordem simbólica discursiva onde se pretenderia ter um sentido lógico-formal completo e totalizável, subjaz nas entrelinhas como enigma o paradoxo do desejo do Outro, ao qual ele demanda um reconhecimento do seu ser, através de demanda de um amor à sua *identidade* singular.

O conceito forjado por Lacan deste grande Outro é uma construção apoiada no Simbólico, na função do significante enquanto *letra*, em um inconsciente *estruturado como*

uma linguagem (1998). Se o discurso é o que, em sua função de semblante, permite o estabelecimento de um laço social de função civilizatória na estrutura da *Neurose*, é exatamente porque este *sujeito* se divide, se elude, se evanesce, no intervalo entre o dito e o dizer. As crenças de um neurótico são abaláveis, porque ele não tem confiança nelas como certezas. Estas crenças podem ser, portanto, até certo ponto, questionáveis, maleáveis, ou pior: moldáveis, sugestionáveis.

Mas, como já revelara a insegurança de Descartes, o neurótico duvida de si mesmo, ele vacila em sua identidade, e é por isso que o laço social só é possível pela via do semblante.

O sujeito neurótico está para sempre destituído e condenado a se buscar e a se forjar a si mesmo, na tentativa de encontrar a sua almejada e pretensa identidade, pretendida como se esta existisse. Melhor dizendo, ele procura uma identidade (como se esta fosse possível existir), mas não a encontra. Encontra apenas uma moldura do pouco de realidade, com a qual tenta enquadrar o real de seu sintoma, que sempre lhe escapa e repete. É exatamente por esta falta estrutural, ou seja, pelo fato de que “*a relação sexual não existe*”, que o sujeito procura de alguma forma “fazer-de-conta” que ela possa existir, mas tem que se contentar que seja sob o viés do semblante.

O desejo do neurótico é um “*desejo de desejo*” do Outro. Como ele não pode confiar em seu próprio desejo, que “é articulado mas inarticulável”, ele se divide justamente ao tentar articular o impossível: é a própria ordem simbólica, cujo sentido lógico-formal-matemático lhe escapa, que deixa sempre um resto indizível.

Este resto paradoxal, se por um lado causa o conflito consigo mesmo e o mal-estar na civilização (FREUD, 1930, vol. XXI), lhe causa o vazio de significação que pode infinitamente relançar uma nova pergunta sobre o enigma do desejo. Lacan afirma categoricamente que “não é porque Édipo matou seu pai, nem porque ele quer dormir com sua mãe”, “não é por esta razão que Freud escolheu Édipo... é o ‘*ele não sabia*’...” (LACAN, 1992, Seminário 8, p. 104).

Esta pergunta do neurótico ao saber sobre o desejo enquanto enigma, que excede ou extrapola a matemática contábil, funciona como um endereçamento - levando-o a se enlaçar a um outro social que ele mesmo investe de insígnias fálicas enquanto grande Outro, na vã esperança de que este Outro lhe dê respostas, como se fosse ou uma busca de julgamento no Outro como se fora uma questão de atribuição de culpa, ou então como uma espécie de transferências de responsabilidades.

V.7.1.2. O amor de transferência na *Neurose*

Este grande Outro, ao qual ele atribui estas insígnias fálicas pretensamente totalizantes, é idealizado por ele como sendo o detentor da resposta à sua pergunta sobre a sua identidade (“*Quem sou eu?*”) sob a fantasia ilusória de um amor, que fosse gratuito, à sua singularidade. Este amor, buscado no outro semelhante pela via do reconhecimento, em uma sonhada gratuidade deste amor, lhe traria supostamente a confirmação ilusória de sua singularidade e, através desta, a almejada garantia de uma identidade que, sendo única e exclusivamente sua, lhe pudesse dar uma consistência de ser como único e indivisível.

No caso da *Neurose* a questão da gratuidade/singularidade em jogo no amor é, portanto, estabelecida a partir do pressuposto da cunhagem de uma suposta moeda de troca no desejo que ele presume ou atribui ao “*Falo*”, em: “A significação do falo” (LACAN, 1998), instituindo-o através do significante. A propósito, o pagamento da análise tem a função de insígnia ou de marca desta separação, destacando uma distância entre o sujeito e o analista.

V.7.1.3. A teoria socrática da imortalidade e a pulsão de morte

Para enfrentar o paradoxo ético da “*Coisa*” como “*das Ding*”, Lacan desenvolve o controverso tema da pulsão de morte introduzida por Freud, em 1920, em “Além do princípio do prazer” (FREUD, v. XVIII, ESB, 1976). “Como desejo de um impensável sujeito, que se apresenta no ser vivo, em quem isso fala. Este é, precisamente, *irresponsável* por aquilo que está em jogo, a saber, esta posição excêntrica do desejo no homem, que é desde sempre *o paradoxo da ética*” (LACAN, 1992, Sem. 8, p.102).

Ao comentar a Apologia de Sócrates, introduz a questão enigmática de um desejo de morte (LACAN, 1992, Sem.8, p.87) em Sócrates: “é difícil pensar que ele não quisesse morrer”, voltando a retomar o conceito do “*entre-duas-mortes*”:

Não há para o homem coincidência das duas fronteiras que se limitam com essa morte... A primeira fronteira, quer esteja ligada a um prazo fundamental que se chama velhice, envelhecimento, degradação, quer a um acidente que rompe o fio da vida, a primeira fronteira é aquela onde, com efeito, a vida se acaba e tem seu desenlace. Pois bem, é evidente, e desde sempre, que a situação do homem se inscreve no seguinte: que essa fronteira não se confunde com a da segunda morte, que se pode definir sob a fórmula mais geral, dizendo que o homem aspira aniquilar-se para se inscrever nos termos do ser. A contradição oculta, o detalhe a se compreender é que o homem aspira a destruir-se na própria medida em que se eterniza. (LACAN, 1992, Sem. 8, p. 103, grifo nosso)

Descrevendo a postura do herói, demonstra que ele a enfrenta para passar à memória da posteridade. “A história de Aquiles que prefere, deliberadamente, a morte que vai torná-lo imortal ‘a recusa ao combate que lhe pouparia a vida...’ (LACAN, 1992, Sem.8, p. 103-104).

Discute o conceito de *épistème*, a ciência, tal como Sócrates o produziu, como “aquilo que se impõe necessariamente a toda interlocução em função de uma certa manipulação, de *uma certa coerência interna*, que está ligada, ou que *ele crê ligada à única, pura e simples referência ao significante*.” (LACAN, 1992, Sem.8, p. 105).

E descreve a teoria socrática da imortalidade da alma: “Ele nos afirma que é nessa segunda morte – encarnada em sua dialética pelo fato de ele *eleva a coerência do significante à potência absoluta, potência de único fundamento da certeza* – que ele, Sócrates, encontrará sem dúvida alguma sua vida eterna.” É por utilizar o argumento da segunda morte, pelo privilégio do significante, é que Sócrates defende a alma como imortal.

Lacan discute e critica o paradoxo da posição socrática: Sócrates contrapõe, à ideia da imortalidade, a sua própria concepção de ciência. E interroga: “A que responde a posição que ele introduz?” “A que atopia do desejo?” Essa atopia do desejo,

... ela designa o ponto central onde, em nossa topologia, o espaço entre-duas-mortes está em estado puro, e esvazia o lugar do desejo como tal. O desejo ali não passa de seu lugar, na medida em que não passa, para Sócrates, de desejo de discurso, de discurso revelado, revelando para sempre. (LACAN, 1992, Sem.8, p. 108, grifo nosso)

Ao interrogar a atopia do sujeito socrático, que esvazia o lugar do desejo, como um “desejo de discurso”, ele deixa a questão em aberto: “*A esta pergunta, não respondo. Exponho-a.*” (LACAN, 1992, Sem.8, p. 108).

E é a partir dessas considerações preliminares que Lacan pode passar a formular sua crítica àquilo que se chama a “*relação médico-paciente*” (LACAN, 1992, p. 109). Neste momento ele ainda define o que deveria ser o lugar do analista como: “aquele que ele *deve oferecer vago ao desejo do paciente* para que se realize como desejo do Outro” (LACAN, 1992, p. 109).

Após a desconstrução teórica das ideias sobre a relação médico-paciente subjacentes à posição médica, dando início a seus comentários e críticas a respeito das concepções sobre o “amor”, é que ele finalmente pôde introduzir a noção de Transferência como uma suposição de saber (LACAN, 1992, Sem.8).

V.7.1.4. O paradoxo da ética: a *sugestão* como efeito de uma teoria prévia

“Percebe-se que existe outra coisa além da tendência à rememoração.” E: “Se a fala se mantém, é porque existe a transferência” (LACAN, 1992, Sem.8, p. 175).

Mas: “resta uma margem irreduzível de sugestão, um elemento sempre suspeito, que não está ligado ao que se passa lá fora – não se pode sabê-lo – mas sim *ao que a própria teoria é capaz de produzir*” (LACAN, 1992, Sem. 8, p. 175)

E essa transferência “não é para a pessoa a quem se dirige”, mas “ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala.” (LACAN, 1992, Sem.8, p. 177) Descrevendo o “*Che vuoi?*” (“O que o Outro quer de mim?”) como uma interrogação sobre o enigma do desejo do Outro:

É na medida em que não sabe o que Sócrates deseja, e que é o desejo do Outro, é nessa medida que Alcibíades é possuído, pelo quê? – por um amor do qual se pode dizer que o único mérito de Sócrates é designá-lo como amor de transferência, e remetê-lo ao seu verdadeiro desejo. (LACAN, 1992, Sem.8, p.180)

Entretanto: “*Essas repetições devem ser estritamente distintas daquilo que podemos chamar de transferência, mesmo que possam, em certos casos, ter efeitos homólogos.*” (LACAN, 1992, Seminário 8, p.177). Assim, portanto, Lacan admite que as repetições poderiam ter “efeitos homólogos à transferência”.

V.7.2. **PSICOSE - Forclusão**

Freud utilizou o termo “*Verwerfung*” como rejeição de um conteúdo da realidade, cuja preocupação é excluída pelo inconsciente, nos quadros denominados na época de “*Neuroses Narcísicas*” (Freud, 1915 – “Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise” (FREUD, v. XV, ESB, 1976) e Freud, 1918 – “Caso Homem dos Lobos”(FREUD, Uma neurose infantil, v. XVIII, ESB, 1976). Freud, por sua vez, procurou se apoiar na distinção entre “representação” e “juízo”, que havia sido anteriormente proposta por Brentano (apud KAUFMANN, P. 1996, p.214).

Lacan propôs traduzir “*Verwerfung*” por “*Forclusão*” em 1956, em sua última aula do Seminário III – As Psicoses, após ter inventado o conceito de “*Nome-do-Pai*”. Este termo havia sido extraído anteriormente por Pichon e Damourette (apud ROUDINESCO, E.

“Dicionário de Psicanálise”, 1998. p. 245) do discurso jurídico, referindo-se a “um direito não exercido no momento oportuno”.

Para os fins a que se destina o método proposto da *Escuta Diagnóstica*, considerou-se suficiente que os alunos fossem capazes de distinguir, através da *Colheita da História de Vida*, o que se denominou na dissertação de Mestrado, de “romance familiar” – sem “cunho edipiano” na Estrutura da *Psicose* (PIRES, B. 2007).

Ao formular a sua teoria dos discursos no Seminário 17: “O Averso da psicanálise” (LACAN, 1992), Lacan introduziu diferenças entre os estatutos discursivos, ao afirmar que o psicótico está “*fora do discurso*”, mas é “*habitado pela linguagem*”. Mas ele não afasta que a posição do sujeito psicótico possa ter um certo modo de “*transferência*” enquanto uma relação ao saber, embora nesta estrutura, ocupe uma posição de objeto à mercê de um grande Outro gozador, numa oscilação cambiante que tende a ser radical entre a erotomania e a perseguição (BARRETO, 2010, p. 297).

Em um desencadeamento, uma eventual e tênue procura de algum saber no Outro (*éxtimo*) pode deixar de apenas parecer ser uma mera suposição ou dúvida para se materializar, saindo do registro do semblante. O Outro pode aparecer no real, sendo percebido por ele como no mundo externo, ou em um outro semelhante que encarnaria o papel de duplo especular. O sujeito psicótico pode então julgar que o seu mundo interno seja devassável, sem ter uma privacidade dos seus pensamentos, o que na psicopatologia fenomenológica seria chamado de uma “difusão de pensamento”, ou uma alteração da “Consciência do Eu”.

Este pretenso “Eu” do psicótico é um sujeito diferente das outras estruturas. Por não forjar um enigma para o desejo do Outro, não consegue velar (*recalcar*) a castração através do mito edipiano do Pai. Neste sentido se poderia dizer que Lacan agregou ao mito edipiano o mito totêmico do Pai, ao formular a “*Forclusão do Nome-do-Pai*” ou da “*metáfora paterna*”.

Apesar de ser mais delicada, esta também pode ser uma outra forma de procurar fazer um laço social possível - que pode ocorrer ou não - com questões endereçadas a um saber que se poderia chamar de periférico, porque não passa pela questão do desejo do Outro pela via do dom do amor, com uma suposição de cunho edipiano. O Outro não é estabelecido por ele sob a égide de uma questão sobre o enigma do desejo segundo uma trama de uma fantasia inconsciente de cunho edipiano, mas sob a égide do gozo de um Outro que o institui (seja amando-o, seja perseguindo-o), sendo ainda mais dependente das contingências temporais e dos acontecimentos.

Para o sujeito psicótico, se a questão chegar a passar pela via de um suposto amor que, por exemplo, lhe fosse sugerido por alguma forma ambígua de gratuidade, ela poderia deixar

de ser entendida por ele como uma mera suposição gratuita e poderia se tornar uma certeza erotômica, com o risco de sua contravertente persecutória. Esta experiência fora recolhida desde a psiquiatria clássica, tendo sido desenvolvida por Lacan em sua Tese de Doutorado (“Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade”, 1987) e é com certa frequência encontrada na prática clínica.

Há uma exposição de um fragmento de caso clínico feito por Elisa Alvarenga que ilustra brilhantemente a possibilidade de uma *transferência* enquanto suposição de saber na estrutura da *Psicose*:

No entanto, para que um trabalho seja possível, é preciso que o sujeito possa fazer outra coisa de seu sofrimento que a repetição de uma queixa, que ele possa fazer dele um sintoma, colocar aí uma suposição de saber. Talvez pudéssemos pensar isso como válido inclusive para o sujeito psicótico, onde se trataria de fazer vacilar sua certeza delirante. Penso em um sujeito internado após uma passagem ao ato suicida, que continuava afirmando que queria morrer. Era uma certeza para ele, até o dia em que relata uma “visão”: viu um velho de barba e cabelos longos saindo de uma parede. A pergunta de um residente, “O que significa isto?” possibilitou uma suspensão desta certeza, a partir do momento em que o paciente disse que não sabia, mas que estava com medo dessa visão, e que este medo não lhe permitiria ter coragem para se matar. Suposição de saber precária, estabilização precária, porém momentaneamente suspensão do ato suicida. (ALVARENGA, E. 1996, p. 25, grifo nosso)

No caso acima, apesar de não se convocar o sujeito a se implicar ou se responsabilizar por seu alegado “medo”, se abre uma brecha para interrogar um pretense saber, um “não sei” que, como suplência, poderia atenuar o peso do real.

Será trabalhado um fragmento de caso clínico através de cartas endereçadas à mãe (Cartas 1 e 2) e também ao médico (Carta nº 3), que atestam sobejamente através de questões numeradas, magistralmente formuladas por um sujeito que demandava ajuda, em uma clara suposição de saber, na estrutura da *Psicose*.

V.7.2.1. Caso clínico “Cartas”: Transferência na *Psicose*

Carta nº 1:

“Para M.”

“Mãe,

Me desculpe por hoje e todo esse tempo em que eu estou depressivo. Minha cabeça não pensa mais, há pouca energia remanescente no meu corpo, não me lembro mais de quem eu fui, por isso fui buscar consolo nas fotografias. Lembrar de um tempo

em que eu era alguém e o amor unia nossa família, um tempo em que eu tinha amigos de verdade e motivação para a vida. Tentar trazer à tona memórias, pois lembrar é um verbo que está sumindo de minha vida. No momento em que eu escrevo já é 13:00 e eu já deveria estar na escola, mas fazer o quê na escola? Eu não conseguirei me concentrar, não sei onde irei copiar a matéria, não terei o que conversar com os colegas...

Eu não estou conseguindo deixar de ser frio com as pessoas e minha capacidade de conversar está se esvaindo. Perco aos poucos a vontade de viver. Onde estão os meus amigos do Floresta? Meu talento? Minha habilidade com o violão? Nada consegue ficar na minha mão por muito tempo, as coisas se perdem...

Estou me sentindo cada vez mais como simples matéria bruta, e sem vida. As pessoas nunca irão me compreender, como eu perdi tantas chances... Acho que não haverá segunda chance para mim. Pelo menos ainda me resta a capacidade de escrever.

Resumindo: desculpe-me por eu ser eu e te decepcionar a todo instante. Por eu ser apenas um fardo a ser carregado neste momento. E por eu atingi-la em sua essência a toda hora. E por minha tão grande ingratidão.

Z., .../.../99”

Carta nº 2:

“Mãe,

É assim que você me ajuda? Demonstrando indiferença pelos meus problemas? Quando estou triste e chorão, ao invés de palavras de consolo e um ombro amigo, encontro raiva e repreensão. Eu sei que hoje eu estava aqui no seu serviço e podia te atrapalhar, mas essas coisas são difíceis de controlar. Eu sei também que venho me manifestando egoísta, mas isso é porque eu estou mal. Eu preciso de compreensão da sua parte. Tudo isso pode parecer cobrança e eu posso estar errado, mas por favor não se zangue comigo.

Eu estou desorientado! Desperdicei vários talentos em minha vida, e agora não sei o que fazer. Por favor, me diga o que fazer quando eu lhe apresentar um problema.

Eu preciso de várias respostas para várias perguntas, como:

- Como eu vou aproveitar a vida e para de me atormentar por dentro?*
- Como vou acessar boas memórias em minha mente?*
- Como superarei a inércia, o medo de tudo o que está a minha volta? E a preguiça?*
- Como lembrarei dos sonhos que eu tinha, como eu era e quem eram meus amigos?*
- Como me tornarei comunicativo?*
- Como encontrarei o meu talento?*
- Como irei me concentrar nos meus estudos e organizar os meus papéis, meus pensamentos e minha vida?*
- Como deixarei de ser frio e vazio por dentro?*
- Como recuperarei os restos do antigo T.?*
- Como irei encontrar motivação para viver?*

Por favor, mãe, me ajude!

*Por favor, me tire do buraco!
Me ajude a sair! Mande uma corda para mim escalar de volta!
Quase 13:00 (.../.../99)”
(Ass. Z.)*

V.7.2.1.1. Comentários

- Para a Psiquiatria: Pode-se suspeitar apenas de uma alteração da Consciência do Eu ainda incipiente, o que não caracteriza um diagnóstico.

- Para a psicanálise: Pode-se observar um significante que se repete: “*Talento*”, que poderia ser a porta de entrada do vazio de significação. Outros indícios já apontam, neste momento, ao início de perda da consciência do eu. Aparentemente, o sujeito ainda apresenta uma demanda de saber endereçada ao Outro, quando diz: “*eu posso estar errado*”, mas em uma transferência que também apresenta um viés persecutório.

V.7.2.1.2. Considerações teóricas: Quais os riscos?

Poder-se-ia fazer uma analogia metafórica desse equívoco significante com um “sacudir uma árvore, para saber o que vai cair”. Ao que o brilhante psicanalista e supervisor teórico Celso Rennó Lima, em uma discussão de Caso Clínico no IPSM-MG, argutamente redarguiu: -“Mas tem que tomar cuidado para *não sacudir forte demais*.”

Esta advertência, tão frequente nas supervisões de casos, faz parar para refletir no seu significado prático, no que se refere à técnica. Seria uma mera questão de intensidade, ou de grau de forçamento, no sentido de uma excessiva incisividade que poderia ser interpretada pelo sujeito no mínimo como grosseira, indelicada, sentida como ameaçadora, violenta ou agressiva?

Seria o caso de se “modular” o forçamento, como se diz “tomar a sopa pelas beiradas”, mas mesmo assim ainda persiste a dúvida: qual seria o instrumento ou a ferramenta de que se poderia dispor para tentar se adentrar cautelosamente? Se poderia aperfeiçoar aquela comparação, substituindo-a pela metáfora da pescaria: para saber “se vai físgar alguma coisa”. Antes de se “saber” se sequer existe algum peixe a ser pescado, joga-se uma espécie de “isca” para testar se ela será mordida, ou não. Só assim se poderia deduzir se existem peixes, ou não.

Seria possível se fazer isto, na prática?

Propõe-se que se propicie a oferta de uma escuta desinteressada, sob a égide de uma rotina e até mesmo de certa forma “burocrática”, com o rótulo trivial e corriqueiro de “colheita de história de vida”.

O sujeito psicótico não é capaz de perceber a falta porque esta é tamponada por um Outro que lhe aparece como externo, no real: ou como amor erotomaniaco, ou como uma ameaça persecutória, que lhe é alheia, não constitutiva ou constituinte de seu “ser” de sujeito.

O neurótico se sente angustiado ao procurar uma saída porque, em sua estrutura inconsciente, ele admite uma falta constitutiva no enigma do desejo, mas acredita que a falta (ou castração simbólica) se encontra nele mesmo, interpretando-a como “culpa”. Para os sujeitos de ambas as estruturas qualquer intervenção poderá ser interpretada como selvagem: ou ditatorial, ou depreciável.

V.7.2.2. Transferência na Psicose: Carta nº 3

“Beti,

Por meio deste documento tento esclarecer alguns aspectos da minha crise de loucura e também algumas coisinhas.

1 – Sobre o meu relacionamento com a V.

Ela é muito capitalista, e católica; enquanto eu sou socialista e espírita, dois valores os quais por enquanto não quero abdicar destes.

2 – Sobre minha experiência com alucinógenos:

Depois de ir para o acampamento em Lavras Novas, comecei a namorar com Clarissa. No entanto, não sei se esta era imaginária ou real. Ela, junto com dois colegas, fumou um baseado na minha frente. A partir deste momento, comecei a ter algumas ilusões de grandeza, tendo estas também a ver com mediunidade. A partir desses momentos, quando eu ficava mais desesperado, o mundo parecia com a realidade descrita em Não Verás País Nenhum, de Ignacio de Loyola Brandão, e eu pensava que iria para o hospício, o qual ainda pretendo conhecer. O problema é que, nas minhas ilusões de grandeza eu levava gente comigo, e as vezes muita gente. Foi feita uma revista Veja com muitos valores que eu tenho, como o amor pela música, e no meio havia o anúncio de uma revista falando da influência do rock no século XX.

3 – Sobre a arte

O uso do violão, do teclado e da guitarra tem me ajudado bastante contra as ilusões de grandeza, assim como a leitura de coisas mais infantis e engraçadas, coisas bíblicas. Tenho também me revelado melhor escritor do que pregador. Minha fala é cheia de frases feitas e frases de efeito, o que pode ser bom por ser convincente, mas pode me colocar em contradição. Minha sensibilidade musical aumentou também.

4 – Sobre os remédios

Prefiro os mais naturais, de preferência que sejam usados mais alimentos, esportes e alternativas não-viciantes.

Obrigado pela atenção,

Assinado: ...”

V.7.3. *PERVERSÃO - Desmentido*

V.7.3.1. Uma lógica do contabilizável

A partir do Paradoxo de Russell pode-se retomar, em uma analogia grosseira, um caminho possível para se situar as diferenças entre as Estruturas. Pode-se dizer que o sujeito de estrutura perversa se recusa a crer, nega ou desmente o paradoxo lógico-estrutural do Outro simbólico, para reafirmar sua crença em uma identidade que seja indivisível e somente sua. Ele se “auto-afirma” enquanto um ser não-dividido, ao se incluir na ordem simbólica como estrita e exclusivamente incluído - dentro do conjunto do sentido fálico do “Um” indivisível da lógica matemática, jogando a contradição e a divisão para o lado do outro.

O sujeito perverso afirma ou reassegura-se de sua identidade como pretensamente inviolável (do ponto-de-vista paranóico do conhecimento), expulsando a castração simbólica para um Outro que ele localiza “fora” dele, imputando a “culpa” e a responsabilidade a um erro alheio, que ele localiza no mundo externo. Ele pretende já saber de antemão as respostas, e pode prescindir de formular perguntas ao Outro, para não se descompletar. Assim, ele se defende da “curiosidade paranoica” do conhecimento, sob alegações e argumentos dentro de uma lógica irretorquível, irredarguível, porém tautológica.

Ao denunciar a castração imputando-a e encarnando-a em um outro “semelhante”, ele se abstém, na posição de objeto, de “tomar partido” quanto ao risco de seu desejo enquanto sujeito, atribuindo a culpa e a responsabilidade a um Outro dividido, cujo lugar ele localiza como sendo apenas fora dele. Como se ele se colocasse na posição de uma falsa “ingenuidade” - considerada apenas na vertente de “vítima inocente”. Por isso, o sujeito perverso não demanda nada, ele se diz demandado. Assim, não acha que precisa de ajuda, acusando via de regra o pequeno outro seu semelhante ou o outro na dialética do social. Como então ele faz algum “laço social”?

V.7.3.2. Ilustrações literárias sobre a *Perversão*

De modo geral o sujeito de estrutura Perversa não demanda ajuda, o que não o impede de procurar uma análise como mais uma forma de exercer sua vontade de gozo através da imposição de um saber mentiroso. Lacan advertiu contra se admitir um perverso em análise, porque de lá ele sairá perverso.

Como o sujeito Perverso não demanda ajuda, porque ele não tem conflitos com a sua pretensa identidade, torna-se necessário recorrer a exemplos da literatura.

Sob a perspectiva da não-ficção, pode-se recorrer a Hanna Arendt em “*Eichman em Jerusalém – um relato sobre a banalidade do mal*” (2008). Eichman, o nazista, foi levado ao tribunal por ter sido acusado de “ajudar e assistir” à aniquilação dos judeus. É absolutamente curioso recuperar fragmentos dos depoimentos deste acusado, que se declarou: “Inocente, no sentido da acusação.”

Arendt interroga: “Em que sentido então ele se considerava culpado?” A resposta foi dada numa entrevista à imprensa: “Eichman se considera culpado perante Deus, não perante a lei.” (p.32) Donde se pode vislumbrar a grande confusão instalada no julgamento, por um argumento racional que aparentemente era um atestado da “sanidade mental” do acusado. Quando Eichman alegava que “era seu dever obedecer”, Arendt questiona:

Por que tantas pessoas se calaram?... ‘Por que essas pessoas também se sentiam incriminadas’... essa acusação evitava cuidadosamente tocar na questão altamente explosiva: a cumplicidade quase ubíqua... (ARENDR, 2008, p. 29, grifo nosso)

O acusado alegava: “Nunca dei uma ordem para matar” e ainda: “jamais abrigara no peito nenhum mau sentimento por suas vítimas”. “Repetia os mesmos clichês envergonhados sobre o Tratado de Versalhes e o desemprego”. Até que escancarou sua posição de objeto:

Segundo seu próprio relato, só numa coisa ele se distinguiu durante esses catorze meses, no treino punitivo, em que se empenhava com grande obstinação, no espírito odioso de ‘se meu pai não quer que minha mão congele, ele que me compre luvas’ (ARENDR, 2008, p. 46, grifo nosso)

Onde ele se declara claramente como um objeto que estivesse a serviço de completar um Outro que seria pretensamente onipotente, único detentor do poder de legislar. Mais, ainda:

Quando disse no interrogatório da polícia que teria mandado seu próprio pai para a morte se isso tivesse sido exigido, não queria simplesmente frisar até que ponto se achava cumprindo ordens e pronto para executá-las; queria também mostrar o ‘idealista’ que sempre fora. (ARENDR, 2008, p. 54, grifo nosso)

Ilustrando o consentimento e a cumplicidade da vítima:

Era bazófia pura quando ele disse aos seus homens nos últimos cinco dias da guerra: ‘Eu vou dançar no meu túmulo, rindo, porque a morte de cinco milhões de judeus (...) na consciência me dá enorme satisfação.’... Mas vangloriar-se é um vício comum, e uma falha mais específica, e também mais decisiva, no caráter de Eichman era sua quase total incapacidade de olhar qualquer coisa do ponto de vista do outro. (...) Os judeus ‘desejavam’ emigrar, e ele, Eichman, estava ali para ajudá-los, porque aconteceu de, ao mesmo tempo as autoridades nazistas terem expressado o desejo de ver o Reich ‘judenrein’. Os dois desejos coincidem, e ele, Eichman, podia fazer justiça a ambas as partes. (ARENDDT, 2008, p. 60, grifo nosso)

Arendt continua sua descrição de Eichman, que era reconhecido não só como um perito na “questão judaica”, mas também como “autoridade”, “*como um ‘senhor’ que sabia fazer como as pessoas se mexerem*” (ARENDDT, 2008, p. 79). Com relação explicitamente à cooperação das vítimas, relata especificamente “a ajuda judaica no trabalho administrativo e policial” (ARENDDT, 2008, p. 133).

A dificuldade para se examinar esta questão reside no paradoxo intrínseco à própria lei moral kantiana, que implica a necessidade de um imperativo categórico. É curioso observar que Eichman “se comportava como se fosse senhor da vida e da morte” (ARENDDT, 2008, p. 78), mas se contradizia a tal ponto que não lhe competia nem sequer a questão de sua própria morte.

Empregou a definição kantiana do dever – enquanto ligada à faculdade de juízo – para justificar a sua obediência cega:

E explicou que, a partir do momento em que fora encarregado de efetivar a Solução Final, deixara de viver segundo os princípios kantianos, que sabia disso e que se consolava com a ideia de que não era mais ‘senhor de seus próprios atos’, de que era ‘incapaz de mudar qualquer coisa’. O que não referiu à corte foi que ‘nesse período de crime legalizado pelo Estado’, como ele mesmo disse, descartara a fórmula kantiana como algo não mais aplicável. Ele distorcera seu teor para: aja como se o princípio de suas ações fosse o mesmo do legislador ou da legislação local – ou, na formulação de Hans Frank para o ‘imperativo categórico do Terceiro Reich’ (ARENDDT, 2008, p. 153, grifo nosso)

E Arendt (2008, p. 154) conclui: “Uma lei era uma lei, não havia exceções”. Uma necessidade de absolutização do relativo, portanto, ocupa lugar central enquanto lógica simbólica “característico do perfeito burocrata” (ARENDDT, 2008, p. 154), se configurando como uma tautologia ordenatória.

O brilhante Saramago explicita magistralmente a insensibilidade anonimizante, impessoal e destruidora dos sujeitos, sob o pretexto da burocracia:

A inquietação tinha voltado a mordê-lo, mas agora era ele próprio que não deixaria sair a pergunta da boca, iria dali como se levasse no bolso uma caixa de prego para ser aberta no alto mar e em que o seu destino já havia sido apontado, traçado, escrito, hoje, amanhã, depois de amanhã. O subchefe tinha perguntado, O que o traz por cá hoje, depois dissera, Amanhã mesmo, depois concluía, Então seja depois de amanhã, é certo que as palavras são assim mesmo, vão e voltam, e vão, e voltam, e voltam, e vão, mas por quê estavam estas aqui à minha espera, por quê saíram de casa e não me largaram em todo o caminho, não amanhã, não depois de amanhã, mas hoje, agora mesmo. De súbito, Cipriano Algor detestou o homem que se encontrava na sua frente, este subchefe simpático e cordial, quase afectuoso, com quem no outro dia tinha podido conversar praticamente de igual para igual, salvadas, claro está, as óbvias distâncias e diferenças de idade e condição social, nenhuma delas, porém, ao que havia parecido então, impedientes de uma relação fundada no respeito mútuo. Se te espetam uma faca na barriga, ao menos que tenham a decência moral de te mostrarem uma cara que seja conforme com a acção assassina, uma cara que ressumbre ódio e ferocidade, uma cara de furor demente, até mesmo de frieza humana, mas, por amor de Deus, que não te sorriam enquanto te estiverem a rasgar as tripas, que não te desprezem a este ponto extremo, que não te deem esperanças falsas, dizendo, por exemplo, Não se preocupe, isto não é nada, com meia dúzia de pontos ficará fino como antes, ou então, Desejo sinceramente que o resultado do inquérito lhe seja favorável, poucas coisas me dariam maior satisfação, creia-me. (SARAMAGO, 2000, p. 256)

Assim, pode-se concordar com Barthes em “La Leçon”, em que os detentores do conhecimento podem fazer uso do segredo como uma ameaça latente de exclusão, que não tem rosto.

V.8. VINHETAS DE CASOS CLÍNICOS

Serão relatadas algumas vinhetas de Casos Clínicos, para se ilustrar as diferenças entre as estratégias de abordagem e de condutas entre a psiquiatria e a psicanálise.

V.8.1. Caso clínico “AE”: “Depressão com risco de suicídio”

Caso Clínico apresentado para supervisão por aluno do 8º. Período, atendido por ele em consulta de Medicina Geral de Adultos (MGA), no ambulatório do Centro de Saúde Carmo-Sion, 2005.

Resumo: Uma paciente de meia-idade, origem humilde, natural de zona rural, escolaridade primária, procedente de Belo Horizonte, separada. Queixa Principal (QP): “depressão”. História da Moléstia Atual (HMA): primeira crise depressiva havia alguns anos, agravada após a separação, quando veio para BH sozinha com os filhos. O ex-marido era alcoólatra, agressivo, não sustentava a casa. Na época chegou a tentar suicídio; usou determinado antidepressivo (AD), tendo obtido melhora depois de certo tempo. Recentemente apresentando recaída do quadro depressivo. Impressão Diagnóstica (ID): Transtorno Depressivo Recorrente (ou Depressão Unipolar). Conduta adotada pelo médico-residente que a atendera em primeira-consulta: reintrodução do AD que havia tomado anteriormente, com o qual havia melhorado.

Questão trazida pelo aluno para a supervisão: qual conduta adotar?

Questão em aberto: Quando a paciente tentou Autoextermínio (AE), qual foi o motivo? Qual é a versão dada pela paciente, do seu POR QUÊ?

V.8.1.1. Comentário

Em um caso destes, a psiquiatria contemporânea se atém à avaliação do “risco de suicidabilidade” (*suicidability*) a partir de indicadores quantitativos tais como: frequência e duração da “ideação suicida”, planos, tentativas anteriores, história familiar positiva. Os pensamentos de morte são geralmente considerados intrusivos, do tipo obsessivo ou chamado “egodistônico”, ou seja, presume-se que haja uma luta interna do paciente contra seus próprios pensamentos. Presume-se que o desejo de morrer seja uma “patologia” que como tal deveria ser passível de ser extirpada do organismo como se fora um corpo estranho, um desejo alienígena.

Pela psicopatologia fenomenológica, considera-se que:

1) Se o pensamento é alienígena, se vem de fora e se impõe como uma voz de comando sobre a vontade do paciente, e ele não se sente com forças suficientes para lutar contra ela, tratar-se-ia de uma *Psicose*. Naturalmente se o paciente apresentasse, em algum momento da evolução, as chamadas “características psicóticas”, como alucinações verdadeiras e/ou fenômenos delirantes primários, especialmente os humor-incongruentes, ou alucinações verdadeiras com frescor sensorial, não se questionaria o diagnóstico de *Psicose*.

2) Se o pensamento é reconhecido pelo paciente como sendo dele mesmo, mas ele se recusa a reconhecê-lo como seu, travando uma luta interna consigo mesmo, este é considerado

um fenômeno obsessivo, que pode ocorrer em múltiplas e variadas circunstâncias diferentes, por exemplo:

- em um Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC);
- como secundário ao humor deprimido (deliróide);
- como ideia delirante primária, geralmente associado com ideias humor-incongruentes;
- ou em qualquer episódio Depressivo Maior.

3) Mesmo se fosse o caso de uma pretendida “doença” do humor – cujo nome foi mudado de “doenças afetivas” para “transtornos do humor”, não por acaso, possivelmente para não incorrer no risco de uma afirmação não comprovada cientificamente -, as chamadas “fases depressivas” apresentam semiologicamente uma “história natural da doença” com uma evolução cíclica, em que a duração das fases é em média de 6 a 12 meses, como nos informa a psiquiatria clássica. Também por este motivo se preconiza nos protocolos de tratamento que a duração do emprego dos AD na fase “aguda” seja de 6 a 12 meses, promovendo-se uma redução lenta e progressiva da dose dentro de 1 a 2 anos, o que cobriria a duração da história natural de evolução de um luto. Ressalte-se que as durações das pesquisas sobre a eficácia dos AD, em sua imensa maioria são de curto prazo, e além disso os critérios de inclusão são de casos de “Depressão Maior”.

V.8.1.2. A crise de paradigma dos Transtornos de Humor

Com a crise do paradigma dos Transtornos do Humor instalada após a verificação da suicidabilidade induzida pelos antidepressivos (PIRES, 2006), AKISKAL (2005) e outros têm proposto uma reformulação da nosografia, com a teoria do continuum entre a Uni e a Bipolaridade. Dentre as categorias nosológicas mais recentes figura o chamado Transtorno Bipolar (TB) tipo III, de diagnóstico ainda amplamente controverso, discutindo-se os critérios propostos para a Bipolaridade “soft”, ainda antes de se chegar a um consenso sobre o DSM-V.

Resumindo, a categoria TB tipo II se confundiria com um quadro semelhante a um Transtorno Depressivo Recorrente (antigo “Unipolar”), ao qual se associaria, em algum momento da evolução, um quadro de Hipomania. Questiona-se o diagnóstico diferencial de Hipomania com: Hiperatividade, Euforia, Irritabilidade, Quadro Misto (ou da antigamente chamada “Depressão Agitada ou Ansiosa”). Os autores discutem ainda, por exemplo, a duração deste episódio de Hipomania, deveria ter um “limiar” mínimo que variaria de 1 a até

4 dias. Por fim, é questionado se não seria uma temeridade se dar um diagnóstico muito precoce e iniciar o protocolo para tratamento de TB tipo II, já que os efeitos colaterais desses medicamentos preconizados (estabilizadores do humor anticonvulsivantes, lítio e antipsicóticos atípicos) podem ser muito prejudiciais se usados intempestivamente.

O maior problema diagnóstico se encontra nos pródromos, em que ainda não se pode confirmar um diagnóstico de *Psicose*, o que costuma ocorrer exatamente na adolescência. Estas apresentações iniciais nesta faixa etária, ainda sem tempo de evolução suficiente para se confirmar um diagnóstico de certeza, suscitam as maiores dúvidas com relação tanto à abordagem do paciente e de sua família, quanto à prescrição medicamentosa e quanto às propostas psicoterápicas.

Não raro se confundem vários rótulos diagnósticos que vão desde “Síndrome da Adolescência Normal”, Transtorno de Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Stress Pós-Traumático, Transtornos de Personalidade, Transtornos Somatoformes, o moderno/antigo kraepeliniano “Estado Misto”, até um rótulo provisório de “Transtorno Esquizofreniforme”, o que de fato não esclarece absolutamente nada em termos etiológicos, observando-se a indeterminação do quadro por longos tempos enquanto se aguarda a eclosão do quadro agudo.

Enquanto não se estabelece um diagnóstico de certeza, propugna-se o emprego da dupla AD+psicoterapia em geral, sem nenhuma especificidade e sem critérios rigorosos para o acompanhamento e a conduta a nível de atenção ambulatorial primária. Nos melhores casos, o adolescente é atendido por uma equipe multidisciplinar que trabalha de forma desconexa, com orientações diferentes: psiquiátrica, psicossocial, comportamental, e operando de forma tardia, “correndo atrás do prejuízo”.

Em todos os protocolos propostos para o tratamento dos quadros acima são preconizados os antidepressivos, em especial os modernos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS), que teriam uma ação considerada especialmente “antiobsessivógena”. Como a conduta é padronizada, deixa portanto de ser necessário e seria considerado até irrelevante se perguntar ao paciente os motivos que ele atribuía como justificativa para a sua anterior tentativa de suicídio. Assim, nesta perspectiva, se o que está no foco da atenção é a “doença” – considerada como ou “depressiva”, ou “psicótica” -, torna-se dispensável aprofundar a investigação sobre quais os significados da vida e da morte para aquele sujeito.

V.8.2. Consideração teórica: um lugar ético

V.8.2.1. O aluno-sujeito é convocado pela demanda

Pode-se verificar que o aluno não saberia nem como aprofundar o questionamento, nem se poderia ou deveria: mesmo porque também não saberia o que fazer caso viesse a descobrir algum argumento aparentemente irrefutável, sendo o ponto-de-vista do paciente corroborado pelo entrevistador. O “aluno-sujeito” é colocado em questão, pela demanda implícita na queixa. Até mesmo o simples silêncio ou omissão do examinador podem ser interpretados pelo sujeito em sofrimento como se fora uma concordância com a sua desistência.

Esta é uma conduta muito frequente, em que o médico se abstém de “tocar no assunto”, se atendo à perspectiva farmacológica de terapeutizar uma pretendida “doença”, repetindo a medicação que pretensamente teria “curado” o episódio depressivo anterior.

Pretende-se universalizar o julgamento da “prova terapêutica” atribuindo a melhora do episódio anterior ao efeito do medicamento. Curiosamente, conclui-se que “uma vez deprimido, para sempre deprimido”. Se o paciente “der sorte” de se beneficiar do efeito medicamentoso sobre o sintoma, estaria resolvido o problema da medicina? E o problema do paciente? Não interessa, “é problema dele”...? Na prática, o paciente tende a persistir com uma demanda reprimida, que é eludida, como foi testemunhado pungentemente na fala inesquecível da aluna: “A paciente me falou que queria se jogar na frente de um caminhão, e eu falei que a pressão dela estava boa, que ela poderia continuar tomando os remédios e retornar dali a seis meses...”

V.8.2.2. Uma pergunta sem resposta, mas com um compromisso de escuta

Neste exemplo de Caso Clínico parece ter ficado evidente que faltou pelo menos uma pergunta básica: *Por que* a paciente já teria desejado morrer? Qual seria a versão que ela teria para este desejo de morte? O objetivo desta pergunta: “*Por quê?*” não é o de “compreender” as razões, no sentido fenomenológico. Muito antes pelo contrário, trata-se exatamente de “não-compreender”, partindo do mal-entendido fundamental da linguagem.

Procura-se utilizá-la como uma mera estratégia de abordagem, como uma pergunta – curiosa, mas desinteressada – que abre uma possibilidade para que um sujeito possa advir, para abrir uma brecha em que ele próprio possa se interrogar acerca de suas versões,

colocando em questão a sua posição subjetiva. Tem a mesma finalidade que a proposta de colheita da “História de Vida”, que também é uma estratégia que se poderia dizer mais “burocratizada”, como se fosse um procedimento da rotina do atendimento para tentar se abrir esta oportunidade. Parte-se do princípio do não-saber se esta abertura vai propiciar, ou não, a descoberta da versão dada pelo paciente sobre o seu “romance familiar”, e menos ainda se deveria pressupor que ele fosse algum discurso: que tivesse algum sentido que fosse fálico ou edipiano.

Ao se fazer uma pergunta sem resposta possível, o que é possível é um compromisso de escuta: um laço social enquanto semblante, que pode ser operatório e se pode denominar de “comunidade de vida” - concordando com os colegas Vaschetto e Faraoni (2008), pode-se paradoxalmente dizer que se trata de uma “clínica do fracasso”. Em situações críticas, o alargamento do tempo entre o instante de ver e o momento de concluir pode ser não apenas uma coisa necessária a ser feita, mas especialmente: a única.

V.8.3. Caso Clínico “NS”: “*Não sei...*”

Caso Clínico de uma paciente internada no Instituto Raul Soares – entrevistada pela professora em demonstração para os alunos em aula prática de “Semiologia e Nosologia Psiquiátrica”, 5º Período (2009).

Resumo: Paciente de 22 anos, natural e procedente do interior, escolaridade nível médio. Internada devido a tentativa de AE. *QP:* “Depressão”. *HMA:* Várias tentativas de AE, desde os 17 anos. Acha que é deprimida desde pequena, porque se acha feia. Última tentativa após briga com seu pai. Mau relacionamento com a mãe. Achava que os pais não gostavam dela. Desde pequena, seus colegas a chamavam de “feia”.

Escuta Diagnóstica (ED): durante a colheita da História de Vida, relato de romance familiar de cunho edipiano. Quando a paciente relatou que tinha um namorado, foi-lhe perguntado o que ela achava que seu namorado pensava a respeito dela. Quando ela respondeu que “não sabia”, foi-lhe perguntado se ela achava que ele também a achava feia. A paciente respondeu: “*Não sei* o quê que ele viu em mim”.

Estratégia de abordagem e condução do caso:

Naturalmente, esta pergunta da paciente interroga o amor ao seu ser e, indiretamente portanto, aos clássicos “Quem sou eu?” ou “Quem eu sou?” O objetivo da ED não é formular esta ou qualquer outra questão para a paciente, colocando-a “em cheque”. O recurso é

destacar este “*Não sei*”, para remeter o sujeito a uma questão relativa ao saber, que será construída pelo “*paciente-sujeito*”.

Portanto apesar de que o médico seja colocado pelo paciente em um lugar de saber, ele deve se abster de atender a esta demanda, colocando-se em uma posição de não-saber.

V.8.3.1. Considerações teóricas: Uma “curiosidade desinteressada”

A entrevista deve ser conduzida com tato e delicadeza, de forma a que a curiosidade se revele não de forma mórbida ou preconceituosa, mas como interesse autêntico (genuíno, legítimo, desinteressado) no equívoco, no enigma e no mal-entendido fundamental da linguagem. Não se deve acreditar que seja possível uma compreensão, ou melhor dizendo, é necessário que se saiba (e se acredite) de antemão que esta compreensão não será atingida, visto ser impossível. Parte-se do princípio de que, apesar de aparentemente dar a impressão de se estar procurando a compreensão, já se sabe antecipadamente que, no final das contas, ela nunca será encontrada.

Trabalha-se sobre o equívoco significante, na direção dos “porquês”, de qual é a versão que o paciente pode fornecer, ou que ele possa tentar construir, para dar as suas razões, ou os motivos que ele presume, para decifrar os seus sintomas, correlacionando-os com o enigma do desejo do Outro. Para se chegar a isso, pode ser necessária a utilização da estratégia da colheita da História de Vida. É importante ressaltar que o paciente, ao aceitar expor a sua história, ele o faz com um endereçamento ao entrevistador, como um retorno à oferta que lhe foi feita. Portanto, qualquer que seja a estrutura, nesta etapa – que corresponde às “entrevistas preliminares” freudianas - pode-se falar em “transferência” de uma forma ainda indiscriminada.

V.8.3.2. Um enigma: “*não sei*”...

Quando um paciente diz: “*Não sei*”, ele pode querer saber, ou não. Um paciente psicótico pode até chegar a dizer que “*não sabe*”, mas pode em seguida afirmar categoricamente ou que não quer saber, ou que é impossível saber e encerrar ou mudar o assunto.

Já em se tratando de um neurótico, quando fala um “*não sei...*” esta dúvida no saber revela a vacilação do sujeito. Pode soar como uma afirmação fraca, dúbia, evasiva: ele pode ficar interessado em saber. Quando esta afirmação é feita pelo paciente, este pode ser um

momento fecundo. Pode representar uma entrada, uma brecha possível para se tentar introduzir uma questão sobre o enigma do desejo do Outro. Não é necessário se forçar, não é necessário invadir os limites que são postos pelo paciente. Basta que não se introduza nenhum significante novo, que não se induza o raciocínio em direção a alguma conclusão. É suficiente que não se queira “interpretar”, abstendo-se de dar conselhos, procurando apenas uma pergunta a mais.

V.8.3.3. Efeitos catárticos

A colheita da HV enquanto mera “curiosidade desinteressada”, mesmo que não tenha por parte do médico a menor pretensão terapêutica, em se tratando de um paciente neurótico, trará efeitos de catarse pelo simples fato do desabafo. Em que consistiria este efeito catártico? Algumas respostas possíveis:

1º.) O sujeito se sente particularmente valorizado, reconhecido em sua singularidade e, portanto, isto abrirá caminho para uma transferência positiva;

2º.) O sujeito ama aquele ao qual supõe um saber (LACAN, Sem. 8);

3º.) Pelo manejo do amor de transferência, em sua vertente positiva, o entrevistador incentiva este desejo de saber que já é próprio da estrutura da *Neurose*;

4º.) Ao falar de si, o sujeito fala sobre si mesmo como se fora um terceiro, um objeto externo fora de si, distanciando-se ou fazendo um “recuo” do problema sob o qual está submerso. Seria como se um “peso” interno necessitasse ser relativamente deslocado espacialmente – descarregado - para fora do corpo, para o sujeito escutar a sua própria voz falando, como se fosse um outro. Lacan se apoia em Hegel: “a palavra é a morte da coisa”.

V.8.3.4. Efeitos de Sugestão

Em suma, pode-se desenvolver a seguinte conclusão: as concepções prévias, ou os preconceitos que guiam o médico, levam uma margem irreduzível de sugestão. Portanto, torna-se desejável que escute em uma posição de humildade com referência ao saber, uma posição não-pretensiosa, de não saber.

Ao se colher uma história de vida, para evitar se fazer uma hipótese diagnóstica precipitada de Estrutura, é necessário ser “curioso”, sem uma curiosidade “mórbida” ou com insinuações provocativas em interpretações “selvagens” (Freud em “Psicanálise silvestre”, 1910), procurando-se ater até mesmo a um forçamento do “não-compreender” (ESB, vol. XI,

1976). Não se trata de querer descobrir intempestivamente os “podres” ocultos do paciente, o que apenas aparentemente “reconciliaria” o próprio entrevistador consigo mesmo, num gozo perverso vaidoso cuja consequência poderia ser desastrosa para o paciente.

CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO: A APLICAÇÃO DA *ESCUA DIAGNÓSTICA* NO ENSINO MÉDICO

Os pacientes são mais do que simples conjuntos de sinais e sintomas. A tendência de reunir sintomas e seus possíveis efeitos desumanizadores foi descrita por Karl Menninger há mais de 35 anos. Como se antecipasse o mecanismo matemático usando atualmente no DSM-IV, escreveu: “Se o paciente tem, digamos, cinco sintomas, pode-se analisar cada um deles e encontrar a doença caracterizada por eles nas cinco categorias. E voilá! O diagnóstico!”. Ele sugeriu que a tendência de tabular estados de doença é antitética para o entendimento da pessoa que experimentava a doença e minimiza a abordagem compassiva para com o paciente, que é a marca da psiquiatria. Algoritmos e árvores de decisão usados no DSM-IV-TR e nos diversos programas de computador que registram sinais e sintomas para fazer o diagnóstico são úteis, mas não se deve esquecer a nota de precaução de Menninger. A descrição dos sinais e sintomas é a tendência da psiquiatria, enquanto a habilidade dos observadores, suas imaginações criativas e sua capacidade de ter empatia é a arte. (KAPLAN e SADOCK, 2007, p.310, grifo nosso).

Neste Capítulo se tratará das diferenças entre os estatutos epistemológicos:

- dos Objetos da Psiquiatria e da Saúde Mental; e
- dos Objetivos na Atenção Primária em Saúde Mental, que podem se distinguir entre terapêuticos e diagnósticos.

Tendo sido demonstrados os fundamentos teóricos que justificam a necessidade da formulação de uma hipótese diagnóstica mais precoce em Saúde Mental na Atenção Primária, que corroboram os benefícios trazidos pela proposta da *Escuta Diagnóstica* para o *paciente/sujeito*, no presente capítulo se pretenderá explorar as controvérsias que são ensejadas pelas diferenças e contradições entre os paradigmas, para explicitar a necessidade deste modo especial de ensino/aprendizagem na formação do médico.

Mesmo quando as apresentações fenomenológicas se manifestam como quadros psicopatológicos que tornem evidente um diagnóstico, o modo mais apropriado para a abordagem de um paciente pode não ser apenas pela via do medicamento, e/ou pela via compulsória de medidas coercitivas.

Pode-se antecipar que neste campo prolifera uma profusão de conceitos e terminologias, sendo utilizados indiscriminadamente por várias concepções teóricas – o que, diga-se de passagem, é mais uma demonstração da polissemia significativa – de tal monta que

não seria viável se fazer uma compilação de todos os termos e conceitos, alinhando-os segundo as suas significações para os diferentes empregos.

As complexidades das apresentações dos quadros, a infinitude de fatores contingenciais, os conflitos sociofamiliares envolvidos, a profundidade a ser atingida na investigação com a delicadeza e o tato requeridos, e a pressa ensejada pela cobrança de definições e condutas, não raro levam o médico a um estado de confusão e angústia, que em certos casos pode chegar às raias de uma exasperação.

Um médico assim acuado pode se sentir compelido a tomar decisões apressadas, baseando suas condutas nas aparências momentâneas que se apresentam. Qualquer diagnóstico – seja ele psiquiátrico, ou em Saúde Mental – é laborioso e multifacético em sua evolução temporal. De modo mais genérico se poderia dizer que o diagnóstico psiquiátrico é estabelecido num *a posteriori*, o que pode, por exemplo, admitir que um primeiro retorno do paciente à consulta seja feito após um mês, enquanto se aguarda o período de latência para o início do efeito dos psicofármacos. A *Escuta Diagnóstica* propõe uma construção evolutiva, em conjunto com o sujeito.

Não raro ocorrem casos nos quais existe uma tal interpenetração dos múltiplos fatores envolvidos que um diagnóstico pode permanecer por longo tempo (anos ou até décadas) indeterminado, sendo via de regra medicados sem critérios específicos, de forma indiscriminada, o que pode causar atrasos e danos inestimáveis.

Assim, para um maior aprofundamento no exame destas questões, será examinada a rotina usual de elaboração de um diagnóstico em psiquiatria, para depois distingui-lo de um diagnóstico em Saúde Mental, com a aplicação da *Escuta Diagnóstica*.

VI.1. A ELABORAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

VI.1.1. O diagnóstico psiquiátrico é de exclusão de quadros orgânicos

Por definição, a um diagnóstico psiquiátrico só se poderia atribuir um substrato anatomopatológico se fosse *primário* – ou localizado em patologias neurológicas cerebrais – ou *secundário* a doenças sistêmicas. Verifica-se que a confusão já começa desde a ambiguidade dos termos *primário* e *secundário*, visto que em outras situações o termo *primário* se refere a essencial ou idiopático. Esta ambiguidade pode insinuar, como ilustração e apenas como exemplo, que já se teria determinado um neurotransmissor que fosse

específico, tal como a serotonina, que pudesse ser localizada ou cuja ação pudesse ser restringida apenas ao cérebro. A Neurologia se confunde com a Psiquiatria, na disciplina de interface que se chama Neurociências.

Torna-se imprescindível reafirmar que não se pode efetuar um diagnóstico psiquiátrico qualquer sem se aplicar previamente a Semiologia, especialmente a Neurológica, o que é absolutamente impossível sem se realizar uma boa anamnese clínica. Não é possível, por exemplo, se fazer um diagnóstico diferencial clínico de *Psicose* orgânica – por exemplo, *Psicose* epilética –, ou de um Ataque Isquêmico Transitório (AIT) sem se conhecer as manifestações leves de alteração de nível de consciência em um “*delirium*”, com rebaixamento ou variações flutuantes da *atenção*. Não se pode pretender obter uma informação que seja confiável de um paciente que apresente oligofrenia, sem as informações do acompanhante. Ou seja, continuará sendo sempre absolutamente necessário se fazer uma boa anamnese, assim como conhecer a evolução da história natural da doença.

Da mesma forma, há que se saber como fazer um diagnóstico de exclusão de quadros orgânicos, antes de se afirmar que seja psicossomático. Nos casos de dor crônica, por exemplo, em que as queixas sempre apresentam um viés subjetivo, em que pese a necessária urgência dos cuidados paliativos, há que se fazer prévia e paralelamente toda a propedêutica que possa ser necessária para afastar qualquer hipótese etiológica de doença no corpo. A pergunta que permanece irrespondida é: até que ponto de custo-benefício (não somente social, mas de implicação para o sujeito) e qual é esta propedêutica que se faz necessária?

Esta investigação com a necessária propedêutica complementar é uma decisão do clínico. Ocorrem várias confusões no encaminhamento entre as áreas de atribuição para se referenciar os pacientes. Além disso, quando o paciente vai para um especialista, não raro perde o contato com seu clínico de origem, se este não solicitar o retorno do paciente à consulta.

Como o sistema de saúde não valoriza – e não remunera condignamente – a Atenção Primária pelo generalista, este acaba sendo forçado a ocupar na prática o lugar de triagista, que é incentivada pela proposta do Programa de Saúde da Família pois, pelo fato de o diagnóstico psiquiátrico ser tardio, o médico se vê forçado a se ancorar em escalas de avaliação padronizadas para uma rotulação diagnóstica em Saúde Mental. Neste movimento multifacetado, pode se configurar para o paciente uma situação como se fosse uma espécie de “jogo-de-empurra”, em que podem se perder todas as oportunidades para qualquer escuta.

Quer nos parecer, com Russell, que, com a finalidade constitutivo-estrutural do sistema - a de esquecer do paciente enquanto sujeito -, o médico está se esquecendo também

de si mesmo. Esta situação, além de ser pouco gratificante enquanto realização profissional, diminui o valor do médico perante o paciente, a sociedade, e perante a si próprio.

VI.1.2. Semiologia psiquiátrica

Se seguirá retomando os diferentes métodos – todos clínicos – empregados para a elaboração do diagnóstico em Psiquiatria que pressupõe, como já foi dito, a exclusão de um quadro orgânico.

Os métodos utilizados para o diagnóstico em Psiquiatria são três:

1. HMA – segundo a Semiologia psiquiátrica clássica;
2. Perfil Biopsicossocial (ENGEL, 1977);
3. Exame psicopatológico ou Exame do Estado Mental.

Como se pode facilmente observar na prática clínica, mesmo esta ampla gama de possibilidades de investigação podem ser insuficientes para um diagnóstico, devido a múltiplos fatores que se sobrepõem, se interpõem e se interconectam. Em muitos casos, um diagnóstico de certeza pode permanecer indefinido durante muito tempo, anos ou até mesmo décadas, o que leva a um enorme desgaste e graus de sofrimentos para o paciente, com consequências e desarranjos sociofamiliares imprevisíveis e nefastos. Estes modos de apresentação complexos são encontrados com intensa frequência na faixa etária da adolescência, que é propícia aos pródromos dos desencadeamentos.

VI.1.2.1. O método longitudinal: História da *moléstia* atual (HMA)

Das formas ou maneiras de se elaborar o diagnóstico em psiquiatria, se separará didaticamente a história da *moléstia* como um método longitudinal, dos demais que são cortes transversais. Se iniciará examinando o que se chama semiologicamente de HMA. Suas primeiras controvérsias tem origem desde a psiquiatria clássica, com uma concepção intrínseca da história natural de uma *doença com evolução autônoma*.

Como os próprios termos indicam, a Semiologia pretende extrair do corpo uma *moléstia* ou doença. Ao se inserir no contexto da ciência moderna, a *moléstia* (que incluiria o sofrimento) pretende se afirmar e legitimar apenas como uma doença objetivável no campo das ciências da natureza – incluindo-se aí o comportamento ou as condutas, omitindo-se no que representa de subjetivo quanto à dimensão das ciências humanas.

VI.1.2.2. Os cortes transversais

A elaboração do diagnóstico em psiquiatria inclui a complementação da anamnese geral clínica, englobando mais duas avaliações que podem ser consideradas transversais:

- O modelo biopsicossocial de Engel;
- A psicopatologia fenomenológica de Jaspers.

O modelo biopsicossocial de Engel (1980)

Tendo em vista a sequência habitual da coleta dos dados na anamnese, e com finalidade didática, dar-se-á um salto cronológico na história, de Jaspers do início do século XX, para o modelo biopsicossocial proposto por Engel, na década de 1980. Este modelo biopsicossocial constituiu um avanço importante para a Semiologia Psiquiátrica por acrescentar, além das tradicionais História da Moléstia Atual (HMA), da História Progressiva (HP), da História Familiar (HF) e da História Social (HS), a proposta do chamado “Perfil Biopsicossocial” (Perfil BPS) (LÓPEZ; LAURENTYS, 2001).

Com este Perfil procura-se inserir o paciente em um contexto, realizando-se um inventário psicossocial de acordo com a teoria dos sistemas: hierarquizados, mas integrados em um sistema, como uma espécie de *biofeedback*. Este sistema vai da química das moléculas e neurotransmissores, passando pelas células, tecidos e órgãos, integrados pelos hormônios, que por sua vez são orquestrados pelo Sistema Nervoso Central. Este inventário pretende descobrir e descrever, baseando-se num pressuposto psicodesenvolvimentista e psicossocial, situados em um contexto histórico e “ecológico”, quais os fatores psicossociais ou ambientais que seriam intervenientes ou agravantes numa determinada apresentação de um quadro clínico, especialmente os referentes às repercussões da doença sobre o paciente e sua inserção dentro de uma determinada estrutura de apoio familiar e social.

Esta proposta foi introduzida no ensino médico sob denominações várias, entre as quais “história de vida” e “anamnese biográfica”, entre outros, com um forte cunho da Psicologia do Desenvolvimento, da Psicologia do Ego americana, da teoria dos Mecanismos de Defesa do Ego proposta por Anna Freud e pela Psicodinâmica, com a orientação cognitivo-comportamental dada pelas neurociências. Não será necessário se deter neste trabalho numa análise mais aprofundada das influências teóricas às quais estes são subordinados, em especial às Neurociências e à Psicologia do Comportamento.

Para o momento, é importante ressaltar que este método tem como resultado uma espécie de resumo e condensação de um Caso, tendo por finalidade arrematar uma conclusão,

definindo a inserção do paciente dentro do contexto de seu momento atual. Assim, pode-se afirmar que o chamado Perfil BPS constitui uma perspectiva em que se procura retratar como numa fotografia, em um corte transversal, as variáveis em jogo naquele momento presente. As perguntas costumam se restringir a questões atuais, empregando-se tradicionalmente os verbos no tempo verbal do presente: “Como você se sente em relação a... ?” ou, ocasionalmente, se interroga o paciente sobre quais os seus planos para o futuro.

Exame psicopatológico e o método fenomenológico de Karl Jaspers

O chamado Exame Psicopatológico, Exame do Estado Mental, ou Súmula Psicopatológica, não raro é conjugado ou confundido com a fenomenologia jasperiana (JASPERS, 1987).

Esta contribuição inestimável da psiquiatria clássica ainda hoje continua sendo de uso absolutamente necessário e fundamental para o diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, como já se apontou, ressalte-se que até os dias atuais ainda medram, na zona cinzenta de interpenetração dos campos da psiquiatria e da neurologia, imprecisões de alguns autores acerca dos fundamentos básicos na delimitação dos conceitos de *consciência*.

VI.1.2.3. Confusão dos conceitos de *Nível de consciência* – *Neurológica e Consciência do Eu* - Fenomenológica

Quando se encontram dentro do contexto de uma história clínica e de um exame físico visivelmente compatíveis com uma lesão cerebral, os critérios clínicos para o estabelecimento do nível de consciência neurológico se encontram absolutamente bem delineados. Este diagnóstico meramente clínico se faz necessário por exemplo em casos emergenciais de pronto-socorro, especialmente para pacientes sem informante – casos súbitos de alteração do nível de consciência como por exemplo: A.I.T. (Ataque Isquêmico Transitório), epilepsia, “deliriums” ou estados confusionais agudos no idoso, casos de intoxicação ou abstinência de drogas, entre outros.

Entretanto, na ausência de uma semiologia e propedêutica positivas, impõe-se muitas vezes a necessidade de um diagnóstico diferencial: até que ponto um quadro apresenta um componente orgânico objetivável, concreto materialmente, e até que ponto se trataria de uma disfunção, sem lesão anatomopatológica passível de ser demonstrada e, assim, passível de reversibilidade?

Para efeitos de um exame clínico de urgência num quadro de agitação (não-torporoso), para uma avaliação de emergência do Estado Mental pressionada pela necessidade de uma intervenção aguda, é necessário se basear no critério da função cognitiva: a capacidade de Atenção do paciente. Antes de qualquer escala de avaliação, este é o critério clínico decisivo que orienta preliminarmente para hipóteses diagnósticas diferenciais de quadros agudos entre: - *orgânico* ou *neurológico* (quadro orgânico-cerebral, que pode ser tanto primário quanto secundário), e - *funcional*, o que equivaleria a um quadro psiquiátrico.

Pode-se verificar a precariedade da delimitação entre o que seria orgânico ou neurológico, e o que seria funcional ou psiquiátrico, pela própria deficiência na literatura sobre esta diferenciação, na prática da urgência clínica. Apesar de que a medicina já esteja bastante evoluída em termos de propedêutica sofisticada, nunca poderá prescindir da clínica, especialmente em casos de urgência. Este item fundamental do aprendizado médico só pode ser obtido pelo aluno ao passar por um Internato em Urgências clínicas e/ou neurológicas.

Ressalte-se que, a este nível, nem sequer chega a se cogitar ainda a questão dos conceitos a nível filosófico e psicanalítico, referentes a outras definições tais como: consciente/subconsciente, consciente-preconsciente-inconsciente, consciência moral, e outros.

Para as necessidades do presente trabalho basta se apontar que, até mesmo para efeitos do Exame do Estado Mental, quando não se tem clareza suficiente para se diferenciar os conceitos entre: *Nível de consciência neurológico* e *Consciência do eu*, não é possível se precisar qualquer diagnóstico diferencial clínico entre as duas áreas.

VI.2. AS DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

VI.2.1. Como um sofrimento psíquico pode incidir sobre um corpo?

Este trabalho não coloca em questão quais os diferentes tipos de reações apresentadas pelos sujeitos em consequência dos sofrimentos e das dores, ou dos chamados traumas, eventos estressores ou desencadeantes. Não se trata de discutir, também, a controversa existência ou a causalidade física ou biológica das chamadas doenças psicossomáticas.

A perspectiva de onde se parte - os fundamentos e pressupostos - determina completamente a configuração e o enfoque do problema. As doenças trazem sofrimento físico o qual, por si só, portanto e naturalmente, acarretam sofrimento psíquico pelas limitações que impõem. Aceita-se como ponto pacífico que o corpo influencie o estado psíquico. A

existência da influência da psique sobre o corpo é reconhecida, a controvérsia na literatura é sobre como isso ocorreria, qual seria o mecanismo causal ou fisiopatogênico. Credita-se à constituição genética e à expressão fenotípica dos gens, desencadeada por estressores ecológicos ou socioambientais que, possivelmente atuando por intermédio do sistema neuro-imune, explicaria alterações biomoleculares a nível de neurotransmissores, por exemplo. A ciência moderna se funda na crença de que esta questão seja apenas uma questão de tempo para que as novas descobertas revolucionem – e solucionem definitivamente - este campo do saber.

Entretanto, sob a perspectiva da psicanálise, que o próprio Lacan remeteu ao paradoxo lógico da ordem simbólica, o campo do saber é de antemão um impossível estrutural que nunca poderá vir a ser preenchido, o que deixa em aberto uma lacuna permanente e um processo de construção em contradição perpétua.

Portanto, para a lógica do paradigma hegemônico do contabilizável, é como uma escolha por questão de convenção e conveniência que se preferiu ignorar o que escapa à lógica da razão científica, fazendo-de-conta que isso não existe, partindo-se do pressuposto positivista de que se algo do real não pode ser “matematizável” (ver citação de Henninger, apud Kaplan, no início deste capítulo), ele não conta.

Ora, entretanto, não raro na clínica pode-se observar que este hiato epistemológico insuperável acaba tendo que ser preenchido, na prática, pela interposição de propedêuticas e encaminhamentos infundáveis a novos especialistas, em manobras diversionistas que escamoteiam a falta ou incapacidade da medicina vista apenas como ciência e técnica – ou seja, há gastos para o sistema de saúde. Enquanto que o médico pode pensar que a falta seja apenas sua – ou seja, há custos e desgastes até para o próprio médico.

Se há um hiato intransponível entre o corpo e a mente, se as abordagens metodológicas são epistemologicamente diferentes e por vezes até conflitantes, isto não significa necessariamente que sejam radicalmente opostas, antagônicas e inconciliáveis no real da prática clínica. Apesar de serem da ordem de duas dialéticas diferentes, pode ser construído um ponto de abordagem possível através da fala, mesmo que esta seja sempre tangencial ao saber.

Se o sujeito é estruturalmente dividido em uma contradição lógica, a psicanálise desnudou que, embora as linguagens ou discursos sejam incompletos, é exatamente porque existe esta falta estrutural é que é possível se buscar algum modo de coexistência entre os diferentes instrumentos de investigação.

Desde que procurados, podem ser encontrados alguns pontos de interrelação, mesmo que a convivência numa “comunidade de vida” possa não ser continuamente plácida e pacífica e não vise a uma harmonia em uma definição universal e definitiva – porque estrutural e fundamentalmente conflituosa. No próprio exercício do pensamento, a necessidade de refutação é um exercício linguajeiro que remete sempre a um mais-além.

VI.2.2. A medicina-ciência: um conhecimento técnico

Pelo fato de a incidência da mente sobre o corpo se apresentar como intangível, imensurável ou, principalmente, “incontrolável”, este argumento não raro é empregado como justificativa - pela ciência médica e pelos administradores da saúde - para que este tema não seja objeto de estudo ou de interesse, como se o médico, no real de sua prática clínica, pudesse se desvencilhar dele.

Considera-se como paradigma um ser que tivesse “ficado doente”, somente reagindo a sua doença após o seu estabelecimento, ou desencadeamento florido. Entretanto, este pode não ser o paradigma propriamente mais adequado para a atenção em Saúde Mental, notadamente na adolescência.

O pressuposto é o de que o sofrimento psíquico seria apenas consequência de uma doença desencadeada por fatores constitucionais, que se externariam sob o impacto de agentes estressores socioambientais. Por um lado, ao se pretender extirpar uma doença pretender-se-ia teoricamente extinguir o sofrimento. Por outro lado, pode-se atribuir a responsabilidade ou delegar qualquer outra resposta à sociedade ou às autoridades competentes, não se implicando criticamente nos problemas socioeconômicos envolvidos. Ao médico não restaria outra alternativa que fugir do que passam a ser consideradas “lamúrias infundáveis” dos pacientes, aderindo à restrição de tempo imposta pelo sistema quantitativo, e assim fechando o círculo vicioso da doença-medicalização.

Muito menos se trata de discutir a etiopatogenia de doenças orgânicas, atribuindo-lhes uma causalidade psíquica. O foco da questão se desloca ao se destacar que, dentro do vasto campo da Saúde Mental, onde não raro se confunde o campo mais restrito das nosologias psiquiátricas chamadas “Maiores” pelas modernas classificações diagnósticas, até o presente momento não foi encontrado o pretendido substrato anatomopatológico incontroverso. Até mesmo no âmbito dos grandes quadros da chamada Psiquiatria “pesada” ainda não foram encontradas evidências etiológicas, não há marcadores, não há propedêuticas objetivas mensuráveis e estatisticamente significativos em relação a um padrão-ouro standard

estabelecido como normalidade, conforme se pode facilmente observar nas Classificações Diagnósticas por critérios sintomáticos (CID-10 e DSM-IV-R). Uma categorização sem substrato anatomopatológico evidente pode ser útil como instrumento operacional na criação de bancos de dados para pesquisas, especialmente de psicofármacos. Há que se ter cuidado a partir disso para não se fazer um diagnóstico que seja reducionista da compreensão da complexidade da interrelação entre uma doença, um doente, e o médico.

Lembre-se que toda a teoria sobre as categorias de “personalidade” foram estabelecidas a partir da contribuição do grande psiquiatra clássico Kurt Schneider (1887-1967) e até contemporaneamente continuam sendo discutidas e sem consenso. Este já havia destacado os fenômenos que ele denominou de “Reações Vivenciais Anormais”, que podem ser observados em pacientes oligofrênicos, dementes e portadores de outras deficiências cognitivas. Acresça-se a isto as “Reações Situacionais”, que seriam passíveis de compreensão pela via da empatia, e que podem ser categorizadas, por exemplo, como: perdas de relações afetivas na infância, experiências amedrontadoras, padrões alterados de relações familiares, etc. Estes podem ser vistos como exemplos de uma triagem preliminar genérica, que pretendem definir tendências relativas a algumas reações-padrão encontradas com maior frequência nestes casos, mas que absolutamente não invalidam que as significações atribuídas por cada um daqueles sujeitos aos eventos sofridos podem ser diferentes. Por este motivo, mesmo as terapias cognitivo-comportamentais não são suficientes para se garantir estatisticamente um prognóstico de restabelecimento. Na literatura, os raros acompanhamentos a longo prazo, que não apresentam uma metodologia de análise multivariada, não conseguem acompanhar a interveniência da variedade de fatores biopsicossociais envolvidos.

Aceita-se que sofrimentos psíquicos possam desencadear diferentes reações físicas no corpo, e que uma enfermidade física possa provocar diferentes reações em diferentes sujeitos. Mas de modo geral tem-se maior resistência a aceitar que uma melhora física ou corporal possa ser consequência de uma melhora psíquica. Via de regra, é mais difícil se aceitar a validade ou as evidências dos efeitos psicoterápicos em geral, não somente os psicanalíticos. Não se trata também de discutir no âmbito deste trabalho a questão da eficácia das psicoterapias, em comparação com a da psicanálise.

No campo da assim chamada medicina psicossomática já se aventuraram vários autores, que propuseram várias teorias pretendidamente etiopatogênicas, com flagrantes insucessos. Estes autores, oriundos de várias correntes da psicanálise, tentaram de formas e maneiras diferentes estabelecer alguma equivalência entre o sintoma – a queixa subjetiva do

paciente – e os sinais físicos ou corporais. Parece que conseguiram demonstrar exatamente o contrário do que pretendiam, ou seja, não conseguiram demonstrar sequer a tão almejada evidência do paralelismo psicofísico.

Estes são alguns dos inumeráveis fatores que contribuíram largamente para o descrédito da psicanálise nos meios acadêmicos, especialmente dos médicos.

VI.3. ADESÃO AO TRATAMENTO: ADERÊNCIA “TERAPÊUTICA” OU “MEDICAMENTOSA”?

Ao se pesquisar na literatura indexada sob o rótulo de Ciências da Saúde, pela via do descritor: “aderência terapêutica”, o que se encontra, curiosamente, é outro descritor: “aderência *medicamentosa*”.

O primeiro grande problema ainda não resolvido é quando se apresenta um quadro indefinido, de diagnóstico diferencial difícil se examinado apenas pelas aparências sintomáticas.

Como se poderia antecipadamente prever que um paciente poderia estar mais predisposto, ser mais vulnerável ou suscetível a um desencadeamento psicótico? Isto pode não ser necessariamente atribuível ao momento atual que ele atravessa. Como perceber, em uma apresentação clínica da chamada “bela indiferença”, que poderia se tratar de uma estrutura histórica? Até que ponto se poderia julgar um caso de “transtorno de personalidade” como uma pretensa doença, se não se dispõe de exames complementares que forneçam as evidências objetivas de um substrato anatomopatológico, que faculte emitir um julgamento? O termo genérico de “transtorno mental” seria aplicável a quais situações?

Como se abordar um sujeito, como manejar uma possível *transferência* em jogo e como se conduzir um tratamento, quando ainda não se tem referências clínicas mais precisas ou rigorosas, que não fossem encaixadas e formatadas *a priori* dentro de categorias diagnósticas estanques, definitivas e aprisionantes? Como estabelecer e se afirmar categoricamente a existência de um “benefício secundário da doença”, ao se desconhecer até mesmo o benefício primário ou inconsciente? E qual seria este benefício inconsciente, naquele caso? Como se poderia atestar “sanidade mental”, formular prognósticos e emitir laudos em perícias psiquiátricas? Como conduzir um caso de diagnóstico diferencial indeterminado ou “sem outras especificações” (CID-10)? Como se poderia procurar

“conhecer” um paciente, ao ponto de se poder ter algum grau de previsão acerca de sua adesão ao tratamento, sem ser por coerção ou intimidação?

VI.3.1. *Transferência ou Aderência “medicamentosa”?*

Esta pergunta muitas vezes surge quando falta algum critério de referência como sinal ou evidência física de melhora ou piora, o que ocorre com frequência. Não raro a falta de aderência do paciente ao tratamento prescrito é confundida ou pode ser atribuída aos efeitos colaterais das drogas.

Há que se lembrar que foi exatamente para superar a falácia e a provisoriedade do efeito sugestivo, tanto da hipnose quanto da sugestão, que Freud se viu obrigado a inventar a psicanálise e a aprofundar sua investigação relativa aos fenômenos de transferência. Portanto, a proposta do “sono hipnótico” e da “sugestão” foi a primeira dificuldade que Freud teve que enfrentar, e que foi por ele superada desde o início de sua obra, nos primórdios do século XX.

Esta delegação, ou deslocamento da aderência terapêutica para um fármaco, pode ser visto como um fator que apenas aparentemente desresponsabilizaria o médico, assim como os pedidos excessivos ou até mesmo abusivos de exames complementares desnecessários ou de risco, e encaminhamentos infundáveis que interpõem entre ele e o paciente. Esta seria mais uma forma de o médico tentar se esquivar de sua angústia, diante do não saber o que fazer? Como se avaliou através dos Pós-Testes na pesquisa-ação (PIRES, 2007), pode-se supor que talvez o médico possa perder a confiança em si mesmo por não saber como se conduzir. Daí pode-se inferir que ele possa se sentir inseguro também por uma formação acadêmica insuficiente ou inadequada, como já havia sido reclamado pelos alunos naquela pesquisa-ação (PIRES, 2007).

VI.3.2. O diagnóstico psiquiátrico é tardio e de referência secundária

A necessidade preliminar de se excluir quadros orgânicos para se configurar qualquer hipótese diagnóstica em psiquiatria traz como consequência natural o fato de que, também por isto, a psiquiatria passe a ser uma especialidade de referência secundária. Enquanto não se apresentar um quadro florido para esclarecer um diagnóstico que seria pretensamente definitivo, o médico se reduz ou é forçado a se abster de fazer qualquer escuta do sujeito, centrando as suas atenções sobre uma pretensa doença.

A moléstia e o sofrimento que esperem. O problema é que nesse ínterim muitas coisas podem acontecer, sendo a principal delas a questão da chamada aderência *terapêutica*.

VI.3.3. O que fazer enquanto não se tem o diagnóstico?

A concepção de uma ética na relação médico-paciente tem em mira qual deveria ser a postura do médico mais adequada para que ele pudesse conquistar a *confiança* do paciente, com vistas a obter a almejada *aderência terapêutica*.

Numa das aulas da disciplina de Psicologia Médica, que é obrigatória no segundo período da graduação em medicina da UFMG, um aluno deu uma resposta ilustrativa para a percepção preliminar do médico acerca do que seria o conceito de *Transferência*: o médico deve por princípio depositar total “confiança” em sua prescrição, ou na pílula, para que ele possa “*transferir* essa confiança” para o paciente e, assim, obter a pretendida aderência terapêutica. Esta é a concepção biotecnológica da relação médico-paciente: um mero efeito de sugestão do médico, exercido sobre o paciente.

A medicina considerada apenas como uma ciência/técnica funda o exercício da prática profissional na crença de que o serviço que o médico vende é um Saber, que se pretende consistente. Espera-se que o médico se coloque – e, por isso, seja colocado pelo paciente – no lugar de autoridade daquele que sabe, que detém um conhecimento que, mesmo que não seja totalizante no presente, seria totalizável no futuro. Este saber é que o capacita e o autoriza a ser o árbitro para julgar, formular um diagnóstico e, conseqüentemente, ter o poder para arbitrar condutas: propedêuticas e terapêuticas. O diagnóstico é considerado como sendo de uma doença, e não de um doente, que é considerado mero corpo, vítima passiva e que tem que ser paciente.

Como já foi apontado, o contexto próprio da Medicina de Urgência é utilizado como a situação paradigmática a partir da qual todo o corpo teórico da medicina se baseia para fundar os preceitos éticos da relação médico-paciente. Seria mais ou menos como se o médico tivesse que ser uma espécie de enciclopédia ambulante, depositário de todos os dados existentes na literatura disponíveis e imediatamente acessíveis, para poder dar respostas imediatas, instantâneas. Somente nesse contexto de um momento urgente da pressa de uma consulta, ele seria capaz de salvar vidas.

VI.3.4. Um médico acuado

Muito embora não seja a única, mas que talvez seja a primeira justificativa para a necessidade da existência do profissional médico, esta razão por si só já pode ser considerada gigantesca, hercúlea, para não dizer até mesmo desumana em face do absurdo do acúmulo da literatura e da velocidade feroz das comunicações e pretensos avanços da indústria, chegando-se ao ponto de uma impossibilidade metodológica de comparações. Como se tudo isto somente não bastasse, tem-se evoluído para uma situação curiosa, paradoxal e, pode-se chegar a dizer, até mesmo constrangedora. É o caso, por exemplo, dos pacientes muito bem informados via internet, que já chegam aos serviços de saúde com suas próprias hipóteses diagnósticas já formuladas previamente, fundadas em pesquisas computadorizadas e uma demanda de prescrição de determinados medicamentos, fórmulas ou condutas que não raro podem sinalizar para o médico uma sensação de hipossuficiência.

Ao médico caberia, então, julgar e decidir as condutas, através da elaboração de uma síntese integrada de todos os aspectos de um caso clínico, de uma forma holística, global, formulando dois resultados imediatos:

1. uma hipótese diagnóstica - baseada na semiologia e propedêutica complementar, sendo que esta propedêutica na psiquiatria é feita para exclusão de comorbidades e controle de efeitos adversos das drogas;

2. uma conduta terapêutica - baseada na indicação ou aplicação de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, aliadas a uma orientação cognitivo-comportamental ou didático-pedagógica. Estas hipóteses são confundidas ou passam a ser consideradas como explicações - de mecanismos de ação das drogas, tendem a ser convertidos em “fisiopatogênicos” (por exemplo, um rótulo de “personalidade serotoninérgica”) do funcionamento corporal e prescrição de normas de conduta e estilos de vida normatizados como saudáveis para todos. Na esfera psíquica a chamada prescrição terapêutica é considerada como equivalente à prescrição de conselhos associados a fármacos, o que não raro leva à suposição implícita de que os psicofármacos sejam curativos, ou seja, que operem uma cura.

VI.3.5. Se não cabe ao médico fazer terapia, para quê a psicanálise?

A psicanálise foi concebida originalmente por Freud como um método psicoterápico. Dentro desta concepção, a medicina e a psiquiatria, em certa medida, até se interessaram em desenvolver contribuições para sua aplicação ao atendimento de pacientes portadores de

sofrimento mental, em especial os pacientes chamados psicossomáticos, com os quais a prática médica se deparava com seus limites.

O grande problema que se impôs, e que foi deixado inacabado por Freud, foi a questão do campo de aplicação da psicanálise, restrita aos pacientes considerados neuróticos. Qual foi o conceito de *psicoNeurose* incorporado pela medicina?

Nos vários desdobramentos tomados por epígonos e como sucedâneos da própria teoria psicanalítica, chegaram-se na atualidade às concepções chamadas *psicodinâmicas* dentro da psiquiatria, como foi exemplificado na dissertação do Mestrado (PIRES, 2007). Elaboraram-se propostas psicoterápicas a partir de um pressuposto geral prévio: genericamente, os seres humanos seriam passíveis de serem universalizados e portanto a aplicação das técnicas comportamentais poderiam ser padronizadas segundo o modelo - protótipo da doença, e não para a atenção a um doente específico. Parte-se do pressuposto de que, se todos são iguais, têm uma mesma estrutura similar (presumivelmente de *Neurose*) - e como tal reagiriam de forma estereotipada às técnicas propostas de condicionamento ou reprogramação reflexológica -, estas seriam corretamente, ou com presumível rigor metodológico, quando aplicadas desde que referidas e direcionadas a uma pretendida patologia subjacente. Portanto, faz parte essencial desta concepção que se apóie no pressuposto de uma doença que seria universalizável e, enquanto categoria delimitável e principalmente previsível – o que a tornaria passível portanto de serem preconizadas ou ditadas as normas adequadas de conduta para a abordagem e para o tratamento do paciente, de modo cognitivo-comportamental que apresenta um viés coercitivo.

Torna-se necessário lembrar que estas pretendidas patologias e seus substratos anatomopatológicos não passam de construções teóricas, pois há que se reafirmar que o diagnóstico psiquiátrico propriamente dito só pode ser confirmado após exatamente a exclusão de quadros orgânicos cerebrais, com os quais muitas vezes se confundem. Daí as controvérsias diagnósticas infundáveis que ainda perduram e perdurarão sempre na psiquiatria: a saúde mental não é só o cérebro. *A Escuta Diagnóstica* vem demonstrar, mais uma vez, que cada caso é um caso.

VI.4. ANÁLISE CRÍTICA DA CONTRA-TRANSFERÊNCIA

A medicina tem feito esforços no sentido de admitir e reconhecer a chamada *Contratransferência*, tentando estabelecer quais as situações mais comuns na prática em que

ela tende a se manifestar, ocasionando desvios na orientação terapêutica. Em publicação recente do “Current Psychiatry” (MUSKIN; EPSTEIN, 2009), pode-se observar a preocupação dos autores direcionada ao manejo de pacientes considerados “difíceis”, os quais seriam responsáveis pelo desencadeamento de reações inesperadas ou inadequadas por parte dos médicos assistentes, o que poderia ser atribuído à chamada contratransferência. Os autores salientam que certas reações dos médicos aos pacientes podem ser consideradas “normais” - enquanto esperadas ou previsíveis, que ocorreriam naturalmente em qualquer situação humana:

A discussão sobre como o paciente interage com o terapeuta não é a mesma que a interpretação da transferência. Porque a transferência existe em todos os relacionamentos humanos, os aspectos transferenciais num relacionamento podem ter efeitos positivos ou negativos em interações fora do ambiente terapêutico. Seja conhecida ou ignorada, a transferência – e assim a contratransferência – está presente. (MUSKIN; EPSTEIN, 2009, p. 26)

Continuando com os autores:

Sugerimos que o termo ‘*contratransferência*’ seja *restrito* a situações terapêuticas (qualquer relacionamento no qual uma pessoa tem o papel de tratar ou ajudar outra pessoa), incluindo todos as relações médico-paciente as relações paciente-cuidadores (patient-provider). Elas tem um componente transferencial porque o médico ocupa o papel de autoridade/*conhecimento/poder do qual o paciente procura se beneficiar*. Fora de situações terapêuticas, reações às outras pessoas são nossas transferências a elas, evocadas por nossos relacionamentos passados internalizados. Nós podemos ter uma resposta emocional a como alguém se comporta em nossa direção (sua transferência), mas esta é uma ‘*contra-transferência*’, não ‘*contratransferência*’. (MUSKIN; EPSTEIN, 2009, p. 29)

Pode-se observar que os autores tentam estabelecer uma diferenciação entre dois termos - “*contratransferência*” (sem hífen) e “*contra-transferência*” (com hífen) - muito embora não precisem exatamente qual seria esta diferença. Aparentemente, pretendiam restringir o emprego do termo da chamada “*contratransferência*” (sem hífen) a situações especificamente terapêuticas, nas quais “o paciente procuraria *se beneficiar* do conhecimento (saber) do médico”.

Esta seria a situação considerada por esses autores como paradigmática para o exame da influência danosa da “*contratransferência*” na conduta médica, quando o paciente

considerado “difícil” pareceria estar procurando algum “benefício secundário”, ou manipular, de acordo com o estilo de caráter e de personalidade do paciente, as condutas do médico.

Curiosamente, para exemplificar os conceitos empregados para os termos caráter e personalidade, os autores ilustram com um caso clínico em que uma paciente idosa, apresentando um quadro neurológico de rebaixamento de nível de consciência (*delirium*) e provável quadro demencial, que provoca reações inadequadas em sua médica-assistente. Além disso, arrola-se a lista das possíveis respostas do paciente à doença, correlacionando-as com as contratransferências da equipe médica, em termos dos chamados “transtornos de personalidade” e especificamente relacionados ao manejo de pacientes “difíceis”.

Aceitando-se, para fins de raciocínio, que estas categorizações diagnósticas apriorísticas dos chamados “transtornos de personalidade” estejam corretas, verifica-se que as conclusões dos autores se dirigem ao sentido de que: 1) “Os médicos devem entender suas *limitações*”, e 2) “Não se trata de uma *falha* do médico”. Estas conclusões apontam para uma concepção de ética médica no sentido de estabelecer os limites de sua atuação, tentando compreender os seus limites para de certa forma se resignarem, ou talvez se perdoarem por, apesar de seus esforços (seu *furor curandi*), não poderem ir mais além das limitações que lhes são impostas pelos transtornos causados pelos próprios pacientes. Ao afirmar, corretamente, que “os médicos devem entender suas limitações”, a isso não se segue necessariamente a conclusão de que se os esteja acusando, pois: “*não se trata de uma falha do médico*”.

Destaque-se que esta questão da chamada *contra-transferência* foi a mais importante, a mais amplamente discutida com todos, e com cada um, dos alunos da disciplina experimental do Mestrado (PIRES, 2007).

VI.5. A FALTA DE UM SUJEITO NO DISCURSO DA CIÊNCIA E DO SABER MÉDICO É ELUDIDA PELO PARADOXO ESTRUTURAL DA LINGUAGEM

Pode parecer que haja uma certa contradição nesse tipo de argumento. Porque a psicanálise revelou que um sujeito (neste caso, de estrutura da *Neurose*) tende por sua estrutura a interpretar qualquer *limitação* como sendo uma *falha* sua, relacionando-a com sua fantasia inconsciente e tende a dar uma interpretação para essa falta como sendo uma culpa sua. Esta versão de um romance familiar de cunho edipiano foi praticamente “dissecada”, tendo sido elaborada pelos próprios alunos na construção conjunta do conhecimento que foi

feita a partir de uma *Escuta Diagnóstica*, o que já fora relatado minuciosamente na anterior dissertação sobre a pesquisa-ação (PIRES, 2007).

Lacan denunciou este paradoxo em suas elaborações: a fantasia neurótica é uma tentativa de dar consistência para o *ser*, ou dar uma *identidade* para o sujeito. Freud havia criado os roteiros ficcionais através dos mitos edipiano e totêmico da morte do pai. Entretanto, Lacan avançou ao afirmar que quanto à falta não se pode *acusar* o sujeito de *culpa*, porque esta falta é um impossível estrutural: ao mesmo tempo fundante do seu sintoma e consequência do paradoxo lógico-estrutural da linguagem. Ao sujeito cabe a ética da responsabilidade quanto às consequências de seu desejo.

Assim, também por este motivo, não se pode afirmar que o “*ser*” tenha consistência em uma *identidade*. Um sujeito neurótico só entra em uma experiência de análise ao se culpabilizar, mas o objetivo final da experiência é o de responsabilizá-lo. Isto é procurado pelo sujeito ao se produzir um relativo grau de afastamento ou uma certa tomada de distância de si mas, ao mesmo tempo, implicando-o em suas decisões acerca dos papéis, das controvérsias morais, e da escrita de sua vida.

Portanto, a nível do *ser* o sujeito é fadado a ser sempre falho, mas com um incurável que ele haveria que admitir que não necessariamente seria um fracasso, mas um sintoma. Somente a partir da admissão de que o que seria considerado uma impotência, incapacidade, insuficiência ou imperfeição são correlatos a uma impossibilidade simbólica, que é a *castração simbólica*, é que se pode ficar disposto a correr o risco de uma aposta no sujeito, é que se pode ficar aberto para a descoberta do novo.

Ao se entrincheirar atrás de uma almejada mas pretensa autossuficiência, ancorada em um pretendido conhecimento dito científico, o que se estaria procurando? Poderia se congelar ou cristalizar o conhecimento, pretendendo que este seja definitivo e imutável, para que este saber absoluto pudesse dar uma segurança, um certificado de garantia da realidade externa, como se uma evidência fenomenológica da ordem das aparências, como se pudesse servir de garantia para o desamparo da existência.

VI.6. O DISCURSO HEGEMÔNICO NO ENSINO MÉDICO

Davydd J. Greenwood e Morten Levin, discorrendo em “Reconstruindo as relações entre as Universidades e a sociedade por meio da pesquisa-ação” discutem o financiamento

das pesquisas e a estrutura de revisão pelos pares no item “A história das universidades”, ressaltando:

O interessante, porém, é que um dos aspectos das universidades ocidentais que a maioria dos acadêmicos contemporâneos considera trivial é um compromisso relativamente peculiar entre o controle das universidades por parte do setor público e privado e o sistema de revisão pelos pares. Na maioria dos países ocidentais, como aponta Richard Lewontin (1977), os financiamentos poderosos utilizam o mesmo sistema de revisão pelos pares criados para garantir a independência da pesquisa universitária como um mecanismo para avaliar as propostas e destinar fundos de forma competitiva entre os investigadores e as universidades. Assim, o governo e a indústria estabelecem a agenda de pesquisa e ainda aproveitam os pesquisadores acadêmicos e suas universidades para competirem entre si e para policiarem-se no processo de aquisição e de gastos dessas verbas, uma situação estranha que merece ser entendida melhor.

O sistema de revisão pelos pares, com sua importância, certamente não é uma fonte de clara liberação. Dentro de cada disciplina, existem paradigmas e métodos dominantes, atuantes principais e escolas influentes (Freidson, 1985; Kunh, 1962). Propostas de pesquisa que não se enquadram nesses paradigmas não receberão financiamento e, portanto, sob as atuais condições, o sistema de revisão pelos pares é sobretudo uma garantia de que a pesquisa será mantida completamente sob o controle da elite e dos membros (mais antigos) das profissões acadêmicas. (GREENWOOD; LEVIN, 2006, p. 94-95)

Os autores continuam, examinando a forma autopoietica de capitalismo acadêmico:

O papel autopoietico do corpo docente de estabelecer grande parte da agenda de pesquisas é sobretudo fantasioso. (...) essa redestinação gera todo o tipo de tensões internas e animosidades entre pesquisadores e departamentos que tenham um espírito altamente empresarial. (...) Para serem bem sucedidos, os empresários da pesquisa acadêmica devem ser bastante espertos politicamente; definitivamente, nem eles - nem seus decanos, administradores, vice-presidentes, presidentes, reitores ou chanceleres - podem ser considerados as “vítimas inocentes”, muitas vezes pintadas pelos estereótipos dos professores universitários.

Apesar de sua complexidade, o sistema geralmente funciona tranquilamente, mas há evidências de que essa forma autopoietica de capitalismo acadêmico seja cada vez menos capaz de satisfazer as necessidades dos grandes grupos sociais. São comuns as expressões de insatisfação e de hostilidade... (GREENWOOD; LEVIN, 2006, p. 93)

Sob o título: “Grandes negócios”, os autores denunciam quão intrigante pode parecer o elo entre as universidades e o mundo corporativo, já que os grandes financiadores estabelecem as principais agendas de pesquisa, e as associações e publicações acadêmicas profissionais mantêm essas agendas quase que irrefletidamente (GREENWOOD; LEVIN, 2006, p. 96).

Na conclusão, os autores denunciam os atuais padrões de cooptação nas ciências: “Conforme salientamos, as universidades estão agora a serviço das agências de pesquisa do governo e dos grandes nomes que atuam no setor privado” (GREENWOOD; LEVIN, 2006, p. 110).

A título exemplificativo, verificou-se na Faculdade de Medicina da UFMG a recente eliminação, desde 2010, do conteúdo programático e das bibliografias recomendadas no currículo do Curso de Graduação⁹, de qualquer resquício de referências a Freud e à teoria psicanalítica, que anteriormente existira. Se até há algum tempo atrás já eram suportadas como se fora uma espécie de “mal necessário”, hoje foram sumariamente suprimidas como desnecessárias. Resta saber a que fins serve esta perspectiva.

Além disso, ocorre uma distorção curricular, também no Curso de Medicina da UFMG, ao se ministrar a “Semiologia e Nosologia Psiquiátrica” no quinto período, antes da “Semiologia Neurológica”, do sexto período, o que configura uma inversão da hierarquia diagnóstica. Isto porque, como já dito, o diagnóstico de uma doença psiquiátrica é de exclusão de quadros orgânicos neurológicos, o que acarreta certa insegurança no aluno, confundindo as duas semiologias.

No ensino médico, portanto, os alunos necessitam ser advertidos dos riscos a que podem, sem saber, levar aos pacientes em Saúde Mental, se não os considerarem enquanto sujeitos. Repetindo: os riscos são, principalmente, de desencadear uma transferência persecutória, ou uma passagem ao ato suicida.

Ao se ignorar as diferenças entre as Estruturas Clínicas, pode se incorrer no grande erro de se abordar afoita ou apressadamente um paciente não como um sujeito, mas como se fora um objeto a ser coagido.

Há que se admitir, entretanto, que há situações em que é necessária uma tutela relativa do paciente, como em casos de estado de incapacidade mental temporária. Mesmo nessa situação, ou é preciso já ter um diagnóstico de uma doença, ou se fazer uma hipótese de Estrutura Clínica.

Não se pode esquecer também que os alunos de medicina são sujeitos expostos a cargas de estresses angustiantes, que os levam a se interrogar a si mesmos sobre os

⁹ Conforme ementas das disciplinas “Psicologia Médica” e “Psicologia Médica Aplicada”, do segundo e do sétimo período do Curso de Medicina, respectivamente. Ementas disponíveis em: <ftp://ftp.medicina.ufmg.br/sam/arquivos/2011/ATT00033.pdf> e ftp://ftp.medicina.ufmg.br/sam/arquivos/2011/Programa_PSICOLOGIA_MEDICA_APLICADA_7_per%EDod_o_2_semestre_de_2011.pdf. Acesso em 14/06/2012.

significados da vida e da morte. A *Escuta Diagnóstica* pode vir a ser um momento propício e fecundo, como uma oportunidade para se elaborarem estes questionamentos.

VI.7. A ESCUTA DIAGNÓSTICA: ENSINAR O QUÊ, A QUEM?

Assim como a psicanálise, também a medicina, na vagamente situada área chamada de Saúde Mental, pode ser vista por um lado como um tratamento possível de um impossível a ser curado. O ensino neste campo também pode ser considerado uma abordagem possível de um impossível a ser ensinado.

E mais: Ensinar a qual *sujeito*? Haveria a possibilidade de uma educação que pudesse ser transformadora ou libertadora?

Para se examinar esta questão, se introduzirá preliminarmente uma interrogação acerca de qual seria a função do professor.

VI.7.1. O que seria um professor?

Quando Lacan considerou que o avesso do discurso analítico é o discurso do mestre (LACAN, 1992, Sem. 17), poder-se-ia a partir disso contestar a possibilidade de qualquer ensino. Ora, foi justamente isto o que Lacan sempre fez, e ainda frisou que ensinar é se colocar novamente na posição de analisante. O que poderia ser, então, essa função de ensinar?

Nas notas ao Sem. 7 da Ética vê-se:

“maître” – Significa, em francês, ao mesmo tempo: o senhor, em oposição ao escravo; o amo, em oposição ao criado; o mestre, em oposição ao discípulo. O termo mestre designa a posição de superioridade presente nas três acepções e é o termo empregado para designar a posição de saber do mestre na Antiguidade. O termo senhor é habitualmente utilizado quando se trata da dialética hegeliana. (LACAN, 1991, Sem. 7, p. 392, grifo nosso)

Há que se retomar o fio de Ariadne de Lacan:

Qual é o problema perpetuamente retomado e colocado no interior da lógica aristotélica? Começemos por aquele que possui essa ciência. É evidente que aquele a quem Aristóteles se dirige, o aluno, o discípulo, é presumido, pelo próprio fato de escutar, participar desse discurso da ciência. (LACAN, 1991, Sem. 7, p. 33, grifo nosso)

Ao se presumir que o aluno tenha uma estrutura universalizável – que se pretenderia que fosse a *Neurose* – e desde que a estrutura por si mesma se impõe, poder-se-ia pensar que todos os alunos ouviriam, escutariam e entenderiam tudo o que fosse falado pelo professor da mesma forma?

Sob esta concepção são geralmente tratadas, abordadas e estudadas as funções de um professor. Entretanto, a função de ensino vai além, como a do médico, em um aluno, ou paciente, sob a perspectiva de sujeitos sob transferência. Há alguma coisa de real no laço social, que não se pode nomear, porque se dá sob a insígnia do que não se pode dizer sobre: o amor e a ética, que escapam à possibilidade de simbolização.

VI.7.2. A possibilidade de um ensino: somente dentro da ordem simbólica?

A possibilidade de um ensino – que não fosse propriamente da teoria psicanalítica, mas sob a perspectiva da ética da psicanálise, parece similar àquele paradoxo trazido por Barthes quando questiona que se possa fazer alguma escritura sem “sabor”. Pelo mesmo motivo, este autor questiona diretamente a possibilidade de um ensino que não fosse uma dominação.

Para Barthes:

Os sistemas ideológicos são ficções (fantasmas de teatro, diria Bacon), romances – mas romances clássicos, bem providos de intrigas, crises, personagens boas e más... Cada ficção é sustentada por um falar social, um socioleto, ao qual ela se identifica: a ficção é esse grau de consistente que uma linguagem atinge quando pegou excepcionalmente e encontra uma classe sacerdotal (padres, intelectuais, artistas) para a falar comumente e a difundir. (BARTHES, 2004, p. 35)

O que é chamado por Barthes de “*socioleto*”, que ele chama de “*falar social*”, por estar inserido na linguagem, haveria de ser necessariamente – também e apenas - dentro do registro do simbólico, correlato a um discurso – que seria no caso, o do mestre? E o que isto teria por sua vez a ver com o inconsciente?

O que Lacan desvendou é que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” e, portanto, apresenta um furo estrutural no saber. É possível se pensar que uma ordem simbólica, dentro de um laço social, não tenha apenas a lógica do significante, mas também uma vertente não-significante: a “*letra*”, que aponta para o indizível, o impossível a ser dito, que é da ordem do real da “Coisa”, o “das Ding” freudiano.

Continuando o seu raciocínio, Barthes se refere a Nietzsche, quando diz que “todo deus conceitual não seja buscado a não ser em *sua* esfera”. Para dizer que estamos todos “presos na verdade das linguagens, quer dizer, em sua regionalidade, arrastados pela formidável rivalidade que regula sua vizinhança. Pois cada falar (cada ficção) combate pela hegemonia... a linguagem vem sempre de algum lugar, é topos guerreiro” (BARTHES, 2006).

Nesse momento, ao se referir a uma rivalidade e a uma competição pela supremacia desta linguagem, Barthes aponta para uma certa dialética da intersubjetividade hegeliana. Mas pode apontar também para a dialética do sujeito: a linguagem também é um “topos guerreiro”, porque tem um lugar na ética da psicanálise.

Logo em seguida, Barthes aponta a questão crucial subjacente, deixando suspensa a interrogação: “*E eu, e eu, o que é que estou fazendo no meio disso tudo?*” (BARTHES, 2006, p. 37).

VI.7.3. O que se ensina?

Isso que passa através do texto que é ao mesmo tempo por um lado o “sabor” e, por outro, a dominação, é o que se pode remeter ao “*Mênon*” de Platão:

Examina, agora, o que em seguida a estas dúvidas ele irá descobrir, procurando comigo. Só lhe farei perguntas; não lhe ensinarei nada! Observa bem se o que faço é ensinar e transmitir conhecimentos, ou apenas perguntar-lhe o que sabe. (PLATÃO, 2012).

Nesta acepção espera-se que este Saber já deva existir *a priori* no aluno, e que é este que, como agente, tem a possibilidade de construir um novo saber, ou um saber a mais, que vai além em si mesmo, a partir de sua transferência direcionada pelas indagações do seu mestre. A dúvida é se já haveria esta demanda de algum saber por parte do aluno, e qual seria, dirigida ao Outro simbólico.

A psicanálise parece corroborar em parte esta concepção, ao se deparar com o paradoxo de que o ensino da psicanálise é impossível. Miller, em seu curso “*Todo mundo é louco*”, em sua 17ª. Lição (04/06/2008), esclarece:

É impressionante, que aqui, Lacan diga: esse discurso exclui o domínio, dito de outra forma, ele não ensina nada. (...) Temos, aqui, uma equivalência surpreendente, onde, no fundo, ensinar é dominar. Parece-me que esta equivalência reenvia, essencialmente, aos discursos, digamos, ao discurso da Universidade, enfim, isso poderia ser também, o do mestre, ela reenvia ao ensino como pedagogia. (...) Notemos o curto-circuito por onde Lacan reduz

o ensino à pedagogia e, portanto, ao domínio e então excluiu o discurso analítico do domínio, e logo do ensino como pedagogia. Existe, na última frase do primeiro parágrafo, um desdobramento desta oposição, desta incompatibilidade sublinhada entre ensino e psicanálise, na frase: Não há nada de universal [o discurso analítico]: é bem por isso que ele não é matéria de ensino. (MILLER, aula 17, 2008).

Quando Lacan sublinhou a incompatibilidade da psicanálise com o ensino (mas de um ensino de ordem pedagógica) ele amplificou a incompatibilidade da psicanálise com a Universidade, levando ao paradoxo: “*Como fazer para se ensinar o que não se ensina?*” E daí a questão imediatamente seguinte: “*Como faremos para ensiná-la, pois ela não se ensina?*”

E Miller esboça uma resposta preliminar:

Esse movimento é um movimento que vocês encontrarão muito frequentemente em Lacan, onde o impossível não anula o contingente, ou não anula as outras modalidades, não anula nem o contingente nem o possível, nem o necessário, quer dizer, o impossível, o absoluto do impossível, não mata o relativo.

A relação sexual não existe, e é justamente por isso que se pergunta como fazer para estabelecê-la, para estabelecer a relação sexual que não existe e como fazemos sobre o fundo deste impossível para obter algo que pode ser um substituto que nos permita de fazer com – como fazer com o impossível? (MILLER, 2008, lição 17, grifo nosso)

VI.7.4. Um ponto de opacidade no Saber

Portanto, pode-se concluir então que, por um *ensino* ser impossível, nada restaria a fazer?

É possível se partir do pressuposto de que uma verdade última ou absoluta nunca poderá ser atingida, que a caverna platônica do mundo das ideias nunca poderá ficar totalmente iluminada. Mesmo porque, se um “ensino” é impossível ou não existe, porque “*a relação sexual não existe*”, isso não significa que não possam ser procuradas as pretensas verdades do sujeito – sempre relativas, parciais e transitórias em seu eterno devir histórico. Este é o ponto de partida da proposta feita por Lacan para um final de análise, que fundamenta tanto a possibilidade de um “*ensino*” (não em termos de educação pedagógica), quanto o estabelecimento de algum “*laço social*” possível, quando examinado sob o viés do Saber sobre um não-saber.

Torna-se flagrante que é exatamente mesmo, é justamente pelo motivo da existência desse impossível – desta falta estrutural no simbólico – que se torna não somente necessário,

quanto também possível, o movimento da pulsão – nomeada enquanto desejo metonimicamente inatingível – em torno de seu evasivo e fugidio objeto.

Como fazer para pensar e conciliar teoricamente a impossibilidade de um ensino, com um acontecimento contingente?

VI.7.5. A *Transferência* existe, independente do médico

Todos estes questionamentos exigiram incursões em outros e vários campos diferentes do conhecimento, em uma ampla revisão da literatura acerca de quais as perspectivas em que esta questão já havia sido abordada, com um foco especial no ensino médico. Não foi encontrado nenhum autor que já houvesse debatido especificamente este tema ora em exame, como uma aplicação necessária dentro da medicina.

Jean Clavreul, em seu famoso livro “A ordem médica”, chega à conclusão de que não existe relação médico-paciente, tendo em vista que a relação de poder e dominação é necessariamente autoritária, levando o médico a se colocar, enquanto agente, na posição de Mestre do discurso (CLAVREUL, 1983). Sem dúvida, esta é a posição da Semiologia clássica, que é - e deve ser - ensinada enquanto uma técnica e que, aliás, tem se tornado cada vez mais uma biotecnologia.

Esta conclusão sumária e radical pode ter levado a equívocos, que interpuseram dificuldades muitas vezes consideradas definitivas ou excludentes para a abordagem proposta neste trabalho, mas que parecem passíveis de serem reexaminados.

Mesmo que o médico queira ignorar a existência da transferência que o paciente faz com ele, ela existe, independentemente do seu desconhecimento. Portanto, por que razão descartá-la ou omiti-la? Não haveria razão para isso, a menos que se colocasse a função do médico como um mero agente terapêutico, como se fosse um remédio ou salvação.

Não se trata de rechaçar completamente o famoso dito balintiano: “o médico, antes de tudo, se receita a si mesmo” (que aliás o próprio Balint adverte que não se conhece os efeitos adversos), nem o efeito-placebo, que é cientificamente eliminado como um viés pelas estatísticas. Trata-se, antes, de se fazer uma releitura lacaniana dando um lugar para um sujeito, para um tratamento possível.

VI.7.6. Interrogar qual *sujeito*?

Ao sair da esfera de um sujeito inserido dentro da comunicação intersubjetiva enquanto topologia esférica, como já foi dito, Lacan inaugurou a perspectiva de uma outra dialética, que é a do sujeito dividido – irremissível e paradoxalmente – pela linguagem. No presente trabalho procurou-se, por necessidade metodológica e de exposição, decompor o ensino na prática em dois estatutos epistemológicos: os objetos *doença* e *doente* que ocorrem simultaneamente e coincidem temporalmente, mas que também podem ser decompostos em duas dialéticas diferentes, que se entremeiam: o *aluno-sujeito* e o *paciente-sujeito*.

Lacan veio interrogar exatamente este lugar, esse *topos* de onde brota a linguagem, e esse “*Eu*”, que presumivelmente estaria aí, de onde emergiria. Para isso foi preciso que criasse a topologia de “*asfera*”, partindo de um sujeito que, justamente por ser dividido pela linguagem, supera e abole a dicotomia “dentro/fora”, numa relativa continuidade como *êx-tima* ao objeto.

Como se poderia interrogar, então, este sujeito, **senão a partir de sua própria interrogação?** Se “o significante é o que *representa* o sujeito para um outro significante” (LACAN, 1991) e, portanto, se o sujeito não tem uma consistência simbólica possível, mas é apenas *representável*, o que distinguiria as Estruturas Clínicas, quando constituídas pelos sujeitos inomináveis (inomeáveis), entre si?

VI.7.7. O adolescente é peculiar e poderia ser escutado

Os sintomas psíquicos só são reconhecidos como tal quando já chegaram a atingir graus exponenciais de inadequação social, o que se verifica especialmente na adolescência, quando podem eclodir subitamente em uma irrupção, quase como uma explosão, em um desencadeamento abrupto. Os sintomas que emergem nos adolescentes muitas vezes se confundem ou podem ser confundidos entre: - os pacientes que poderiam ter algum tratamento – que se considera como sendo uma abordagem psicossocial de readaptação ou pelo menos algum tipo de abordagem psicoterápica, - e outros que muitas vezes podem ser considerados como “irremediáveis” transtornos de conduta, que só são vistos como delinquentes ou marginais, e que nem sequer são descobertos enquanto marginalizados pela própria sociedade.

Os adolescentes podem apresentar queixas somáticas, ou podem ser levados à consulta pela família, num momento especialmente delicado e que poderia ser propício à investigação

que se propõe. Especialmente o adolescente, que passa por muitas transformações simultâneas e pela célebre “crise de identidade”, não raro procura um médico com uma queixa inespecífica, ou um sintoma considerado “atípico”. Pode-se afirmar que o “típico” da adolescência é exatamente o “atípico”, ou a falta de referências ou parâmetros para o seu enquadramento em critérios diagnósticos padronizados. Com frequência, o adolescente pode ser enquadrado em várias categorias simultâneas, sem critério hierárquico definido, ou colocado sob rótulos obscuros e essencialmente controversos para aplicação prematura em sua faixa etária.

Antes de qualquer função terapêutica, há que se lembrar da função eminentemente diagnóstica desempenhada pelo médico. Antes mesmo da consolidação de critérios para o estabelecimento de um rótulo de disfunção, ou pior ainda, de um “transtorno de conduta” como inadequação social, o médico pode muitas vezes ser consultado por outros motivos ou queixas.

Chegou a haver época, dentro da própria miscelânea diagnóstica, em que chegou a se discutir se uma criança poderia ficar deprimida, visto que ela ainda não teria consolidado seu *Superego* e, portanto, ainda não teria um *sentimento de culpa* que justificasse uma causa para sua depressão. Os equívocos relativos à nomenclatura em jogo são tão amplos e passíveis de tantos debates e controvérsias, que poderiam ser estendidos ao infinito.

A urgência de definição de uma conduta leva à pressa de um julgamento a ser feito pelo examinador, em que se perde a oportunidade - o espaço e o tempo necessários - para que, num paciente, um sujeito possa advir.

VI.8. A IDENTIDADE MÉDICA EM CRISE: E O MÉDICO ENQUANTO SUJEITO?

O que se interroga e problematiza é qual seria o estatuto do exercício da profissão médica enquanto prática social que seria regulável, sendo adstrita e se restringindo a fenômenos de aparências homogêneas e universalizáveis. Na pesquisa-ação (PIRES, 2007) ficou evidenciada a participação do médico-sujeito, que não raro mina a sua própria autoestima e o coloca em confronto com seu desejo.

Desde 1673, já se apontava que a medicina tem um poder destrutivo que suplanta o desejo construtivo do médico, conforme pode-se depreender dos comentários de Daniel Fresnot na Introdução à obra “O doente imaginário” (MOLIÈRE, 2005), fazendo um sátira ao hipocondríaco, mas também ao triste vaticínio da doença:

O sr. Purgon, ao abandonar seu paciente à série de doenças em ‘-ia’, que levarão à ‘privação da vida’, mais que formular um diagnóstico dispara um anátema e lança a má-sorte.

(...)

Knock virá a afirmar o mesmo: *‘acima dos interesses do doente, acima do interesse do médico, está o interesse da medicina.’* (FRESNOT, Introdução. In: MOLIÈRE, 2005, p. 22).

Este já é um preço que é pago, o da ferida narcísica. Este já é o preço pago pela psicanálise, que sofre as resistências e as discriminações historicamente conhecidas, mas talvez também o preço que a própria profissão médica já tenha pago sem o saber, em sua perda de identidade e até mesmo às custas da perda de seu próprio reconhecimento de sua dignidade profissional.

Ao se colocar a ênfase maior no remédio do que no paciente e mesmo no médico, desloca-se totalmente o fulcro da questão da Saúde Mental para uma solução medicamentosa, como se houvesse em psiquiatria algum psicofármaco que fosse “específico” para uma psicopatologia ambígua por natureza, em sua própria definição.

A já publicamente denunciada precariedade dos atendimentos em Saúde Mental se atrela cada vez mais a um aumento das prescrições de psicofármacos, numa razão inversamente proporcional. A piora da qualidade de vida da classe médica, como um fenômeno histórico, político, econômico e social, podem estar relacionada a inúmeros fatores, entre os quais se deve considerar tanto a ideologia científica repercutida na formação acadêmica, quanto também a posição subjetiva de cada médico. Pelo lado da dialética social, não se poderia afirmar que a figura profissional do médico, enquanto ator privilegiado na cena terapêutica, estaria sendo confiscada ou usurpada, em nome da “administração científica”?

E por outro lado, o médico enquanto sujeito, ao ser acuado e aviltado – não estaria se deixando ser vítima, por se implicar em uma parceria-sintomática na qual se torna cúmplice? Assim, por vários lados ele pode se tornar naturalmente ressentido pela insuficiente gratificação vocacional.

Faz-se necessário portanto um questionamento e reflexão da classe médica acerca de até que ponto se deixa ser agente e cúmplice de seu próprio aviltamento – ou em certos casos até mesmo de sua devastação. Deixando-se ser seduzido e manipulado, ignorando o seu próprio desejo recalcado, talvez ele possa estar corroborando ou atestando, dando a sua chancela para o desconhecimento acerca do “*lugar*” especial e privilegiado que ocupa na transferência para um sujeito, assim como dos vários motivos e da real necessidade do desempenho de seu papel dentro do sistema de saúde e da sociedade.

VI.8.1. Ensino: uma ética sempre em questão

Turato ilustra uma tensão política entre os paradigmas de ensino nas instituições:

No entanto, o que deveria dar mais perplexidade não seria propriamente o uso destes meios, já que podemos observá-los habitualmente nas condutas carreiristas que marcam pessoas nas mais variadas instituições (universidades, empresas comerciais, associações de diferentes finalidades), mas sim o silencioso conluio dos demais membros da entidade. Seja por medo de questionar publicamente os contravalores destes expedientes (retaliações de quem detém poder não ocorrem com baixa frequência), seja por identificação com os modos utilizados (o desejo de vir a fazer o mesmo), seja, finalmente, por não perceber estes mecanismos (seria um professor universitário tão inocente a este ponto?), a realidade é que a complacência com os casos de produção científica artificial sobrevive por tempo razoável nas instituições. (TURATO, 2003, p. 531)

Enquanto que, pelo lado do ensino em medicina especificamente, sempre será possível se questionar a posição ética do médico, porque a ele se imputam decisões relativas à vida e à morte. Houve autor que chegou a propor que não se pagasse o médico enquanto não houvessem resultados considerados positivos ou evidências de melhoras, alegando que, se o pagamento lhe fosse feito regularmente, ele não se “apressaria” na “cura”, ou mesmo negando-lhe o pagamento dos honorários em caso de óbito do paciente (Anônimo do século XVII, em: “Arte de furta”, p. 58). Há uma tendência a se atrelar a figura dos médicos aos antigos “boticários”, como se fossem comerciantes, ao invés de se separar: - os diferentes sujeitos que exercem sua profissão como vocação, - das profissões que são exercidas por eles, dentro de um sistema de saúde.

Não é tão somente possível, como também necessária, uma tomada de distância crítica do médico enquanto sujeito em relação ao poder do saber na indústria da saúde, especialmente em se tratando de Saúde Mental na Atenção Primária. Este tipo especial de ensino de *um saber impossível* não pode ser aplicado como se fora um “treinamento em serviço”, mas sim como uma aprendizagem transformadora possível: que pode vir a acontecer, ou não, de acordo com a estrutura e o desejo dos *alunos-sujeitos*, mas também de seus professores. Esta oportunidade pode ser ensejada no decorrer do procedimento da *Escuta Diagnóstica*.

Para isto, durante o curso faz-se necessário que o médico tenha a oportunidade de aprender a se separar da medicina, para não se deixar ser engolfado nas atribuições de responsabilidade. Mesmo porque a sua profissão é apenas um instrumento-meio que não tem possibilidades de garantir um determinado fim, mas sim de prover os meios para que isto

possa vir a acontecer. Se, na contemporaneidade da chamada indústria do erro médico, dentro mesmo da relação médico-paciente este fim é questionado, esta dimensão de separação ou de uma tomada de distância do sujeito médico em relação à sua profissão parece estar sendo perdida, juntamente com sua identidade e sua gratificação pessoal.

Será que o médico enquanto sujeito não possa estar se deixando ser privado de obter uma satisfação real, também para si? Quando Balint afirma que “*o médico, ao prescrever, se prescreve a si mesmo*”, há mesmo um mal-entendido e um equívoco nesta ambiguidade, porque o médico pelo menos sabe que não tem em si a capacidade de preencher esta falta, que é estrutural.

Talvez por isto, pode-se tender a atribuir até mesmo os sucessos a fatores meramente externos, não sabendo a quem creditar a sua contribuição.

Atribuindo os custos-benefícios de um tratamento à biotecnologia e à redução científica do sujeito, o médico pode achar que está se desvencilhando de um problema ou se isentando de uma responsabilidade, quando ele por outro lado pode estar perdendo a crença em si mesmo. Ao final das contas, a ser o soldado que no front da batalha sofre os impactos desgastantes e incomensuráveis dos revezes da doença e da morte, dos sofrimentos e da miséria humana, ainda haveria a possibilidade de alguma espécie de ressarcimento ou gratificação profissional que não fosse meramente comercial, ou de algum reconhecimento qualitativo que levasse em conta sua especificidade de atenção?

Com toda a certeza, e por sua própria definição, o movimento não partiria nunca dos sistemas de avaliação e administração modernos.

O médico exerce uma *função* operadora - enquanto lugar de endereçamento em uma dialética - e um *papel* social que lhe é designado e atribuído: por um lado pelo sistema, e por outro também pelo paciente, mas ainda também por ele mesmo. Ele pode ser colocado como se fosse um objeto efetivamente útil para um outro, como um objeto que pode ser necessário ou imprescindível, mas dentro da ética utilitária do contábil.

Entretanto, com Lacan pode-se reinterpretar aquele dito balintiano, advertindo o médico de sua responsabilidade. Ao ser convocado pelo paciente a ocupar o *lugar* deste vazio, ele haverá de se abster de preenchê-lo: porque o que ele ocupa para aquele sujeito é um outro lugar, que não é o que lhe atesta a sua identidade – talvez não porque o médico não o queira, mas simplesmente porque é impossível.

VI.8.2. A *transferência* não como *amor*, mas como semblante de algum tipo de laço social possível

Se a manobra da transferência, na *Neurose*, consistiria em remeter uma demanda de amor em uma pergunta sobre o saber, em que consistiria o manejo de alguma demanda possível, que ocorreria de formas diferentes nas outras estruturas?

Para a realização deste trabalho na prática, impôs-se a necessidade de fazer uma escolha, uma opção para nomear esse “algum laço social possível”. Preferiu-se denominar também de “*transferência*”, não necessária e exclusivamente um “amor de transferência” (FREUD, 1915, vol. XII), mas uma questão relativa a esse saber impossível, originada em um sujeito que não seria um simples indivíduo, mas irremissivelmente dividido pela linguagem, em qualquer das estruturas.

Na *práxis* da pesquisa-ação conduzida pela autora (PIRES, 2007) considerou-se que se todos os pacientes apresentavam uma demanda de ajuda, esta demanda estaria inserida em sua posição transferencial que foi intitulada de *paciente-sujeito*. Entretanto, com a seguinte ressalva: se pode-se afirmar que “todo mundo é louco”, ou uma “loucura genérica” (MILLER, 2008) - por haver um ponto estrutural do sem-sentido na linguagem -, pode-se também afirmar que nem todas as “loucuras” são iguais, pois cada um procura dar uma resposta ao ponto de não-saber com o seu sintoma, repetindo-o segundo a sua Estrutura.

Para se atingir a finalidade prática que era considerar o tipo de laço social em jogo, estabelecida pela relação daquele sujeito com o saber, fez-se necessário ampliar o conceito de transferência psicanalítico de suposição de saber para uma posição inicial de abertura mais ampla ou indeterminada do próprio conceito.

Nesta direção pode-se adotar aquela concepção mais abrangente e, portanto, mais “frouxa” ou flexível, na perspectiva da chamada “comunidade de vida” (VASCHETTO; FARAONI, 2008), no que se denominou de “*trivialização da transferência*”. Por esta espécie de inversão da posição relativa ao saber, a entrevista preliminar tendeu a ser o mais “livre” possível, tomando-se apenas como estratégia de abordagem, ou pretexto, para a investigação sobre a versão da história de vida daquele sujeito.

Somente num segundo momento, após a discussão conjunta e a construção teórica do Caso Clínico e o estabelecimento de alguma hipótese sobre a estrutura clínica do sujeito em questão, é que se tratou de discutir qual poderia ser o modo de funcionamento de algum laço social possível com aquele *paciente-sujeito*.

VI.8.3. A Escuta Diagnóstica não é uma “Retificação Subjetiva”

Pode ser que na prática haja uma mui tênue diferença entre operar uma “Retificação Subjetiva”, que foi a proposta de Lacan em “*A direção do tratamento e os princípios do seu poder*” (LACAN, 1998) para a entrada em análise e o tratamento da *Neurose*, sem o objetivo inicial de se promover a culpabilização do sujeito (no sentido de um Superego edipiano).

Como exposto na dissertação de Mestrado (PIRES, 2007):

1. O objetivo da pergunta não deve e nem precisa ser o de questionar ou confrontar as razões do sujeito, fazendo-se uma “Retificação Subjetiva” (“*A direção do tratamento e os princípios do seu poder*”, 1998), como comumente é entendida pelos *alunos-sujeitos* na ordem do sentido, visando ensejar uma interpretação. Muito pelo contrário, não visa a uma interpretação, ou a uma decifração do sentido simbólico. Não raro, esta é a causa do medo de se aprofundar a investigação: o de não saber interpretar corretamente. O medo do examinador (que para os fins desta exposição se presume ser neurótico) é procedente, pois estrutural. Advém do medo de si mesmo – de sua própria inconsistência e da correlata consequência inevitável da estrutura da *Neurose*, que é o de fazer consistir o Grande Outro através do qual acredita fazer-se “ser”, ou para ser reconhecido em uma identidade, em sua fantasia.
2. A *Escuta Diagnóstica* deve se prestar apenas para se explorar o equívoco significante, numa tentativa inicial apenas de separar a cadeia significante de uma lógica unívoca que se pretenderia que a norteasse. É fundamental que esta abordagem, que não deixa de ser uma intervenção, se funde numa ausência de gozo – consentindo com a castração simbólica – ou seja, fundada em um desejo que seja maior que o de apenas fazer um julgamento, com a pretensão de que assim, dando um diagnóstico, se vá encerrar o caso.
3. Nos casos de diagnóstico diferencial difícil, portanto, para se minimizar este risco se fizeram necessárias discussões conjuntas do grupo e/ou da equipe sobre o Caso Clínico, pela via mesmo da polissemia significante, como numa espécie de metodologia qualitativa de triangulação, em um acompanhamento mínimo que contemplasse alguma construção teórica e ensejasse uma oportunidade para alguma hipótese diagnóstica estrutural o mais precocemente possível.

VI.9. ELABORAÇÕES FINAIS

Este ensaio teórico corrobora as evidências experimentais encontradas por ocasião da pesquisa-ação realizada no Mestrado (PIRES, 2007), permitindo uma visão teórica que pode ampliar e tornar mais abrangente a concepção de Saúde Mental, em sua vertente diagnóstica, na Atenção Primária e no ensino médico.

Delimitando-se com maior precisão os estatutos epistemológicos dos objetos de cada disciplina que se debruça sobre este campo, verificou-se que eles partem de diferentes pressupostos e, também por este motivo, chegam a conclusões diferentes. À Psiquiatria, enquanto especialidade de referência Secundária, pode-se atribuir como objeto a doença. O progresso das pesquisas desta especialidade ocorre na direção de uma interface com a Neurologia, cujo alvo prioritário a ser atingido é a confirmação de um substrato anatomopatológico, com localização cerebral presumível.

A partir da concepção de um objeto enquanto uma doença, esta se torna passível de universalização, o que atende às necessidades da pesquisa científica, estabelecendo um salto conclusivo entre o diagnóstico e a terapêutica. Assim as Neurociências fazem uma parceria de pesquisas com a Psicologia Cognitivo-Comportamental, procurando estabelecer padrões de conduta que sejam universais e comuns a todos os seres humanos, regulamentando um ideal de bem comum, através da felicidade e de um padrão de saúde.

Apesar de que as concepções de um nível básico mínimo de saúde, sob a perspectiva da Saúde Pública, devam ser rigorosamente defendidas, pode não ser sob este mesmo prisma terapêutico-medicamentoso que se possa oferecer, se instituindo ou outorgando um almejado direito que pudesse ser coletivo na área da Saúde Mental, correndo-se o risco de se incorrer em um viés metodológico.

O campo da Saúde Mental na Atenção Primária pode ser distinguido daquelas outras áreas, cujos objetos são tomados na vertente terapêutica como doenças, para o estatuto de um doente enquanto sujeito, em seu sofrimento. Esta outra vertente, que é diagnóstica, tem que levar em conta que se tratam de duas dialéticas diferentes.

A concepção ou perspectiva diferente que é trazida pela introdução da proposta da *Escuta Diagnóstica* pode inaugurar uma possibilidade: a do estabelecimento de algum tipo de laço social possível para cada sujeito, segundo a sua Estrutura Clínica e, portanto, em sua relação estrutural ao paradoxo da ordem simbólica, que se estrutura em torno de um não-saber.

Se esta proposta, de se dar um lugar para a fala de um sujeito que possa emergir, for considerada apenas sob o aspecto de acontecimento contingencial, ela terá suas incidências conforme o momento e a oportunidade da ocasião, o que varia para cada sujeito e para cada caso.

Entretanto, esta é uma situação muito mais frequente do que se possa supor na prática clínica, em que todos os recursos semiológicos para o estabelecimento de um diagnóstico propriamente psiquiátrico se esgotam, esbarrando em quadros indefinidos ou com terminologias genéricas e critérios diagnósticos baseados em aparências sintomáticas. Na falta de outro instrumental teórico para se perceber enquanto ocupando um lugar na transferência, o médico é forçado ou se apressa em concluir com medidas terapêuticas estereotipadas, em prescrição indiscriminada de psicofármacos e/ou em aconselhamentos baseados na sugestão e na empatia como identificação.

Por isso, no ensino médico em Saúde Mental, não é possível determinar, por antecipação, que todos os casos clínicos sejam resolvidos da forma padronizada pela associação de psicofármacos e psicoterapias cognitivo-comportamentais, além dos riscos dessa abordagem padrão. Ao contrário, o ensino em Saúde Mental deve ressaltar a necessidade da abordagem dos pacientes enquanto sujeitos, cujo tratamento pode demandar outras formas de intervenção, não previamente estabelecidas.

Assim, fica clara a necessidade de se abrir uma oportunidade para que se possa introduzir ou suscitar uma discussão teórica prévia, com todos os estudantes de Medicina, como conteúdo curricular obrigatório – até mesmo no bojo de alguma disciplina clínica já existente –, de que haverá casos em que será imprescindível a *Escuta Diagnóstica* do paciente, como sujeito, advertindo os alunos das diferenças epistemológicas, das dialéticas e das contradições da ordem simbólica, assim como dos riscos em que, como médicos, podem vir a ser envolvidos.

Ressalte-se, em que pese a necessidade dessa advertência teórica a todos os alunos, que o procedimento prático de ensino da *Escuta Diagnóstica* não pode ser coercitivo, ou seja, a parte prática deveria ser oferecida apenas de forma optativa, de tal maneira que partiria do próprio desejo do aluno enquanto sujeito.

Da mesma forma, o paciente submetido à *Escuta Diagnóstica* também deve ser informado do método, por meio do TCE, bem como os professores envolvidos também devem ser interessados em participar deste tipo especial de ensino-aprendizagem.

A oportunidade *princeps* para a realização da *Escuta Diagnóstica*, em toda a extensão de seu procedimento, ocorre a partir não propriamente de um Caso Clínico, mas de um sujeito

que consente e se dispõe a falar. Mesmo que não haja um paciente, faz-se necessário preliminarmente que, pelo menos através de discussões teóricas, o aluno seja, em algum momento de seu curso, advertido de que seu lugar na transferência é diferente para cada sujeito, e que uma escuta que possa ser diagnóstica deve, e só pode, operar a partir de uma posição ética de não-saber.

O aluno, em função de um caso e se assim o desejar, pode exercer uma função operatória, apenas como um lugar de endereçamento de qualquer questão relativa ao saber que aquele sujeito em questão, porventura e contingencialmente, consiga formular. O médico, ao ceder a palavra ao *paciente-sujeito*, o autoriza, concedendo-lhe uma certa autoridade para falar sobre si mesmo, para interrogar o seu próprio saber/não-saber, desconhecido e estranho, através de sua fala.

Ao dar lugar à fala para um outro sujeito, colocando-se em um lugar de *Escuta Diagnóstica* respeitando a Estrutura Clínica do paciente/sujeito, pode-se ensejar o surgimento de algum tipo de laço social possível, exatamente porque este é apenas uma relação que é sempre tangencial ao saber.

Ao se propiciar esta investigação, também poderá emergir um sujeito no aluno, questionando as suas próprias razões, discutindo a profissão médica e as incidências éticas sobre a medicina como um todo.

VI.9.1. Um crédito de confiança

Apostar em um sujeito é dar-lhe um crédito de confiança de que ele seja capaz e mereça ser escutado, para que tenha um lugar em que possa articular algum saber e que possa fazer algum tipo de laço social possível.

Talvez isto possa ocorrer somente no real da vivência clínica, interrogando a ambiguidade da significação. São incontáveis os casos atendidos por esta autora, em teleconsultoria pela Internet a alunos da UFMG que vão para o Internato Rural, para os quais o único tratamento possível, mesmo com o apoio dos psicofármacos, ainda continua sendo o médico.

Quando um paciente expressa claramente ao seu médico um mais além de uma demanda de ajuda, explicitando como uma necessidade : “*O sr. é o meu remédio*”, talvez por um breve e efêmero instante, o médico vislumbre a necessidade real de ocupar este lugar, enquanto um semblante necessário. Mesmo advertido da impossibilidade de preencher este

lugar que é vazio, sabendo que nem assim ele poderia obter ou se garantir em uma “identidade” para seu “ser”.

Mas talvez seja justamente aí, nesta posição sintomática paradoxalmente inconsistente, que se possa agir de alguma outra forma. Não na impotência, mas procurando caminhos para propiciar a um sujeito uma oportunidade para que ele tente, ainda uma vez mais, e mesmo que provisoriamente, tangenciar um saber impossível.

Ao médico parece restar pouco, mas que em um determinado momento pode valer tudo - procurar apenas, com uma curiosidade desinteressada, fazer valer uma aposta ensejando uma pergunta possível: *“Quem seria, ou poderia ser, aquele sujeito?”*

CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO

A partir deste ensaio teórico, embasado em uma experiência de pesquisa-ação, foi possível evidenciar várias dicotomias que podem se decompor, mas que tendem a ocorrer simultaneamente no real da prática clínica e no ensino médico:

1. Há duas diferentes *Modalidades Metodológicas* pelas quais se pode apontar o furo no saber, enquanto inconsistência lógico-estrutural da ordem simbólica:
 - a) Uma via *experimental* ou prática – pela aplicação da *Escuta Diagnóstica* ao Caso Clínico, cuja viabilidade de aplicação no ensino médico foi demonstrada pela pesquisa-ação;
 - b) Uma via *teórica* – desenvolvida nesta tese, sendo demonstrada através do paradoxo que funda a teoria do conhecimento e pela via da teoria psicanalítica lacaniana. Demonstrou-se que, ao se propiciar uma oportunidade para o surgimento do sujeito dividido no paciente/sujeito, pode-se propiciar uma abertura para o surgimento do aluno enquanto sujeito.

2. Há dois diferentes *Estatutos Epistemológicos* entre os **objetos** das disciplinas:
 - a) Psiquiatria e Neurociências: o objeto epistemológico é uma *doença*, situando a Psiquiatria como uma especialidade de referência secundária;
 - b) Saúde Mental dentro da Atenção Primária: o objeto epistemológico é um *doente*.

3. Há duas *Dialéticas* que se encontram na área da Saúde Mental em Atenção Primária, pois tem como objeto de sua atenção o paciente. Entretanto, possuem **objetivos** e éticas diferentes, segundo se veja o paciente como um “*indivíduo*” contabilizável socialmente, ou se o escute como um “*sujeito*” que é diferente, porque é dividido estruturalmente pela linguagem:
 - a) Uma concepção do paciente enquanto um *indivíduo* universal e uniformizável, sendo passível de ser avaliado por escalas de avaliação padronizadas e terapeutizado em um

saber estereotipado pelas ciências do comportamento e técnicas cognitivo-comportamentais;

- b) Uma concepção do paciente como um *sujeito* dividido pela linguagem e, por ser único e singular, com uma abordagem impossível pela via de um saber pressuposto *a priori*. Como foi demonstrado, a hipótese da teoria do conhecimento é fundada sobre o paradoxo do furo no saber.

As consequências, derivadas destes argumentos experimentais e teóricos, que podem ser aplicadas à prática clínica e ao ensino médico são:

- **Relativas aos *pacientes/sujeitos*** – a *Escuta Diagnóstica* é necessária como estratégia de abordagem e investigação do *paciente/sujeito*, visando propiciar uma oportunidade para a formulação de hipóteses diagnósticas mais precoces relativas à Estrutura Clínica. A necessidade de se dar um lugar para o sujeito no paciente, em Saúde Mental na Atenção Primária, ocorre especialmente nos casos de diagnóstico indefinido e complexo, evidenciando-se como necessária principalmente na faixa etária da adolescência.
- **Relativas aos *alunos/sujeitos*** – a *Escuta Diagnóstica*, enquanto estratégia de investigação, pode ensejar o surgimento de questionamentos pelos alunos, sendo uma ocasião propícia para que emergjam dúvidas e contradições nos alunos enquanto sujeitos.

VII.1. SUGESTÕES OU RECOMENDAÇÕES:

Conteúdo teórico obrigatório: advertência aos alunos

Assim, faz-se necessário que, em algum momento durante o curso médico, os alunos sejam advertidos teoricamente de que: por um lado, cada paciente/sujeito lhe designará um lugar na transferência segundo a sua Estrutura Clínica - devido aos *riscos* que isso implica, e, por outro lado, que a *Escuta Diagnóstica* favorece uma abordagem precoce aos pacientes na Atenção Primária em Saúde Mental. Os alunos deverão ser advertidos de que devem evitar encarnar um lugar de saber, dando um lugar para a fala do *paciente/sujeito*.

Procedimento optativo ou de participação voluntária

Nos casos de pacientes que forem indicados e selecionados para a aplicação da *Escuta Diagnóstica*, é desejável que os alunos consentam previamente com esta experiência exploratório-investigativa através de um TCE. Ao se descobrirem também enquanto sujeitos divididos, os *alunos/sujeitos* podem vir a se sentir desamparados ou angustiados, o que os pode levar a requerer alguma forma de respaldo ou assistência. Neste sentido, reforça-se a ideia da disponibilização de um acompanhamento para os alunos que assim o desejarem, em casos específicos ou em ocasiões oportunas.

Por mais complexas que possam parecer, todas estas delimitações – metodológicas, epistemológicas e dialéticas – podem contribuir de modo relevante para as definições de atribuição e de responsabilidades na formação do médico. A *Escuta Diagnóstica* enseja oportunidades para que o aluno possa, durante o seu curso, realizar a experiência de elaborar uma reflexão crítica acerca de seu lugar ético para o paciente, especialmente nos casos sem definição na Saúde Mental, em que a adolescência é uma faixa etária de risco. Neste campo, como nos lembra Hipócrates, o doente é que define a sua doença. Assim, não raro se encontram casos ou situações indefinidas em que o médico – enquanto um lugar de endereçamento para a fala de um sujeito – é o “único tratamento possível”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Theodor, “*O ensaio como forma*” (p. 15-45). In: Adorno, W. T., *Notas de Literatura I*. Tradução de Jorge de Almeida, Editora 34, Coleção Espírito Crítico. São Paulo: Duas Cidades, 2003.

AFLALO, Agnés. *Ato analítico*. In: *Scilicet: semblantes e sinthoma*. Sob a direção de Jacques Alain-Miller. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009. p. 53-55.

AGUILERA, Fernando Gómez (Org.). *As palavras de Saramago*. São Paulo: Cia. das Letras, 2010.

AKISKAL, H. S. *Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy*. In: *Journal of Affective Disorders*, 2005. 85(3), p. 245-258.

ALVARENGA, Elisa. *A depressão sob transferência*. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psiquiatria*, n. 17, Novembro de 1996. p. 24-28.

ALVARENGA, Elisa. *Agalma*. In: *Scilicet: semblantes e sinthoma*. Sob a direção de Jacques Alain-Miller. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009. p. 35-37.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. *Filosofando: introdução à filosofia*. 3 ed. revista. São Paulo: Moderna, 2003.

ARENDDT, Hannah. *Eichmann em Jerusalém - Um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo: Cia. da Letras, 1999.

BARRETO, Francisco Paes. *Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010.

BARRETO, Francisco Paes. *O normal e o patológico: para a Medicina, para a Psiquiatria, para a Saúde Mental e para a Psicanálise*. Postagem de quarta-feira, 9 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.franciscopaesbarreto.com/>. Acesso em 03 de junho de 2012.

BARRETO, Francisco Paes. *Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARRETO, Francisco Paes. *Semblante e Laço Social*. In: *Revista Curinga - Sintoma e Laço Social*, n. 28, p. 31-34.

BARRETO, Francisco Paes. *Todo mundo delira, menos o esquizofrênico*. In: *Revista Correio*, n. 67, Dezembro de 2010. p. 91-95.

BARTHES, Roland. *Leçon: aula inaugural da cadeira de semiologia literária do Colégio de França pronunciada dia 7 de janeiro de 1977*. 10.ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

BARTHES, Roland. *O prazer do texto*. Tradução de J. Guinsburgl. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

BENOIT, Pierre. *Psicanálise e Medicina – Teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BENTO, Leonardo Valles. *Sociedade civil e Estado na filosofia política de Hegel*. In: WOLKMER, Antônio Carlos (Org.). *Introdução à história do pensamento político*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BERCHERIE, Paul. *Os Fundamentos da Clínica - História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BERK, Michael; DOOD, Seetal. *Are treatment emergent suicidality and decreased response to antidepressants in younger patients due to bipolar disorder being misdiagnosed as unipolar depression?* In: *Medical Hypotheses*. Australia. v. 65, Fev 2005, p. 39-43.

BIRMAHER, Boris; BRENT, David. *Should we use antidepressants for the treatment of major depressive disorders in children and adolescents?* In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 27, n. 2, Jun 2005, p. 89-90.

BROWN, H.N.; ZINBERG, N.E. *Difficulties in the integration of psychological and medical practices*. In: *Am J Psychiatry*. Dez 1982. 139 (12). p. 1576-1580.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CASSANO, Giovani B. *et alii. The Mood Spectrum in Unipolar and Bipolar Disorder: Arguments for a Unitary Approach*. In: *Am J Psychiatry*, United States, v. 161, n.7, jul 2004, p. 1264-1269.

CASTANET, Hervé. *La Perversion*. Paris, França: Anthropos, 1999.

CASTELLARIN, Gelindo. *Acaso*. In: *Scilicet: semblantes e sinthoma*. Sob a direção de Jacques Alain-Miller. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009. p. 23-25.

CHALMERS, Alan F. *O que é Ciência, afinal?* São Paulo: Brasiliense, 1993.

CHÂTELET, Madame du. *Discurso sobre a felicidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CHRISTIANS, Clifford G. *A ética e a política na pesquisa qualitativa*. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Org.) *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução: Sandra Regina Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 141-162.

CID 10. Organização Mundial da Saúde. Tradução do Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

CIPRIANI, Andrea; BARBUI, Corrado; GEDDES, John R. *Suicide, depression, and antidepressants*. In: *British Medical Journal*, United Kingdom, v. 330, fev 2005, p. 373-374.

CLAVREUL, Jean. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Org.) *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução: Sandra Regina Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DSM-IV. *Critérios diagnósticos do DSM-IV: referência rápida*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DURKHEIM, Émile. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DUTRA, Luiz Henrique de Araújo. *Russel*. In: PECORARO, Rossano (Org.). *Os filósofos: clássicos da filosofia*. v. II *De Kant a Popper*. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2008.

EBMEIER, K. P; Donaghey, C.; Steele, J. D. *Recent developments and current controversies in depression*. In: *Lancet*. v. 367, Jan 2006, p. 153-67.

ECO, H., & MARTINI, C. M. (2011). *Em que crêem os que não crêem* (14ª ed.). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Record.

ENGEL, George L. *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*. In: *American Journal of Psychiatry*, n. 137, 1980. p. 535-545.

ENGEL, George L. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. In: *Science*, n. 196, 1977. p. 129-136.

EVANS, D. L.; CHARNEY, D. S. *Mood disorders medical illness: a major health problem*. In: *Society of Biological Psychiatry*. Philadelphia, n. 54, 2003, p. 177-180.

FERREIRA, Roberto Assis. *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 - Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2000.

FERREIRA, Roberto Assis. *O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares*. In: *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica. v. 13, n. 3, jul/set. 2003, p. 218.

FOUCAULT, Michel. *A Hermenêutica do sujeito*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso: aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 6 ed. São Paulo: Loyola, 2000.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 6 ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 24 v. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos* (1900). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, Sigmund. *Psicanálise "silvestre"* (1910). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 207-213.
- FREUD, Sigmund. *Artigos sobre técnica* (1911-1915). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 110-223.
- FREUD, Sigmund. *Sobre o início do tratamento* (1913). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 164-187.
- FREUD, Sigmund. *Observações sobre o amor transferencial* (1915). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 207-221.
- FREUD, Sigmund. *Conferências introdutórias sobre Psicanálise* (1915-1916). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, Sigmund. *O Estranho* (1919). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 275-314.
- FREUD, Sigmund. *História de uma neurose infantil* (1918). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-153
- FREUD, Sigmund. *Além do princípio do prazer* (1920). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 17-85.
- FREUD, Sigmund. *Psicologia de grupo e análise do Ego* (1921). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 89-179.
- FREUD, Sigmund. *Romances familiares* (1909). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 243-247.
- FREUD, Sigmund. *A Negativa* (1925). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 293-300.
- FREUD, Sigmund. *A perda da realidade na Neurose e na Psicose* (1924). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 229-234.

FREUD, Sigmund. *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna* (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 187-208.

FREUD, Sigmund. *O Ego e o Id* (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-83.

FREUD, Sigmund. *O futuro de uma ilusão* (1927). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-71.

FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização* (1930). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 75-171.

FREUD, Sigmund. *Análise terminável ou interminável* (1937). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. P. 247-287.

FREUD, Sigmund. *Construções em análise* (1937). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 291-304.

GARBER, Judy; KASHANI, Javad H. *Development of the symptom of depression*. In: LEWIS, Melvin. *Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook*. Second Edition. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1996. p. 301-315.

GARFINKEL, Barry D.; CARLSON, Gabrielle A.; WELLER, Elizabeth B. *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GIDE, André. *Os porões do Vaticano*. Tradução: M. Laranjeira. São Paulo: Estação Liberdade, 2009.

GRAMSCI, Antônio. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Traduzido do original: GLI INTELLETTUALI E L'ORGANIZZAZIONE DELLA CULTURA. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GREENWOOD, Davydd J.; LEVIN, Morten. *Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da pesquisa-ação*. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Org.) *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução: Sandra Regina Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 91-113.

HANSEN, João Adolfo. *Razão de Estado*. In: NOVAES, Adauto (Org.). *A crise da razão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

HARRINGTON, Richard. *Depressive Disorder in Childhood and Adolescence*. Manchester, England: John Wiley & Sons, 1993.

HOBBSAWM, Erick. *A Era das Revoluções*. 25ª ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1977.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia Geral*. 2. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1987.

JONAS, Bruce S. *et alii*. *Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults*. In: Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Germany, v. 38, may 2003. p. 618-624.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2003.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6. ed. Baltimore, Maryland, EUA: Williams & Wilkins, 1995.

KAUFMANN, Pierre. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

KESSLER, Ronald C. *et alii*. *Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. In: Arch Gen Psychiatry. Harvard, Boston. v. 62, jun. 2005, p. 617-627.

KOBAU, Rosemarie *et alii*. *Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995-2000*. In: Health and Quality of Life Outcomes. Atlanta, USA, v. 2, n. 40, jul. 2004.

LACAN, Jacques. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

LACAN, Jacques. *Da Psicose paranoica em suas relações com a personalidade (Tese de Doutorado/1932)*. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, Jacques. *A psicanálise e seu ensino*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 437-460.

LACAN, Jacques. *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 496-533.

LACAN, Jacques. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da Psicose*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 537-596.

LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958)*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.591-652.

LACAN, Jacques. *A significação do falo*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 692-703.

LACAN, Jacques. *A ciência e a verdade*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 869-892.

LACAN, Jacques. *Estou falando com as paredes*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2011.

LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 238-324.

LACAN, Jacques. *Kant com Sade*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 776-806.

LACAN, Jacques. *O mito individual do neurótico*. 2 ed. Lisboa: Assírio & Alvim, 1987.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 03: *As Psicoses*. (Orig....) 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 05: *As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 07: *A ética da Psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 08: *A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 10: *A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 11: *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 16: *De um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 17: *O avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 18: *De um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 20: *Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 23: *O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LACAN, Jacques. *O Triunfo da Religião*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LACAN, Jacques. *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

LACAN, Jacques. *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise: resumo do seminário de 1964*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 195-197.

LACAN, Jacques. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LACAN, Jacques. *Alocução sobre o ensino: proferida no encerramento do congresso da Escola Freudiana de Paris, em 19 de abril de 1970, por seu diretor*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 302-310.

LACAN, Jacques. *O aturdido*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 448-497.

LACAN, Jacques. *Televisão*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 508-543.

LACAN, Jacques. *Rumo a um significante novo*. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 22, São Paulo: Eolia editora, agosto de 1998. p. 6-15.

LACAN, Jacques. *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 807-842.

LAURENT, Éric. *¿Cómo se enseña la clínica? - Cuadernos del Instituto Clínico de Buenos Aires*. v. 13. 1ª ed. Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires, 2007.

LAURENT, Éric. *A sociedade do sintoma*. Tradução: Vera Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

LAURENT, Éric. *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011.

LAURENT, Éric. *Psicoanálisis y Salud Mental*. 1ª ed. Buenos Aires: Tres Haches, 2000.

LESLIE, Laurel K. *et alii*. *The Food and Drug Administration's Deliberations on Antidepressant Use in Pediatric Patients*. In: *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics, v. 116, 2005, p. 195-204.

LEWIS, Melvin. *Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook. Second Edition*. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1996.

LIMA, Celso Rennó. *Psicanálise caso a caso*. 1ª ed. Belo Horizonte: Ed. Scriptum, 2011.

LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, Egon G. *Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes*. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Org.) *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução: Sandra Regina Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 169-192.

LOCK, James. *Suicidality in adolescents being treated with antidepressant medications and the black box label: Position paper of the Society for Adolescent Medicine*. In: *Journal of Adolescent Health*. California, v. 36, 2005. p. 92-93.

LÓPEZ, Mario; LAURENTYS, José. *Semiologia Médica – As bases do diagnóstico clínico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. *The teaching of medical psychology*. In: *An. R. Acad. Nac. Med.* Madrid, 1999, 116 (1). p. 97-145.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Hélio. *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MASSON, Jeffrey Moussaieff. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MATIAS, Aires. *Reflexões sobre a vaidade dos homens*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2004.

MAZZUCA, R.; SCHEJTMAN, F.; ZLOTNIK, M. *Las dos clínicas de Lacan – Introducción a la clínica de los nudos*. Buenos Aires: Editorial Trê Haches, 2000.

MEYER, Catherine (Org.). *Le Livre noir de la psychanalyse*. 2005. Wikipédia. Disponível em: http://fr.wikipedia.org/wiki/Le_Livre_noir_de_la_psychanalyse. Acesso em: 20/03/2012.

MILLER, Jacques-Alain et al. *Neotransferencia: Lalengua de la transferencia en la psicosis*. In: *La psicosis ordinaria - La convención de Antibes*. 1ª ed. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2009. p. 131-158.

MILLER, Jacques-Alain. *Conferencias Porteñas - Tomo 1*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

MILLER, Jacques-Alain. *Conferencias Porteñas - Tomo 2*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

MILLER, Jacques-Alain. *El Otro que no existe y sus comités de ética: Seminario en colaboración con Éric Laurent*. Tradução: Nora González. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MILLER, Jacques-Alain. *Estructura, Desarrollo e Historia – Seminario de investigación sobre la relación de objeto y las formaciones del inconsciente*. In: Grupo de Estudios Lacanianos de Bogotá (GELBO). Santafé de Bogotá, Colombia. Nov. 12 y 13 de 1998.

MILLER, Jacques-Alain. *Lacan Elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

MILLER, Jacques-Alain. *Lógicas do não-saber em Psicanálise*. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 61, Novembro de 2011. p. 09-24.

MILLER, Jacques-Alain. *Los signos del goce: Los cursos psicoanalíticos de Jacques Alain-Miller*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

MILLER, Jacques-Alain. *MATEMAS I*. v. 1. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Jorge Zahar Editor, 1996.

MILLER, Jacques-Alain. *MATEMAS II*. v. 2. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Jorge Zahar Editor, 1996.

MILLER, Jacques-Alain. *O paradoxo de um saber sobre a verdade*. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 61, Novembro de 2011. p. 25-40.

MILLER, Jacques-Alain. *Perspectivas do Seminário 23 de Lacan - o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

MILLER, Jacques-Alain. *Perspectivas do Seminário 5 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Edition, 1999.

MILLER, Jacques-Alain. *Psicoanálisis y sociedad*, Revista Freudiana 44, Barcelona.

MILLER, Jacques-Alain. *Seção I: Estrutura*. In: *Lacan Elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p.17-137.

MILLER, Jacques-Alain. *Seção III: O método psicanalítico*. In: *Lacan Elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p. 221-284.

MILLER, Jacques-Alain. *Todo mundo é louco*. 16^a, 17^a e 18^a Lições. In: *Seminário de Orientação Lacaniana III, 10*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas, 2008.

MILLER, Jacques-Alain. *Scilicet: semblantes e sinthoma*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MOLIÈRE. *O doente imaginário*. Tradução: D. Fresnot. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2005.

MUSKIN; EPSTEIN. Clinical guide to countertransference. In: *Current Psychiatry*. April 2009, p. 24-32.

NOVAES, Adauto (Org.). *A crise da razão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

PECORARO, Rossano. *Os Filósofos - Clássicos da Filosofia*. v. II. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

PIRES, Betty Liseta Marx de Castro. *Uma proposta de ensino para a relação médico-paciente: a Escuta Diagnóstica (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2007.

PIRES, Betty Liseta Marx de Castro. Caso clínico: “Fumo desde um ano de idade!”. In: *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica. v.15, n.3, supl. 1, tema livre n. 85, abr. 2006, p. 56.

PLATÃO. *Menon, de Platão*. In: Resumos comentados. Disponível em: www.passeiweb.com/na_ponta_lingua/livros/resumos_comentarios/m/menom. Acesso em 27/03/2012.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

REALE, Miguel. *Introdução à filosofia*. 4 ed. São Paulo: Saraiva. 2007.

REY, J. M.; DUDLEY, M.J. *No cause for panic, but an incentive to improve clinical practice*. In: MJA - Medical Journal of Australia. Abr 2005. 182 (8). p. 372-379.

RIBEIRO, Renato Janine. *Hobbes: o medo e a esperança*. In: WEFFORT, Francisco Correa. *Os clássicos da política*. V. 1. 14^a. Ed. São Paulo: Ática, 2006.

ROSSMANITH S. *The importance and purpose of medical psychology in the study of medicine*. In: Psychother Psychosom. 1990. 53 (1-4). p. 108-114.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUSSELL, Bertrand. *Introdução à Filosofia Matemática* (1^a ed: 1919). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

RUSSELL, Bertrand. *Por que não sou cristão*. Porto Alegre: L&PM, 2011.

SARAMAGO, José. *A Caverna*. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

SARAMAGO, José. *As intermitências da morte*. São Paulo: Cia. das Letras, 2005.

SARAMAGO, José. *Ensaio sobre a lucidez*. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.

SONEINREICH, Carol; ESTEVÃO, Giordano; SILVA F^o, Luiz de M. A. Ensaio sobre modos de conceber a patologia mental: *Temas – Teoria e Prática do Psiquiatra*, São Paulo, Jan/Dez 2004. Revista oficial de divulgação científica, editada pelo Grupo de Estudos Psiquiátricos do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, p. 60-115.

SÈVE, Lucien; CLEMENT, Catherine B.; BRUNO, Pierre. *Para uma crítica marxista da teoria psicanalítica*. São Paulo: Mandacaru, 1990.

SHAKESPEARE, William. *Júlio César*. Coleção a obra prima de cada autor. São Paulo: Martin Claret, 2007.

TALBOTT, John; HALES, Robert; YUDOFKY, Stuart. *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, Antônio Márcio. *Do tipo clínico como “semblant”*. In: SANTOS, Tania Coelho (Org.). *Inovações no ensino e na pesquisa em psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2009. p. 13-20.

TEIXEIRA, Antônio Márcio. *O topos ético da psicanálise*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TOURAINÉ, Alain. *A busca de si: diálogo sobre o sujeito*. Tradução: Caio Meira. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UFMG. Departamento de Saúde Mental. Ementa da disciplina “Psicologia Médica”. Segundo período. Disponível em: <ftp://ftp.medicina.ufmg.br/sam/arquivos/2011/ATT00033.pdf>. Acesso em 14/06/2012.

UFMG. Departamento de Saúde Mental. Ementa da disciplina “Psicologia Médica Aplicada”. Sétimo período. Disponível em: [ftp://ftp.medicina.ufmg.br/sam/arquivos/2011/Programa PSICOLOGIA MEDICA APLICADA DA 7 per%EDodo 2 semestre de 2011.pdf](ftp://ftp.medicina.ufmg.br/sam/arquivos/2011/Programa%20PSICOLOGIA%20MEDICA%20APLICADA%207%20per%20EDodo%20semestre%20de%202011.pdf). Acesso em 14/06/2012.

VALAS, Patrick. *Freud e a Perversão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

VASCHETTO, Emilio; FARAONI, Jorge. *Del no-grupo al residuo singular: a tres años de una experiencia inédita con pacientes “refractarios”*. In: *Psiquiatría y Psicoanálisis 2*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2008. p. 247-252.

VELLOSO, Sylvio Magalhães in *Semiologia do Estado Mental*. LÓPEZ, Mario; LAURENTYS, José. *Semiologia Médica – As bases do diagnóstico clínico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

VIEIRA, Márcia Rosa. *A psicanálise e o DSM-IV: sabores e dissabores das investigações*. In: SANTOS, Tania Coelho (Org.). *Inovações no ensino e na pesquisa em psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2009. p. 21-32.

VOLTAIRE. *Tratado sobre a tolerância*. Porto Alegre: L&PM, 2010.

WARAICH, Paul *et alii*. *Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic Review of the Literature*. In: *Can J Psychiatry, Canada*, v. 49, n. 2, feb. 2004, p. 124-138.

WARTEL, Roger *et alii*. *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

WEBER, Max. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

WEFFORT, Francisco Correa. *Os clássicos da política*. v. 1 e 2. 14. ed. São Paulo: Ática, 2006.

WEGNER, Lynn Mowbray. *Pediatricians and Antidepressant Medications: Black Box or Black Hole?* In: *American Academy of Pediatrics*. v. 116. 2005. p. 233-235.

WOLKMER, Antônio Carlos (Org.). *Introdução à história do pensamento político*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

APÊNDICE A – Relato de caso clínico: “*Fumo desde um ano de idade*”

Autores:

- PIRES, Betty Liseta Marx de Castro
- SANTO, Daniela Silva do Espírito
- ISSA, Ana Cristina de Azevedo
- FERREIRA, Roberto de Assis
- REZENDE, Nilton Alves

INTRODUÇÃO

Esta paciente foi atendida pelos alunos do oitavo período do curso de Medicina da UFMG, na Disciplina Medicina Geral de Adultos I (MGA-II), que é ministrada paralelamente à Disciplina Medicina Geral de Crianças II, em um Posto de Saúde conveniado com a UFMG. Este grupo de dez alunos foi escolhido como objeto de intervenção numa Pesquisa-Ação de Metodologia Qualitativa, no âmbito do Mestrado em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG. A Ação propriamente dita consistiu na criação de uma Disciplina Experimental em Saúde Mental, no bojo da qual ensejou-se a possibilidade do acontecimento dessa rica experiência e vivência clínica na abordagem do caso relatado.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Identificação: “Sali”, 22 anos, natural e residente em Belo Horizonte, leucodérmica, solteira, segundo grau completo. Profissão: atendente de loja, desempregada há um mês.

Q.P.: “Dor no punho”.

H.M.A.: A paciente localiza exatamente o início do quadro álgico no dia 03 de novembro de 2003, à tarde, quando estava em casa, sem motivo desencadeante. A dor apareceu de repente, sem correlação com algum fator. Nega fatores agravantes e/ou atenuantes. Associada a parestesias e diminuição da força muscular. Lembra-se exatamente da data porque no dia seguinte foi a uma consulta médica. Fez uso de anti-inflamatórios, obtendo apenas discreta melhora. Nega história prévia de trauma, quadro semelhante anterior e não faz uso de qualquer medicação.

H.P.: Tabagista de cinco maços de cigarro por dia, até há cerca de um ano, tendo fumado durante uns 20 anos. Relata ter aprendido a fumar com 1 ano de idade, por incentivo materno. Relatou que sua mãe deu um cigarro para sua irmã mais velha fumar – como esta tossiu e engasgou, deu o cigarro para a paciente, que assim aprendeu a fumar. Sem outras queixas de saúde.

H.S.: Trabalhava como atendente em um restaurante; ficou desempregada há um mês, mas não se diz preocupada, ansiosa nem deprimida por isso, porque já ficou desempregada antes, e ficar desempregada é normal (sic). Informa ter como pagar contas: faz “bicos”.

Exame Físico:

- Aparelho Locomotor – discreta limitação da extensão do punho Dir. , sem sinais flogísticos. Sinal de Tinel positivo. Discreta diminuição da Força Muscular na preensão palmar, sem hipotrofia. Demais articulações livres.

- Exame do Estado Mental – apresentação adequada; postura aparentemente defensiva, segurando a bolsa, com a face avermelhada e bocejando com frequência.
- COONG + ACV + AR + AD : n.d.n.

Perfil Bio-Psico-Social: Paciente é a caçula de 4 filhos, sendo que os três irmãos são filhos de pais diferentes. Ficou órfã de pai aos 6 anos, de idade, mas nunca tivera contato com o mesmo. Quando perguntada sobre a morte do pai, disse que não quis ir ao enterro, por não ter tido muito contato com ele. Foi criada pela mãe e a avó materna. Mãe se casou novamente, mas a paciente não se relaciona bem com o padrasto, por isso foi morar sozinha, há um ano e dois meses. Tem um namorado, vida sexual ativa, não queixa solidão, não demonstra afeto. Sempre teve bom relacionamento com a mãe e irmãos. Tem contato com a família, mas diz gostar de morar sozinha porque a família incomoda, faz muito barulho, etc. Relata ter uma amiga, uma vizinha mais velha, única pessoa a quem faz confidências. Considera-se uma pessoa feliz.

DISCUSSÃO PRÉVIA

A situação clínica suscitou nos alunos a mais ávida curiosidade por deslindar o mistério que o caso nos apresentava: o relato da paciente, quase que “en passant”, na História Progressiva, de que ela fumava desde um ano de idade. Segundo o relato da aluna que entrevistou a paciente, este fato poderia até ter “passado batido”. Isto porque, devido ao despreparo para ouvir essa informação estranha, a aluna poderia ter pensado que entendera mal, que a paciente se equivocara, que a paciente poderia estar tentando “se fazer de importante”, querendo “chamar a atenção”, e por isso não ter dado a atenção devida a essa informação.

Um caso desses é considerado um caso de diagnóstico diferencial difícil pelos critérios diagnósticos da Psiquiatria, por não se apresentarem evidências clínicas que, através de uma Súmula Psicopatológica, ou seja, de um olhar num corte transversal, possibilitassem uma afirmação de um diagnóstico. Usualmente, ficamos limitados a observar a “evolução” do quadro e a “história natural da doença” para, somente no a posteriori, podermos fazer um diagnóstico clínico. Se é descoberta uma etiologia orgânica comprovada, o quadro clínico sai da esfera da Psiquiatria, sendo considerado da Neurologia ou outras especialidades, o que vem explicitar que o diagnóstico Psiquiátrico é de exclusão.

Infelizmente, a Psiquiatria talvez seja a área em que a chamada “Medicina baseada em evidências” ainda seja a mais precária possível, visto que não contamos ainda com elementos diagnósticos ou propedêuticos que não sejam exatamente “pelo negativo”, ou seja, pela exclusão de processos orgânicos. Até uma deflagração de um “processo” no sentido jasperiano, ou da deflagração de um quadro clínico inequívoco, podem se passar longos e penosos anos – tanto para o paciente e para sua família, quanto para o médico - enfim, com prejuízos psíquicos e custos materiais para toda a sociedade.

A aluna, apesar de ter percebido ligeiramente a estranheza do relato, por não se sentir segura no conhecimento da psicopatologia (ou por haver sido advertida previamente por nós em nossa Disciplina experimental), sustentou uma suposição inicial de confiabilidade na boa-fé do relato da paciente, pressupondo que poderia se tratar de uma “fantasia”, uma “invenção”, ou uma “mentira” da qual a própria paciente não tivesse consciência. Por esses motivos, a aluna não insistiu em verificar a veracidade dos fatos, checando versões com eventuais acompanhantes ou colocando em dúvida a confiabilidade no relato da paciente. Se a aluna tivesse ido por essa via, ela poderia estar confrontando um possível delírio, que era justamente a delicada questão diagnóstica que o caso suscitava: **o grau de “plausibilidade” dos fatos narrados** pela paciente.

Até esse momento, o conceito elementar de “DELÍRIO” com o qual se trabalhava era o de **“idéia bizarra”** e se fundamentava meramente em termos quantitativos: “GRAU DE PLAUSIBILIDADE” das idéias relatadas, o que daria a noção de bizarrice. Discutiu-se, por exemplo, se a paciente tivesse dito que teria aprendido a fumar desde os cinco anos e não de um ano de idade, se isso teria suscitado esse **grau de estranhamento** na aluna.

Pelos modernos Manuais Estatísticos de Classificação Diagnóstica em Psiquiatria – os conhecidos DSM-IV e CID-10 – poderíamos levantar várias Hipóteses Diagnósticas inconclusivas, quando não contraditórias entre si:

- 1- Síndrome do Túnel do Carpo
- 2- Transtorno Delirante?
- 3- Transtorno de Personalidade Histriônica?
- 4- Transtorno de Personalidade Esquizóide?
- 5- Alteração permanente de personalidade após experiência catastrófica?
- 6- Outros.

Em todas as Hipóteses relativas à Saúde Mental, verifica-se que o grande dilema diagnóstico concentra-se em torno do conceito de “DELÍRIO”.

a) Para TALBOTT (1992), “Delírios são crenças falsas estáveis que não possuem uma base racional na realidade. São crenças inaceitáveis pela cultura do paciente.”

b) Para VELLOSO (2001), temos que: “Ideias delirantes primárias são alterações do pensamento que aparecem como modificações do seu conteúdo. São interpretações novas, e anômalas, da realidade que surgem de modo incompreensível quanto a sua gênese e que não são derivadas de distúrbios de outras funções psíquicas. Apresentam-se com três características: conteúdo irreal, certeza subjetiva e irreduzibilidade pela argumentação lógica. Não se deve concluir por conteúdo irreal a um primeiro contato com o paciente se o que relata for improvável, mas não impossível ... Mas, em outras ocasiões, o que o paciente afirma não é apenas improvável, mas impossível e irreal ... As outras duas características – certeza subjetiva e irreduzibilidade -, muito ligadas entre si, ocasionam convicção absoluta de parte do paciente, em suas interpretações e deduções – convicção que não se abala, apesar das mais claras e evidentes demonstrações da irrealidade do seu pensamento: pode-se provar, por A mais B, que ele não é Napoleão, como se afirma, continuará seguro na convicção de que o é.”

c) JASPERS(1987) desenvolve os conceitos de “compreender” e “explicar”, tendo nesta última uma pretensa causalidade orgânica ou biológica. As ideias delirantes primárias seriam, além de inexplicáveis, incompreensíveis do ponto-de-vista psicológico.

d) SONENREICH (2004) explicita: “Declarar que as condutas são em grande parte determinadas por “falsas crenças” abre caminho para a terapia cognitiva que remove pela educação, tais falsas crenças.” Ora, diga-se de passagem, como acabamos de ver em VELLOSO, o grau de convicção é inabalável e portanto não é passível de ser tratado pelo cognitivo comportamental.

Assim, vemos que o conceito de **“ideias bizarras” ou “bizarrice”** é atrelado ao **“grau de plausibilidade”**, que por sua vez está diretamente relacionado ao **“grau de estranhamento”** causado no observador. Desta forma, está diretamente relacionado ao sistema de crenças e valores do examinador que é quem vai fazer esta avaliação subjetiva dos fatos aparentes. Não foi meramente casual o fato desse estranhamento causado ter suscitado várias dúvidas: tanto diagnósticas quanto de abordagem e de condução clínica do caso.

Essa postura clínica da aluna consideramos cautelosa e, mais que isso, respeitosa para com a paciente. Foi o que nos ensejou a possibilidade de fazermos a proposta à paciente para a entrevistarmos para a colheita da História de Vida, inclusive na presença de outros alunos, tendo obtido o seu Consentimento Informado prévio sem termos criado constrangimentos. A paciente não nos pareceu ter se considerado ou sentido “invasiva” ou desrespeitada, tendo colaborado com boa vontade, como veremos no relato de sua participação na entrevista a seguir.

MÉTODO: COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA COMO *ESCUITA DIAGNÓSTICA*

Resumo: esta foi a síntese do relato feito pelos alunos que assistiram a entrevista, a qual foi realizada no próprio Posto de Saúde, pela professora da Disciplina Experimental, com o intuito de realizar uma demonstração prática da técnica para os alunos.

Síntese da História de Vida:

Perguntada sobre suas origens familiares, a paciente começou relatando que sua avó materna tinha sido foco de reportagem na revista “Pais e Filhos” porque havia “dado leite” milagrosamente depois de 50 anos, sem ter tido nenhum estímulo como de sucção. Negou que a avó pudesse estar fazendo uso de algum medicamento que provocasse galactorréia.

Relata que cada um dos irmãos era filho de um pai diferente. O pai morreu quando tinha 6 anos de idade. Relata ter sido chamada pelos tios para o velório mas não quis ir porque, se não teve contato com o pai em vida, não seria agora quando morto. Não relata tristeza, ressentimento ou falta em relação ao pai.

Questionada sobre o primeiro episódio do cigarro, relatou que sua mãe havia dado um cigarro para sua irmã mais velha, mas esta engasgou e não soube tragar. Então, a mãe colocou o cigarro na boca da paciente, que contava na época 11 meses de idade, e esta aprendeu a tragar – valida o fato dizendo que os vizinhos podem confirmar. Relata ter fumado o seu cigarro, o da irmã e ainda quis outro. Iniciou o tabagismo incentivada pela mãe, que achava “bonitinho” ver a filha fumar, não demonstrando estranheza com tal acontecimento. Desde então passou a fumar uma média de cinco maços por dia.

Aos dez anos, sua mãe decidiu que não queria mais que a paciente fumasse. Relata que, com tal intento, a mãe pediu a sua tia para segurar a boca de S. aberta, “puxando” a língua para fora de tal modo que pudesse queimá-la com o cigarro aceso. Não demonstrou indignação, raiva ou qualquer emoção em relação ao ato da mãe. Perguntada sobre o que sentiu, disse ter sentido dor. Perguntada sobre o motivo pelo qual a sua mãe teria feito isso, alegou simplesmente que era para ela parar de fumar.

Questionada se achava a vida boa, disse que sim. Descreveu o seu conceito de felicidade com frases feitas, tais como: “paz no mundo” e “um mundo sem violência”, sem colocar nada do ponto-de-vista pessoal ou do seu desejo. Ao ser questionada sobre o que achava ruim na vida, disse: “Guerra, drogas, violência”, não se implicando subjetivamente. Em seguida, perguntamos se ela já havia sofrido alguma violência. Disse que não.

Perguntada se gostava de sua mãe, disse que sim. Questionada se achava que sua mãe gostava dela, respondeu: “Que mãe não ama um filho?” (pergunta retórica). Perguntamos em quem ela confiava, disse que na mãe e na vizinha. Ao ser perguntada em quem ela não confiava, respondeu que na mãe, porque ela era muito “fofoqueira”. Exemplificou relatando que aos 13 anos sua mãe saiu espalhando para a vizinhança que S.

estava grávida e depois a levou ao ginecologista para confirmar se ela ainda era virgem. Mais uma vez, ela não estranhou nem questionou a atitude da mãe, não demonstrando emoção em relação ao acontecimento.

Finalizando, houve um relato unânime entre os observadores (em número de 8) de que as respostas da paciente foram muito concisas. Mostrou-se arredia, fugindo das perguntas que evocavam possíveis sentimentos em relação às pessoas e às situações que vivera. Ela estava aparentemente segura nas respostas, mas parecia não estar expressando sua própria opinião, não se colocava emocionalmente. Usava jargões para se expressar sobre os fatos da vida, como se a opinião não fosse sua ou apenas repetisse a opinião dos outros. Dava respostas curtas e objetivas, como que automaticamente, não demonstrando expressões de sentimentos ou emoções (afeto plano).

Na entrevista, foi possível evidenciar como a paciente percebe e reage às situações: não há envolvimento emocional, não há julgamento crítico das situações, as respostas são superficiais. Passa esta impressão tanto a partir da postura, quanto a partir das falas: respostas feitas, monossilábicas, superficiais. Não demonstra relações afetivas mais profundas com ninguém, inclusive com percepções contraditórias em relação à mãe: ora confia, ora não confia nela.

COMENTÁRIOS

O objetivo desta entrevista – feita pela Professora de Saúde Mental, na presença dos alunos - foi a realização e demonstração prática do que chamamos “*Escuta Diagnóstica*”.

O conceito de “*Escuta Diagnóstica*” em contraposição ao de “*Escuta Terapêutica*” está sendo elaborado atualmente por nós em Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente, na Faculdade de Medicina da UFMG. Estes conceitos foram amplamente debatidos com os alunos, com o objetivo de situar o lugar e o papel do médico clínico em relação às demandas do paciente, a suas próprias expectativas de atender a essas demandas e às inevitáveis questões éticas - intrínsecas, inerentes, inafastáveis, no exercício nobre e digno da profissão médica.

Estas informações qualitativas, colhidas através da História de Vida da paciente, foram trabalhadas conjuntamente com os alunos, no sentido de nortear uma Hipótese Diagnóstica precoce em termos de Estrutura Clínica, conforme a proposta da Psicanálise Lacaniana, tal como formulada em sua chamada “*Primeira Clínica*”.

Esta apresentação de Caso Clínico foi a finalização de um processo de transmissão que se desenvolveu ao longo de todo um semestre letivo, através da Disciplina Experimental criada a partir da constatação de que os alunos tinham alguns conhecimentos teóricos prévios, mas simplesmente não conseguiam perceber a ligação de toda aquela teoria abstrata e as possíveis implicações práticas, trazidas pela sua aplicação na clínica médica. Previamente a esta técnica de demonstração realizada na prática, foram fornecidos aos alunos subsídios teóricos da teoria psicanalítica lacaniana, especificamente em um texto elaborado especialmente para este curso, intitulado “*Transferência e Superego*”, além de amplas discussões acerca de outros casos precedentes.

Haviam ficado bastante evidenciados anteriormente, em uma outra entrevista de outro paciente para colheita de História de Vida, os elementos diagnósticos de uma Estrutura de *Neurose*. As questões qualitativas que, a partir desta nova perspectiva, puderam ser levantadas e debatidas, foram muitas vezes formuladas a partir daquelas discussões prévias, a partir do estudo anterior daquele já citado Caso Clínico de *Neurose*. Os alunos estabeleciam entre eles um certo contraponto, tentando fazer uma “*comparação*”. Muitas vezes o que ocorria era que, exatamente por não se conseguir fazer essa analogia,

ao não se encontrar os elementos procurados, é que se percebia na prática as diferenças nas Estruturas de funcionamento do Aparelho Psíquico dos Sujeitos.

A transmissão dessa experiência ou vivência fecunda só foi possível pela conjunção dos pré-requisitos já citados, ou seja:

- 1 - algum tempo prévio de amadurecimento do aluno na vivência clínica semiológica;
- 2 - uma base teórica prévia de conhecimento da teoria psicanalítica lacaniana;
- 3 - uma boa transferência dos alunos com os professores das Disciplinas MGC-II e MGA-II, trabalhando em colaboração com a Disciplina Experimental;
- 4 - discussões prévias de outros casos clínicos que serviram como referência;
- 5 - e, finalmente, a vivência concreta, na prática, do contato direto com o paciente sob esta nova perspectiva: a proposta de uma “*Escuta Diagnóstica*”, e não terapêutica.

DISCUSSÃO FINAL

Num primeiro momento questionou-se: haveria um “romance familiar” na história dessa paciente? Aparentemente, ela tem a sua versão da história acerca dos pais. O que diferenciaria esse “romance familiar” neste caso, ou o que faltaria nele, que pudesse configurar um indício diagnóstico?

1 - Verificamos que esse sujeito não se questionou sobre o sentido do seu “ser”, da sua existência para o “Outro”, do enigma do desejo do “Outro”. Isso não é colocado em questão, não constitui problema para ele, não o “afeta”. A paciente não se interroga sobre sua estrutura familiar, sobre alguma expectativa de amor e reconhecimento que pudesse sugerir uma versão edípica que desse origem a uma fantasia como fundadora do sentido da vida para esse sujeito.

2 - Os significados Simbólicos dos atos e das palavras são diferentes: por exemplo, o ato relatado de sua mãe “queimar a língua” da paciente não foi considerado ou sentido por ela como “violência”. Eles são qualitativamente distintos, não por não levar em consideração a quantidade ou intensidade, mas exatamente pela qualidade - pela falta de questão sobre o sentido do amor e do desejo, da vida e da morte, que foi percebido, no relato dos alunos, como uma indiferença afetiva.

3 - A posição assumida pela paciente é a de um objeto assujeitado, à mercê do Gozo do “Outro”, sem vontade própria - fenomenologicamente (pela clínica do olhar, da aparência dos fenômenos) “parecia” até sem sentimentos. Essa paciente continua colada na mãe, como objeto - não de desejo da mãe, porque não havia projetos para ela - mas como objeto de uma satisfação particular: do Gozo da mãe. Podemos afirmar isso porque constata-se a ausência absoluta de alguém (Pai) que pudesse sustentar a Separação entre a Mãe e o Filho (S.). A posição declarada pela paciente em relação a sua confiança na mãe é ambivalente: ora confia, ora não confia. A transferência é sentida por ela passivamente, de forma contraditória, paradoxal: ora erotomaniaca, ora persecutória.

4 - Aprofundando-se esta questão teoricamente, pudemos vislumbrar as implicações que este tipo de reação transferencial pode ter para a abordagem do paciente: tanto para o esclarecimento diagnóstico da queixa principal (- poderia aquela dor no punho ser fruto de uma hipocondria delirante? - qual o grau de aprofundamento na propedêutica complementar para o caso?), quanto para o tipo de comportamento na aderência terapêutica mais observado neste grupo de pacientes.

5 - Essas considerações nos levaram a fazer, em termos Estruturais, uma suposição diagnóstica da ordem da *Psicose*. Ou seja, apesar desta paciente não evidenciar um franco “surto” psicótico, (onde aí se evidenciariam clinicamente os elementos necessários para o preenchimento dos critérios diagnósticos estabelecidos pela Psiquiatria), já temos elementos

qualitativos que nos permitem afirmar se tratar de um delírio primário, e não, como se havia suposto previamente, uma “invenção” (feita pela paciente) da ordem da “mitomania histórica”, ou talvez mesmo de algum tipo dos chamados “transtornos de personalidade.”.

6 - Como vimos, as discussões acerca do conceito de “Delírio” são absolutamente extensas, perpassando toda a história da Psiquiatria, desde Pinel até os dias atuais. Exatamente porque as ideias delirantes costumam estar imbricadas com ideias sócio-culturais e crenças religiosas culturalmente aceitas e compartilhadas, elas nos trazem incertezas diagnósticas cruciais e muitas vezes prolongadas.

A partir da corrente antropológica estruturalista de Claude Lévi-Strauss, Lacan fez uma releitura da psicanálise freudiana desenvolvendo, na sua chamada “Primeira Clínica”, os conceitos de Estruturas Clínicas. Esta nova “chave-de-leitura”, que nos permite formular um diagnóstico estrutural, vem abrir as portas para a possibilidade de suspeitas diagnósticas mais precoces.

Esta possibilidade de um diagnóstico mais precoce se torna mais premente nos dias atuais, em que houve finalmente o reconhecimento público pelo F. D. A. - órgão máximo de legislação sobre o uso de drogas, americano e de reconhecimento internacional – de que o uso de anti-depressivos pode induzir ao suicídio em pacientes considerados grupos de risco como infância e adolescência, e em pacientes “predispostos”. Quais seriam esses possíveis pacientes “predispostos”?

Sabemos, desde a Psiquiatria Clássica, que há uma prevalência aumentada de Transtornos do Humor nos familiares de pacientes com doenças afetivas. Se essa relação familiar é estatisticamente comprovada, pesquisa-se hoje em Genética a Biologia Molecular (CORREA) que seria responsável pela herança. Infelizmente, do ponto-de-vista da clínica ainda não atingimos nada de concreto. E ainda resta uma indagação: caso venha a ser descoberta uma propensão genética aumentada para quadro depressivo, ou temperamento impulsivo, ou para risco de auto-extermínio, quais as possíveis implicações éticas na abordagem e eventuais esclarecimentos desse paciente quanto ao prognóstico?

RESULTADOS

Com esses novos pressupostos teóricos e através da proposta de uma “*Escuta Diagnóstica*”, pudemos formular precocemente uma Hipótese Diagnóstica de Estrutura de *Psicose* - que pode vir a se desencadear, ou não, futuramente. Caso venha a se desencadear, poderíamos dizer que se trataria de uma *Psicose* “Não-Desencadeada” ou “Pré-*Psicose*”. Obtivemos, com esta técnica de investigação, uma história clínica rica que nos trouxe muito mais elementos para configurar com mais clareza a hipótese de Ideia Delirante Primária, sem nos apoiarmos apenas no julgamento subjetivo do examinador.

Acrescentemos a isso que, pela própria questão estrutural, o delírio é irremovível. Ele não é atingível pela abordagem cognitivo-comportamental e, se confrontado, pode comprometer gravemente a relação médico-paciente e a aderência terapêutica, que já costuma ser precária.

Concluindo, pudemos verificar as implicações de como esse conhecimento prévio pode auxiliar a prática médica no sentido de nos acautelarmos, nos deixando mais atentos às diferenças estruturais de funcionamento psíquico dos seres humanos. Com este diagnóstico estrutural precoce poderíamos prevenir desgastes psíquicos e materiais desnecessários tanto para o paciente e sua família quanto para nós médicos e a sociedade, quando não prevenir até mesmo eventuais iatrogenias pela palavra.

RESUMO PARA TEMA LIVRE

Publicado em Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica. v.15, n.3, supl. 1, tema livre n. 85, abr. 2006, p. 56.

Título: CASO CLÍNICO: “FUMO DESDE UM ANO DE IDADE!”

Autores: - PIRES, Betty Liseta Marx de Castro
- FERREIRA, Roberto Assis
- RESENDE, Nilton Alves
- SANTO, Daniela Silva do Espírito
- ISSA, Ana Cristina de Azevedo

Corpo do Resumo:

- Introdução:

O caso clínico apresentado despertou a curiosidade da aluna do oitavo período do curso de Medicina da UFMG por um achado fortuito durante a anamnese, quando na História Progressiva, foi feita a pergunta de rotina sobre tabagismo. A resposta intrigante da paciente suscitou um debate sobre o diagnóstico diferencial entre as hipóteses levantadas: mentira, fantasia ou delírio? O conceito de Delírio é um tema vasto e instigante; os critérios diagnósticos estabelecidos pelas modernas Classificações Diagnósticas Estatísticas em Psiquiatria não são suficientemente claros ou precisos porque são apoiados em noções quantitativas.

Através deste Caso Clínico demonstrou-se a possibilidade de utilizar a colheita da História de Vida como instrumento para um diagnóstico precoce em Saúde Mental, formulado em termos qualitativos pelo emprego da teoria psicanalítica lacaniana. Os autores re-examinaram os conceitos e as hipóteses diagnósticas utilizando uma metodologia que denominaram “*Escuta Diagnóstica*”, à luz da teoria psicanalítica lacaniana em sua proposta do Diagnóstico Estrutural formulada na chamada “Primeira Clínica” de Lacan.

- Metodologia:

A entrevista diagnóstica intitulada “Colheita da História de Vida” foi realizada pela professora de Saúde Mental após a obtenção do Consentimento Informado da paciente, perante os demais alunos do grupo, para demonstração da técnica. A escuta, feita com base na teoria psicanalítica lacaniana estudada previamente com os alunos, teve a finalidade diagnóstica. Esta entrevista foi parte integrante de uma Disciplina Experimental em Saúde Mental, no bojo de uma Pesquisa-Ação de Metodologia Qualitativa, projetada para a Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFMG.

- Resultados:

Após a apresentação do caso, tendo sido obtidas novas informações, foi possível formular com mais segurança uma Hipótese para o chamado “Diagnóstico Estrutural” da ordem da *Psicose*, devido essencialmente ao conceito teórico da *forclusão do Nome-do-Pai*.

- Conclusões:

A introdução da “*Escuta Diagnóstica*”, conjugada com a formulação do Diagnóstico Estrutural proposto por Lacan, possibilita estabelecer diagnósticos precoces em Saúde Mental, o que abre possibilidades para a prática médica. Isso se traduz em termos de abordagem do paciente, conhecimento do vínculo transferencial para manejo terapêutico, estabelecimento da propedêutica e do prognóstico, incluindo até mesmo a descoberta mais precoce dos chamados pacientes “predispostos” para o risco de suicídio.

APÊNDICE B – Transcrição da Defesa de Tese (Aula Magna)

O título é “*A necessidade da aplicação - do procedimento que foi criado por nós no Mestrado, chamado: a Escuta Diagnóstica para a abordagem precoce em Saúde Mental na Atenção Primária e a viabilidade de sua aplicação no ensino médico*”.

Foi um percurso razoavelmente longo de construção experimental e teórica. Foi iniciado com uma dissertação de Mestrado, no qual foi feita uma pesquisa-ação com Metodologia Clínico-Qualitativa, baseada na contribuição relevante do professor Bruno, aqui presente, e no livro do professor Turato, que nós deu a metodologia necessária para iniciarmos o trabalho que foi concluído no Mestrado em 2007, e no qual este aprofundamento teórico atual, que é o Ensaio Teórico, se baseou para tentar embasar os argumentos teoricamente.

Tudo começou com Freud, que veio “bagunçar o coreto” todo da ciência. Historicamente, nós temos aqui o paradigma da ciência moderna que começou a ser instituído a partir do século XIX dentro da Psiquiatria e tem toda uma vertente que é a considerada hegemônica dentro da ciência. Acontece que Sigmund Freud começou a falar umas coisas que vieram complicar este pensamento positivista. E nós nos apoiamos então em um dos seus trabalhos sobre a *pulsão de morte*, que deve ser mais amplamente conhecido, este conflito do *sujeito* consigo mesmo e também com a civilização no seu famoso texto “O mal-estar da civilização”, de 1929-30. Aproveitando a contribuição de Jacques Lacan, em 1932, ele inaugurou a obra dele com a sua brilhante tese de Doutorado, pois na época ele ainda era um psiquiatra, chamada “Da Psicose paranoica em suas relações com a personalidade”. Olha que Lacan já começou esta história de personalidade desde 1932, e até hoje a Psiquiatria não chegou a nenhum consenso. Alias, o DSM-V não saiu também por causa da falta de consenso sobre os conceitos de personalidade. Em resumo, de uma forma muito sucinta, tirando aqueles aforismos lacanianos que todos já devem ter ouvido falar, “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, e outros que não aprofundaremos no momento, para então partirmos desta descoberta privilegiada.

E por que falamos que é dividido pela linguagem? Olha que curioso: isto é difícil de ser entendido e transmitido no ensino, mas não é impossível. E é por aí que nós vamos tecer um fio condutor.

A primeira coisa que nós temos que definir é que esta tese foi baseada em duas metodologias diferentes. A primeira, como eu disse, foi uma metodologia experimental, que foi uma pesquisa-ação, onde já na dissertação de Mestrado amplamente discutida, que

propôs a *Escuta Diagnóstica* como uma proposta de ensino na época, o título dela foi uma proposta de ensino para a relação médico-paciente. E agora, como pelo menos eu não me dei por satisfeita por isso, achei por bem fazer um embasamento teórico como aprofundamento, que é este presente ensaio. Ambas as metodologias apontaram para isto: existe um *furo no saber*. Este é que e o complicador, que é o paradoxo, que vem complicar a situação do ponto de vista operacional, mas não é um impossível a ser pensado dentro de uma Academia que se pretende propícia à abertura do pensamento. E este *furo no saber* que emergiu desde a pesquisa-ação, quando ao se fazer uma trivialização da *transferência* como foi aprofundado na tese, propondo-se ao paciente enquanto *sujeito* a ser escutado, no seu relato, do que denominamos uma *colheita de história de vida*.

Este paciente era ouvido, ou melhor dizendo a meu ver, escutado, simultaneamente pelo grupo de dez alunos. Então o *paciente-sujeito* é representado por aquele anel central, com dez alunos e um professor na roda, em torno. O professor era apenas um veículo de formulação de perguntas e os alunos poderiam, a qualquer momento (e claro que teve toda uma preparação teórica preliminar), mas culminou com este procedimento que foi uma entrevista feita pelo grupo de dez alunos em conjunto com o professor. Bom, é claro que foi com Termo de Consentimento Esclarecido, tanto dos alunos participantes quanto dos pacientes, e é uma coisa absolutamente viável, factível, exequível, desde que haja interesse e desejo dos participantes. Nenhum dos pacientes aos quais eu propus, durante a minha vida profissional e docente, nunca se recusou – curiosamente – a participar.

Não vou entrar em detalhes mais específicos da metodologia do Mestrado, mas está tudo publicado na internet desde 2007. O certo é que quando o paciente era entrevistado, imediatamente após a saída dele, nós nos reuníamos numa discussão conjunta e era curioso observar que cada aluno tinha uma versão diferente. Cada um tinha “pescado” uma coisa diferente da fala daquele único *sujeito*, simultaneamente. Então, isto foi uma discussão conjunta imediatamente após a entrevista. Numa outra oportunidade eles fizeram um relatório por escrito, e aí nós fizemos uma construção teórica do caso clínico, baseada nos relatórios que os alunos tinham feito, demonstrando que havia um *furo no saber*, que nem todo mundo tinha escutado as mesmas coisas e, por incrível que pareça, em momentos, a mesma coisa dita pelo paciente era escutada de formas paradoxalmente contraditórias, eram falas que levavam a uma ambiguidade semântica. Então, o que fazer com isso? Qual era a “verdade”? Esta era a questão levantada pelos alunos. Então isto era uma elaboração teórica conjunta, em que na metodologia da pesquisa-ação eles elaboraram primeiro um paciente que tinha suspeita de *estrutura clínica* de Neurose, e depois a professora Mirtes me

deu a honra e a graça de me indicar um paciente que tinha uma suspeita de Psicose, e realmente na entrevista foi comprovado, está publicado como anexo desta tese o relato da entrevista na estrutura da Psicose, como se faz este diagnóstico diferencial.

O certo é que aqui nós podemos ver que tem uma linha tracejada e interrompida que quer dizer o quê? O que nós vamos apontar como sendo o *muro da linguagem*. Esta comunicação ela não é plena, ela não é uma comunicação consistente, vamos examinar isto pela via da Teoria do Conhecimento. E, curiosamente, como um Ensaio Teórico também é uma comunicação - certamente um dos examinadores ou um cada um dos leitores de cada coisa vai escutar mais uma coisa do que outra - e é interessante exatamente este compartilhamento destas escutas. É isto que enriquece o trabalho, que abre novas perspectivas, porque senão vamos ficar repetindo o mesmo para sempre.

Com relação aos *estatutos epistemológicos*, foi necessário relatar que há uma diferença entre os *Objetos* e os *Objetivos*. Se tomarmos pela vertente dos *Objetos*, veremos que há dois *Objetos*, sendo que o *Objeto* doença é da ordem da Psiquiatria e da neurociência, e o *Objeto* doente pode ser atrelado à questão da Saúde Mental. Por quê foi necessário fazer isto? Porque é questão de metodologia também. Para quê que nós precisamos separar isto? Porque o *Objetivo* do *Objeto* doença é criar bases de dados para pesquisas. Não estou falando que não sejam necessários. E claro que são necessárias. Deve existir alguma doença em Psiquiatria. Mas, curiosamente, por mais incrível que possa parecer, até hoje não foi confirmado nenhum substrato anatomopatológico que seja incontroverso. As pesquisas continuam, procura-se um substrato para, por exemplo, o transtorno de personalidade, para doenças gravíssimas que devem ser doenças sim, mas infelizmente até hoje, as classificações diagnósticas em Psiquiatria, elas não se baseiam no substrato anatomopatológico. Elas se baseiam, como estamos até agora no DSM-4 emperrados há quase dez anos, porque não tem consenso, elas se baseiam em aparências de sintomas. São critérios baseados apenas na clínica do olhar, nas aparências. E isso dá uma vertente que dá um reflexo na visão de mundo, mas eu não quero aprofundar muitos conceitos ainda.

Do ponto de vista da doença, este *Objeto* seria universalizável, seria uma doença comum, e então isto poderia ser *quantitativamente* examinado do ponto de vista estatístico e epidemiológico, com um pretense rigor matemático. Por outro lado, aqui este *Objeto* é um *Objeto qualitativo*, que escapa à compreensão. Jaspers tentou, com sua fenomenologia, criar uma teoria da compreensão. Mas este *Objeto Qualitativo* escapa à nossa compreensão. O que nos autoriza portanto, a diferenciar estes *Objetos* pela falta de um substrato

confirmado. Se não tem o substrato, há aqui uma pretensão teórica, uma hipótese científica teórica do *Objeto* doença. E aqui é uma outra pretensão, de um *Objeto* que é um *sujeito*.

Vamos nos deter agora nesta querela infinita, que é o que é “normal” e o que é “patológico” em Saúde Mental. Isto aí vem desde sempre e continuará para sempre, porque nós mesmos às vezes temos dúvidas até que ponto somos normais ou não, mas de modo geral, se pode dizer que a tendência natural da gente é de achar que o normal somos nós, não é? Nós mesmos é que somos a referência do padrão de normalidade. E não vamos entrar nos autores todos, o certo é que não existe uma definição estatístico-epidemiológica cientificamente embasada, muito menos com substrato anatomopatológico confirmado.

Então nós vamos considerar que Kurt Schneider, que foi um psiquiatra brilhante, ele começou a trabalhar esta questão de Transtornos de Personalidade, e ele criou este conceito de *Reações Vivenciais Anormais* em pacientes, por exemplo, oligofrênicos. Em pacientes como déficits cognitivos, em pacientes idosos, com quadros de *delirium*. Em quadros neurológicos, ele começou a diferenciar isto. Infelizmente está assim até hoje. Não se chegou a um consenso, as pesquisas atuais atualizadíssimas continuam debatendo, dentro do *continuum kraepelineano*, das *Psicoses Funcionais*, uma *Bipolaridade “soft”*, até que ponto esse Transtorno de Personalidade não é possível configurar um embasamento orgânico.

Portanto, nós temos que partir do que nós temos. O que nós temos aqui? O diagnóstico psiquiátrico. Infelizmente, ele é de exclusão de quadros orgânicos. É óbvio que, se você tem um quadro orgânico, a coisa passa para a ordem da Neurologia, então vamos pensar que é da área da Neurologia e das Neurociências. O diagnóstico psiquiátrico em si acaba sendo *a posteriori*. Ele só pode ser feito depois que você faz uma coleta da história da moléstia atual que às vezes leva anos ou décadas, especialmente na adolescência, que a uma faixa etária de alto risco, e em que eclodem, às vezes, como se fosse um relâmpago em céu claro, surtos psicóticos em que o paciente *passa ao ato*, e muitas vezes ele fica com um quadro indefinido, sem um diagnóstico consistente, sendo medicalizado de uma maneira incoerente às vezes.

É bom lembrar que dentro da Psiquiatria proliferam as ambiguidades teóricas, os conceitos. Por exemplo: *primário*. Primário, em Psiquiatria, e interpretado por alguns como sendo orgânico localizado no cérebro. E às vezes, quando os autores estão falando em primário, eles estão falando como na velha clínica: primário, idiopático ou essencial. Não sabemos o que que é isso ainda. Temos esperança de que venhamos a saber. Então, tem essa confusão. Quando vocês vão em congressos, é um tal de “primário” toda hora, como se fosse cérebro. Não necessariamente. A questão das personalidades também agora

proliferam: já ouvi falar agora até de uma tal de “personalidade serotoninérgica” - quer dizer, proliferam, vão se criando castelos de areia. O conceito de *Consciência* é básico: não se pode ensinar “*Consciência do Eu*” do ponto de vista da fenomenologia Jasperiana, na psicopatologia clássica da Psiquiatria, se antes o aluno não souber o quê que é “*Nível de Consciência Neurológico*”. Então tem uma inversão de ordem de hierarquia da semiologia, no ensino da Semiologia curricular. É óbvio que para se ensinar Semiologia Psiquiátrica, o aluno teria que ter Semiologia Neurológica antes, pois se é um diagnóstico de exclusão, como é que o aluno vai saber o que é que é “*Atenção*”, o que é “*Nível de Consciência*”, e já vai aprender a rotular aparências de sintomas? Então vamos por partes: o diagnóstico psiquiátrico de uma doença, ele é, por definição, tardio.

Se a gente separar estes dois *Objetos* então, na coluna da Doença pode-se alinhar a ciência, as necessidades para pesquisas, os bancos de dados quantitativos e tem pressupostos de uma universalização, de uma normatização do *Indivíduo* dentro de normas coletivas sociais. Este seria o *Indivíduo* passível de ser enquadrado, formatado. Ele teria que se comportar dentro de normas, então é adequado e pertinente, na Psicologia cognitivo-comportamental, reflexológica deste Pavlov que começou esta história. Pavlov e outros. Do ponto de vista do Doente, aí a medicina não pode ser só ciência. Tem alguma coisa que extrapola, que escapa ou que manca, que deixa precária às vezes os instrumentos que a gente teria para fazer a abordagem a um paciente. Os alunos sentem esta dificuldade com razão. Então, do ponto de vista do Doente seria uma arte. Então, nós temos que empregar um artifício, que é a *Escuta Diagnóstica*. Que é a proposta. Então há a necessidade de abordagem deste *sujeito*, que é da ordem qualitativa, que é um *sujeito* único no mundo. Pode não ser nada, mas nunca tem um nada igual a outro, como dizia Saramago. E este *sujeito* aí é que é aprofundado pela Psicanálise.

Portanto, na Atenção Primária em Saúde Mental nós temos uma vasta gama de pacientes, especialmente na faixa etária da adolescência, que podem inspirar cuidados - com os quais temos que ter precaução, tato, delicadeza para lidar com estes pacientes porque nós ainda não sabemos um diagnóstico de certeza. Nós temos que tatear no escuro. Como? Nós temos que saber como abordar um *sujeito* desses, que está numa fase as vezes tão delicada.

Se nós pensarmos na Saúde Mental na Atenção Primária com o *Objetivo* apenas terapêutico, então nós não vamos nem escutar o paciente. Nós já vamos partir para um paciente normativizável, do ponto de vista até foucaultiano, numa terapia cognitivo-comportamental. Ou seja: vamos aconselhar. Aí pressupõe-se jasperianamente e

corretamente que haja a necessidade de um certo grau de *empatia* – claro – mas esta *empatia* tem que ser relativa. Não pode ser da ordem da *identificação*. Esta questão da *identificação ao sujeito* – do *paciente-sujeito* e do *médico-sujeito* – é um risco para os próprios pacientes. Nós vamos aprofundar nisto depois.

Enquanto que se o nosso *Objetivo* é uma *Escuta Diagnóstica*, pode ter uma catarse, um efeito até de sugestão inadvertidamente, mas o *Objetivo* não é terapêutico, o *Objetivo* preliminar ele é de um diagnóstico de *Estrutura Clínica*. Então a *Escuta Diagnóstica* é baseada em uma *não-identidade* entre os *sujeitos*. Uma separação entre aquele paciente enquanto *sujeito* ali e um, e nós os observadores: o médico, o aluno - é um *sujeito* diferente do outro. Então essa *não-identidade* é uma separação fundamental a ser atingida. Não meramente porque seja uma imposição teórica não, porque a Psicanálise já descobriu que no fundo ninguém tem identidade, vamos dizer assim. Nós chegaremos lá pelo aprofundamento da Psicanálise.

Lacan se referiu a estas divergências como sendo de “duas dialéticas diferentes”. Tem uma dialética de um *indivíduo*, que é sim social, que é sim uma categoria, que pode estar passível de ser categorizável, mas que pretende uma identidade de grupo, pretende um compartilhamento coletivo, um compartilhamento que é favorável a uma identificação. São grupos. E é a estes aí que nós daremos o nome de *indivíduos*, para fins de pensamento nesta tese. Na psicanálise nós vamos dar o nome de *sujeito*, mas para quê? Não apenas porque ele é o sujeito, o dono do seu próprio desejo, do ponto de vista sociológico como alguns querem - como ele é capaz de agir na realidade ou não. É porque ele é dividido pela linguagem, e como tal, esta divisão o faz falar!

Começamos a fazer um aprofundamento teórico a partir da Teoria do Conhecimento com o Paradoxo de Russell, que foi apontado pelo próprio Lacan. Este Paradoxo, que Bertrand Russell descobriu em 1901, é: “*a lista das listas que não se incluem a si mesmas*”, ou “*o catálogo dos catálogos que não se incluem a si mesmos*”. É uma coisa que está dentro e fora de um próprio conjunto, e é um paradoxo insolúvel. Russell apontou este paradoxo e falou mais ou menos assim: - Gente, mas isto é um perigo! Para nossa ciência, em que nós precisamos de uma lógica matemática e o nome do livro dele é *Filosofia Matemática*, nós precisamos de uma lógica que seja contábil, nós precisamos excluir este paradoxo. Então vamos fazer de conta que isto não existe, para poder criar uma ciência que seja *positivista*: que seja possível para a gente normatizar esta ordem simbólica. Então acontece que isto foi uma conveniência, isto foi uma escolha que ele mesmo, Bertrand Russell, famoso e livre pensador, convencionou: “Eu não posso escolher assim, porque eu

estou preferindo seguir nessa linha” - quer dizer, ele abriu a porta e fechou. Ele ficou só do lado de cá. “Não vou mexer com isso não, senão vai ficar complicado demais. Eu preciso desenvolver esse conjunto aqui da ordem simbólica como se fosse um conjunto fechado, não um universo infinito”.

E aí o máximo que eu consegui fazer de analogia - porque a Banca de Qualificação me pediu para que eu trocasse em miúdos para que esse texto fosse passível de ser lido por médicos - foi fazer uma analogia que eu não constei no texto, eu não sei se seria muito grosseira esta minha analogia, mas talvez facilite de alguma forma, falar que: *o ponto cego na retina* seria uma equivalência desse *furo na ordem do saber*. Para fazer uma consistência de um campo visual, por incrível que pareça, ***é necessário um ponto cego na retina***. Para fazer alguma certa, uma relativa consistência de uma ordem simbólica, na tentativa de se estabelecer uma linguagem que faça consistir algum tipo de Laço Social possível, *é necessário haver este furo* no Simbólico, o que Lacan chamou de *muro da linguagem*.

Então quando se vai fazer uma *Escuta Diagnóstica*, nós não estamos remetendo a meramente a filosofia desde os gregos não. Nós queremos saber por quê ou para quê *aquele sujeito* em questão fala. Porque nós todos falamos usando as mesmas palavras, mas nossos discursos podem ter significados e *Estruturas* diferentes, fazemos *transferências* diferentes. Quando Freud escreveu nos “Artigos sobre a técnica” sobre *transferência*, foi sob o enfoque da Estrutura da Neurose, que é a qual a psicanálise melhor se aplica. Então ele escreveu nas *Entrevistas Preliminares* uma advertência: não interpretem antes que haja uma *transferência* confirmada. Ora, então como você vai saber quando que houve uma *transferência* confirmada? Que os iniciantes ficam com esta dúvida, não é? Então Freud foi gênio, mas ele foi mortal, infelizmente. Lacan veio aprimorar a obra freudiana com esta sua célebre descoberta: que *“o significante é o que representa um sujeito para outro significante”*. Isto é uma outra forma de dizer que o sujeito, ele *não tem uma identidade simbólica* que seja representável de uma forma totalizante. É impossível dizer o que o *sujeito* é.

Então quando ele faz uma interrogação na Neurose, ele está perguntando *quem* é que ele é? O adolescente não joga na cara dos pais que ele “não pediu para nascer?” Ele quer saber é quem ele é: -“quem *eu* sou?” Qual a minha potencialidade enquanto ser humano. O quê que *eu* estou fazendo aqui? O quê que *eu* vou fazer? Esta é a dúvida na estrutura da Neurose, que é a mais conhecida, porque é a mais prevalente. E essa pergunta sobre o saber é que remete um *sujeito* a esta busca incessante do desejo. O saber que é construído na

fantasia inconsciente do neurótico – de cunho edipiano – é fundado *sobre este furo no saber*. Assim como nas outras estruturas: o *furo no saber* é da ordem estrutural da linguagem. Então a *colheita da História de Vida* é um artifício utilizado como uma estratégia de abordagem, para constituir algum tipo de Laço Social que possa emergir, que possa vir a ser possível para cada sujeito, segundo a sua *Estrutura Clínica*. A psicanálise lacaniana contribui com esta perspectiva de que o *sujeito* falante fala porque a linguagem é ambígua, porque da linguagem sempre escapará algum resto, alguma coisa que seja impossível de dizer, alguma coisa da ordem do impossível a ser dito, ou talvez até mesmo sequer pensado. Como dizia Jaspers, “*sentimento é tudo aquilo que não se pode chamar de outro modo*”. Oh! Que definição!

Então, o *muro da linguagem e o mal-entendido fundamental* da comunicação, é isto o que preserva a nossa pretensa separação do mundo externo, que é íntimo, que é privado (e que ninguém sabe o que eu estou pensando). Então na ordem da Neurose, nosso Laço Social é da ordem do semblante - por quê? Porque eu sei algumas coisas minhas, mas que eu não tenho coragem de confessar nem para mim mesma, quanto mais para os outros. Na Psicose não tem esse muro. O significante não dá margem à ambiguidade. Ele tende a uma univocidade. Então enquanto na estrutura da Neurose o *sujeito* vacila, ele tem dúvidas sobre o amor do outro (aquele: “ele me ama mesmo, ou só está interessado em se aproveitar de mim?”), que é a celebre dúvida do sexo feminino, não é? Então nós temos basicamente três *Estruturas Clínicas* que foram descritas por Lacan em seu primeiro ensino, e que ele mesmo não se superou. Ele não abandonou isso ao fazer o seu segundo ensino - a teoria dos “Nós”: Simbólico, Imaginário e Real - de forma alguma, ele apenas aperfeiçoou. Mas na prática clínica, no Real ali da dificuldade de fazer o quê, e o medo do risco para o paciente, nós temos que ter algum rumo, alguma bússola que nós oriente.

Então na Neurose quando a gente colhe uma história de vida e na construção teórica conjunta do caso clínico com os alunos, fica escancarado o cunho edipiano no romance familiar – o que foi descrito na dissertação de Mestrado. E depois? Os alunos ficam procurando e não acham! Vamos então analisar o caso clínico com suspeita de estrutura de Psicose no anexo da tese. Há um tratamento possível. Ninguém está falando que vamos curar a Psicose não. É claro que nós utilizamos medicamentos, mas o significado, a representação simbólica que aquele medicamento tem para aquele sujeito, nunca é a mesma. Isto se vê flagrantemente na Psicose. Enquanto na Neurose fica um pouco confusa, se e até que ponto é feita uma certa sugestão, na Psicose isto é escancarado! O paciente tem o

direito e precisa dar a sua opinião sobre a sua própria medicação, senão você não consegue tratar nenhum paciente psicótico.

Já na Perversão, infelizmente nós não temos pacientes que demandem, porque pela própria estrutura da Perversão, é como se ele ficasse naquela escolha Russelliana: “vou fingir, fazer-de-conta que o não-saber não existe, porque para mim eu sou o “dono da verdade”“. Então pronto, está acabado, então eu não preciso de ajuda porque eu sou “o tal”. “Eu me acho” e sei que não preciso de ninguém para me ajudar em nada. Então não tem demanda. Na minha tese anterior eu tinha aprofundado um pouco sobre o traço de perversão na Neurose e como a Perversão exerce *um estranho fascínio* sobre a estrutura da Neurose. Mas, para os fins para que se propõe esta tese, nós vamos restringir a falar que a abordagem da perversão como estrutura, a psicopatia, é uma abordagem impossível, tanto psiquiátrica quanto psicanaliticamente, mas traz estes vieses de confusão com os Transtornos de Personalidade, que estão aí em fase de pesquisa eterna.

Na psicanálise foi proposto então por Miller este termo – “loucura genérica” – o que seria isto? Seria o seguinte: se nós temos praticamente os três registros (um Imaginário, um Simbólico e um Real), nós na Neurose fazemos um amarramento com o Sintoma, de repente há situações de vida em que a gente fica fora de si, a gente “pira o cabeça”, a gente “*desamarra os nós*”, então a gente pode chegar num ponto de desestabilização, que na Neurose é momentânea, é transitória, e passageira. Mas nós podemos fazer esta hipótese de um ponto zero, que seria o *umbigo do sonho*, que seria este ponto de *furo no saber*, em que o *sujeito* se perde, ele se desestabiliza. Vamos supor que todos ao mesmo tempo fizessem isto. Teoricamente, sempre vamos repetir os nossos sintomas, de acordo com as nossas estruturas prévias. Mesmo que mudando as aparências, mas a estrutura vai ser a de Neurose, vai ser a de um sintoma Neurótico, vai ser a de um sintoma Psicótico.

Portanto, nós podemos propor a *transferência* de uma forma mais ampla que apenas aquela *transferência* de amor que Freud elaborou magistralmente, mas que ficou restrita à Neurose. Nós podemos verificar que há uma *transferência* na Psicose também, ela apenas é diferente. E ela é sempre uma amarração que é sempre *tangencial ao saber*. Não é possível que a palavra que um profira seja a mesma palavra que o outro escute, porque não é o mesmo significante para todos. E *isso* é o que ensaja, o que possibilita algum Laço Social possível: exatamente a ambiguidade, e o equívoco do significante. “Será que o outro está querendo dizer aquilo que eu tinha pensado que ele tinha falado comigo?” e a coisa vai deslizando, este desejo vai nas entrelinhas.

Em resumo: é possível se fazer uma abordagem dentro de um Laço Social possível para aquele *sujeito* específico em questão. Sem entrar na ordem do terapêutico, da identificação e de um aconselhamento coercitivo. O *sujeito* é capaz de falar e ele precisa ser escutado do jeito dele, e não do nosso jeito. Então Miller argui a possibilidade de um ensino, então como que vamos poder ensinar alguma coisa? Será que é impossível ensinar? É claro que é possível ensinar! Isto já foi demonstrado na Metodologia Clínico-Qualitativa, como que isto se dá numa construção conjunta de um Conhecimento, mesmo que não seja um conhecimento estatístico. E Celso Rennó Lima então nos deu esta preciosa indicação de que: “há pontos de encontro, exatamente pelo fato de serem sempre faltosos, e que eles propiciam alguma, *acenam alguma possibilidade, de uma certa realização*”.

Se nós formos pensar em termos destas dimensões: o anel do “I” é o Imaginário, o do “S” é o do Simbólico, e o do “R” é o Real, que o impossível a ser atingido porque o Real é diferente para cada um dos sujeitos. Ou é um Real único que é inatingível por todos, o que dá na mesma. Então no nível do Imaginário nós poderíamos colocar uma *transferência* na Neurose, uma *transferência* que é da ordem do imaginário. O *muro da linguagem* estaria na dimensão do Simbólico, que é esta falta de significação, que é um furo no saber, que é ao mesmo tempo dentro-e-fora do conjunto que permeia esta ambiguidade semântica. Portanto, é a partir desses três registros que algum Laço Social é possível.

Vamos para os **Resultados**: um processo de construção começou com uma metodologia experimental na pesquisa-ação, demonstrando um *furo no saber*, passível de ser constatado por todos os alunos, foi evidenciado - como eu coloquei na tese - como se fossem “*cegos palpando um elefante*”: cada um pegava numa parte. Depois neste Ensaio Teórico nós aprofundamos na Teoria do Conhecimento a partir do paradoxo de Russell, demonstrando que há uma inconsistência da ordem lógico-estrutural que é o próprio paradoxo lógico do Simbólico. O Simbólico tem um *ponto cego*, que é este vazio de significação, que é o *muro da linguagem*. E este *muro da linguagem* propicia esta “coisa”, *Das ding* freudiana, que é passível de ser abordada, se ao *sujeito* falante for propiciada uma oportunidade para que ele fale e construa uma versão. Quem seria este sujeito? Qual seria a *Estrutura* deste *sujeito*?

Se a gente separar de um lado os Objetos, a Doença na Psiquiatria teria o Objetivo da normalização - de uma Doença que seria pretensamente universal. Com o paradigma da Doença se alia o paradigma da terapêutica, da Psicologia cognitivo-comportamental. Por exemplo: se é um luto, vamos fazer assim e dará certo daqui a tantos meses estará resolvido o seu problema (como se fosse possível prever alguma coisa assim neste “mundão véio”).

O outro *sujeito* – o “doente” - eu pus ali só para diferenciar de doença - seria o Objeto da Saúde Mental , seria um *sujeito* dividido pela linguagem, e aí este *sujeito* tem que ser escutado numa *Escuta Diagnóstica*. Agora, é passível de se universalizar a *Escuta Diagnóstica*? Já de antemão, não.

As **Conclusões** a que nós chegamos com este aprofundamento, a conclusão pelo menos que até o momento foi aceita foi que:

1) Ocorre uma distorção curricular, pelo menos uma lacuna - pelo menos na Faculdade de Medicina da UFMG, em que a Semiologia Neurológica é dada no sexto período, depois da Semiologia Psiquiátrica, que é dada no quinto. Então há uma ligeira confusão aí, é uma lacuna que precisaria – a meu ver – ser corrigida, porque enseja cada vez maiores confusões. Uma confusão curricular deste âmbito é tão grave que gera proposições terapêuticas precipitadas, apressadas, às vezes até mesmo indiscriminadas, antes de sequer um diagnóstico de substrato – isto, nem pensar. Há riscos sérios para os pacientes envolvidos com isso. Nós sabemos que os pacientes de *Estrutura Psicótica* são mais vulneráveis, predispostos ou susceptíveis a passar ao ato suicida e as intervenções às vezes em nível de fala corriqueira podem ser mal-interpretadas pelo paciente e dar margem a agravamentos de quadros em que às vezes a gente teria que ir com “menos sede ao pote”, vamos dizer assim.

2) Então esta advertência aos alunos durante o curso médico deveria ser uma **advertência teórica obrigatória** (esta sim de rotina) para todos os alunos. E isto nem é cogitado durante todo o curso médico (“passa batido direto e reto”), mas isto pode ser feito até coletivamente, do ponto de vista curricular.

3) Enquanto que, quando se considera que um Laço Social possível já é uma coisa mais delicada, que já envolve um aprofundamento nesta colheita da História de Vida que é a *Escuta Diagnóstica*, que tem este paradoxo do *saber/não-saber*, é sempre tangencial, isto é uma coisa mais sutil, não é? Não são todos os professores e alunos que estão dispostos a isto, e isso ficaria para casos selecionados, que são muitas vezes flagrantes na prática clínica e que muitas vezes dentro do nosso próprio currículo a gente não tem recursos para abordar estes tipos especiais de pacientes que são mais delicados. Não sabemos o que fazer com aquilo, não sabemos orientar sequer os nossos alunos, qual seria uma abordagem possível.

4) E o mais curioso de tudo é que nós observamos, também na disciplina experimental, que na medida em que a gente propicia a um paciente uma escuta enquanto *sujeito*, emerge no aluno um aluno enquanto *sujeito*, o que é – a meu ver - uma contribuição a mais que o curso poderia ensejar, uma oportunidade desse aluno discutir as suas próprias


questões, até em grupo mesmo, não necessariamente, mas como **optativa** com um termo de consentimento esclarecido e informado. Não é uma coisa padronizada como a advertência teórica dos ensejados riscos pelo paciente.

Então foi por isso que nós defendemos a ideia de que a *Escuta Diagnóstica* é necessária. Como? É uma advertência teórica dos riscos para pacientes como uma coisa **obrigatória**, na oportunidade certa, não antes da semiologia neurológica, que ao meu ver é uma correção que poderia ser facilmente feita se for entendida esta questão do diagnóstico Psiquiátrico sendo de exclusão. E este procedimento **optativo** que aí teria que ser facultado aos interessados, por professores que se dispusessem, ou melhor, que se interessassem. Por enquanto, o grande bastião é o Setor de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas, mas seria interessante que isto fosse facultado a um público maior dentro desta faculdade, e que estes pacientes tivessem maiores oportunidades.

Obrigada a todos.

APÊNDICE C – Slides - Defesa de Tese (Aula Magna)

Slide 1



Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
da Criança e do Adolescente da UFMG

**A NECESSIDADE DA APLICAÇÃO DA
ESCUTA DIAGNÓSTICA
PARA A ABORDAGEM PRECOCE EM
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
E A VIABILIDADE DA SUA APLICAÇÃO
NO ENSINO MÉDICO**

Betty Liseta Marx de Castro Pires


Slide 2

O mal-estar na civilização

- **Sigmund Freud (1929-1930)**
Pulsões de Vida e de Morte
- **Jacques Lacan (1932).**
Tese de Doutorado: “Da Psicose Paranóica em suas
relações com a personalidade.”

➔ O ser falante é dividido pela linguagem


Duas Metodologias



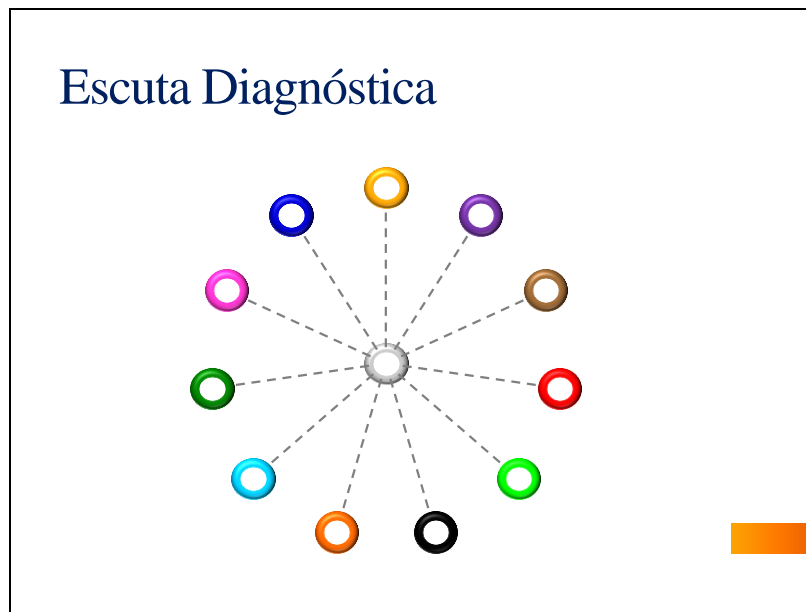
Duas Metodologias

- Prática - metodologia Clínico-Qualitativa
- Teórico - ensaio

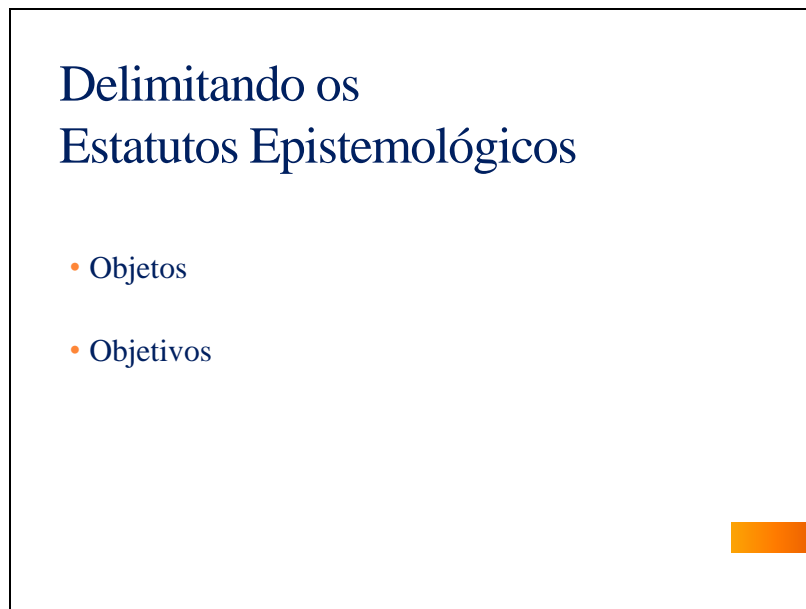
→ Há um furo no saber

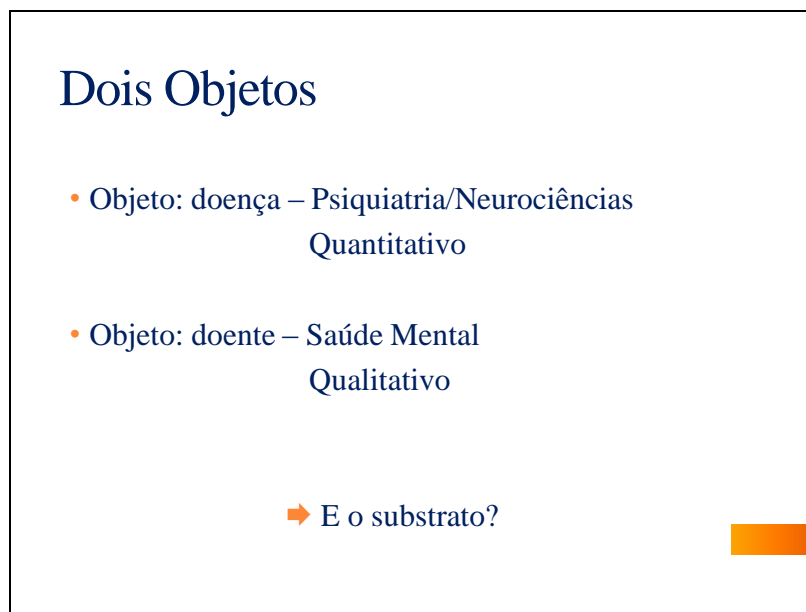
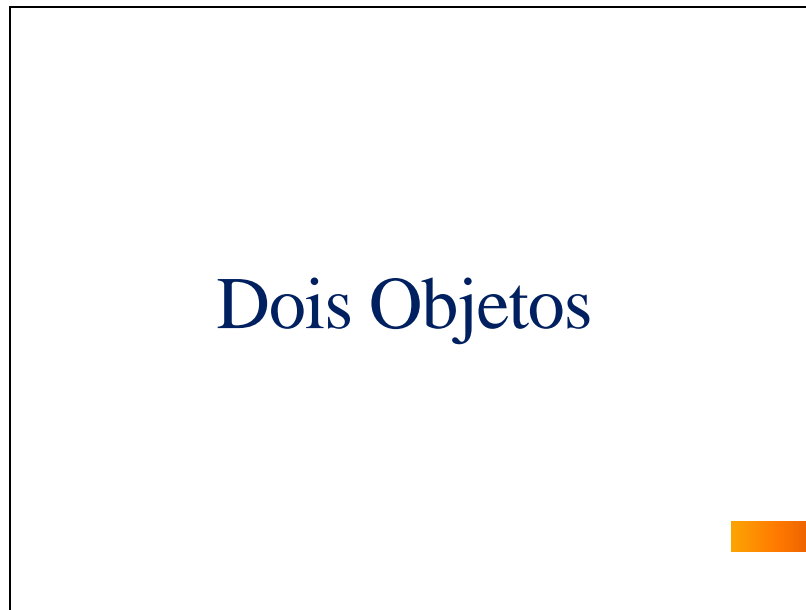


Slide 5



Slide 6





Slide 9

Casos sem definição

- Normal ou patológico?
- Personalidades e Reações Vivenciais Anormais
(K.Schneider)
- O diagnóstico psiquiátrico é por exclusão de quadros orgânicos, em um *a posteriori*.
- Ambiguidades teóricas:
 - “Primário” e “secundário”
 - Conceito de *consciência*

➔ O diagnóstico psiquiátrico é tardio.

Slide 10

Dois objetos

| DOENÇA | DOENTE |
|----------------------------|--------------------------|
| Ciência | Arte |
| Necessidade para pesquisas | Necessidade de abordagem |
| Quantitativo | Qualitativo |
| Universalizável | Singular |
| Indivíduo | Sujeito |
| Psicologia | Psicanálise |

Slide 11

Dois Objetivos da Atenção Primária em Saúde Mental


Slide 12

Objetivos da Atenção Primária em Saúde Mental

| Objetivo Terapêutico | Objetivo Diagnóstico |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Paciente/Indivíduo | <i>Sujeito</i> dividido |
| Terapia | Escuta Diagnóstica |
| Identificação | Não-identidade |
| Conselho padrão | Relação ao saber/não-saber |

Slide 13

Duas dialéticas:
Indivíduo \neq *Sujeito dividido*




Slide 14

**O Paradoxo Lógico na
Teoria do Conhecimento**

- O Paradoxo de Russell:
“A lista das listas que não se incluem a si mesmas.”
 - ➔ A inconsistência lógico-estrutural
da ordem Simbólica


Filosofia matemática – Russell

- O ponto cego na retina é uma possível representação do furo na ordem do saber.




Slide 15

A Escuta Diagnóstica

- Por quê, ou para quê, o *sujeito* fala?
 - Freud: a *Transferência* nas entrevistas preliminares.
 - Lacan: as Estruturas Clínicas em sua relação com o saber/não-saber.
 - Artifício: a colheita da história de vida como uma estratégia de abordagem em um laço social possível, para cada *sujeito*.
- 

Slide 16

Contribuições da Psicanálise Lacaniana

- O *sujeito falante* é dividido pela linguagem.
 - O muro da linguagem e o mal entendido fundamental.
- 

Slide 17

As Estruturas Clínicas na Escuta Diagnóstica

- Neurose: presença de romance familiar de cunho edipiano.
- Psicose: ausência da metáfora paterna. Um tratamento possível (Lacan).
- Perversão: uma abordagem impossível (viés de confusão com transtornos de personalidade).

Slide 18

“Loucura genérica”

(Miller, 2008)

- Na hipótese mítica de um “ponto zero”, cada *sujeito* retoma seu sintoma segundo a sua Estrutura Clínica.
- A *transferência* como uma relação tangencial ao saber - em um laço social possível - segundo a Estrutura.

Slide 19

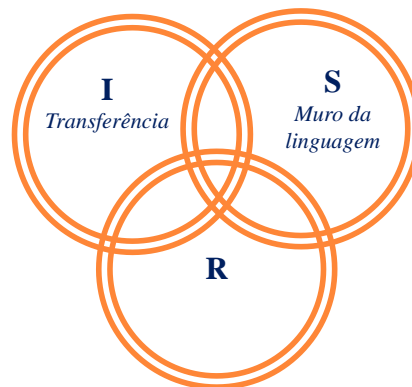
Um laço social possível

- Uma relação tangencial ao saber/não saber
- Um ensino impossível?

“Contudo, tudo esse movimento só se sustenta porque há pontos de encontros que, pelo fato de serem sempre faltosos, acenam com a possibilidade de certa realização.”
(LIMA, 2011)

Slide 20

Estruturas Clínicas e sintomas

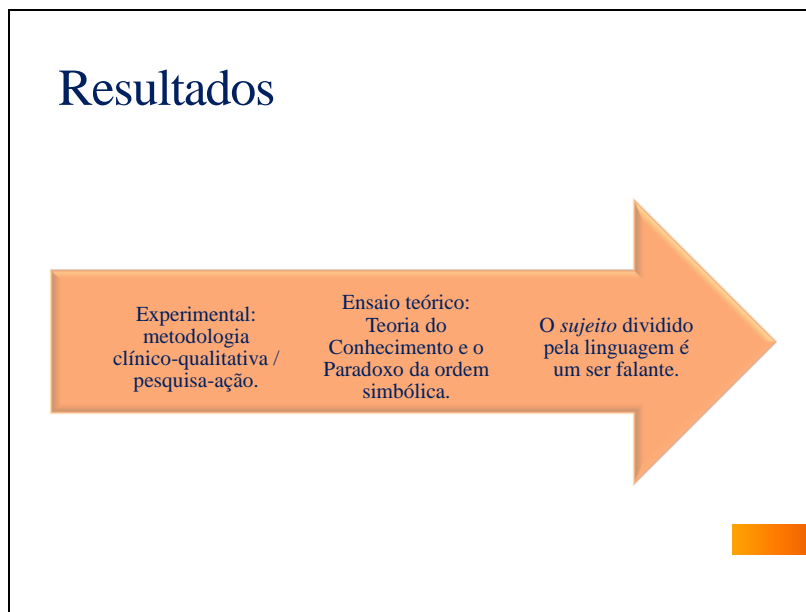


→ Um Laço Social possível

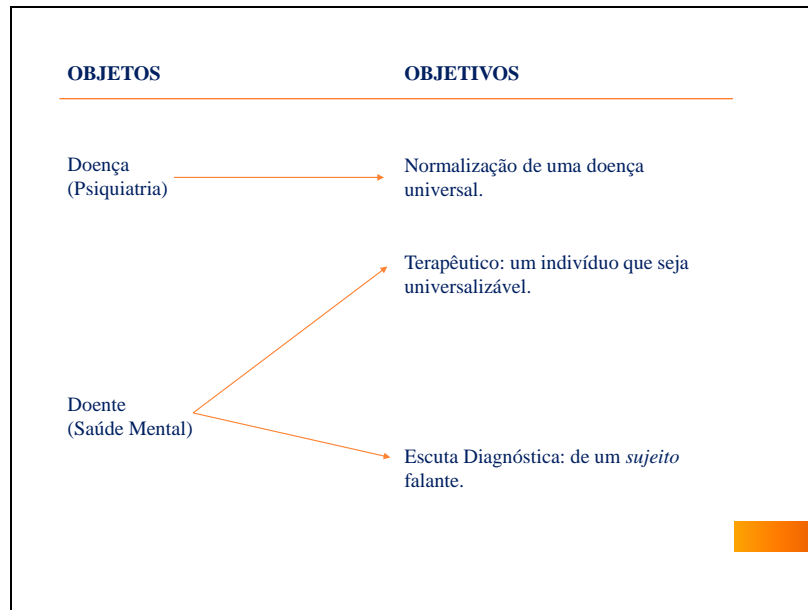
Slide 21



Slide 22



Slide 23



Slide 24

Conclusões

1. Uma distorção curricular gera uma proposição terapêutica sem a definição de um substrato confirmado.
2. Os riscos para os pacientes, segundo as transferências em suas Estruturas Clínicas, geram a necessidade de uma advertência obrigatória aos alunos.
3. Um laço social pode ser propiciado como uma relação tangencial ao paradoxo do saber/não saber.
4. Um procedimento optativo: a Escuta Diagnóstica de um paciente/*sujeito* é uma oportunidade para que emerja o desejo de cada aluno/*sujeito*.

ANEXO 1 – Termo de consentimento esclarecido – TCE – para pacientes

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PACIENTES

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Título do projeto: AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NO EXERCÍCIO DA PRÁTICA MÉDICA APÓS A INTRODUÇÃO DA COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL – PESQUISA-AÇÃO COM METODOLOGIA QUALITATIVA NO OITAVO PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DA UFMG

Pesquisador: Prof.^a Betty Liseta Marx de Castro Pires

O Propósito dessa pesquisa científica é ensinar aos alunos do curso de Medicina da UFMG como fazer diagnósticos de problemas – como as pessoas vivenciam (vivem e sentem em profundidade) certos problemas de saúde e quais são os sentidos e significações pessoais que dão para estes problemas. Para tanto, serão realizadas entrevistas para colheita da História de Vida do informante, cada uma podendo durar aproximadamente uma a duas horas.

Os registros feitos durante as entrevistas não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você enquanto entrevistado deste estudo, além da oportunidade de você poder falar de suas coisas, mas poderá haver mudanças nos cuidados dados aos pacientes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 15/12/04.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para que eu seja entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em cassetes.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos para a minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas ao meu contento.

NOME:
Pesquisador:

ASSINATURA:

Entrevistado:

Testemunha:

Entrevista n. _____ Local: _____

Data: ____/____/____

ANEXO 2 – Termo de consentimento esclarecido – TCE – para profissionais**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS**

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Título do projeto: AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NO EXERCÍCIO DA PRÁTICA MÉDICA APÓS A INTRODUÇÃO DA COLHEITA DA HISTÓRIA DE VIDA COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL – PESQUISA-AÇÃO COM METODOLOGIA QUALITATIVA NO OITAVO PERÍODO DO CURSO DE MEDICINA DA UFMG

Pesquisador: Prof.^a Betty Liseta Marx de Castro Pires

O objetivo do presente trabalho é avaliar se a Disciplina experimental “Tópicos em Saúde Mental” trará contribuições para aprimorar os diagnósticos na área de Saúde Mental, ensejando uma melhor compreensão dos sentidos e significações existentes, do ponto-de-vista emocional e cultural, para profissionais de saúde frente a seu trabalho com pacientes com os problemas acima definidos.

Os registros feitos durante as entrevistas não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas. Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você enquanto entrevistado deste estudo, além da oportunidade de você poder falar de suas coisas, mas poderá haver mudanças nos cuidados dados aos pacientes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 15/12/04.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____

_____, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para que eu seja entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em cassetes.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos para a minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas ao meu contento.

NOME:

ASSINATURA:

Pesquisador:

Entrevistado:

Testemunha:

Entrevista n. _____ Local: _____

Data: ____/____/____