

Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira

O lugar do médico e seus impasses
a partir da clínica contemporânea
da anorexia e bulimia

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

2008

F3831 Ferreira, Beatriz Espírito Santo Nery.
O lugar do médico e seus impasses a partir da clínica contemporânea da anorexia e bulimia [manuscrito]. / Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira.
- Belo Horizonte: 2008.
265f.: il.
Orientador: Roberto de Assis Ferreira.
Área de concentração: Ciências da Saúde.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Papel do Médico. 2. Anorexia. 2. Bulimia. 3. Transtornos da Alimentação. 4. Medicina. 5. Psicanálise. 6. Dissertações acadêmicas. I. Ferreira, Roberto de Assis. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : W 62

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR: Professor Ronaldo Tadeu Pena

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PRÓ-REITOR: Professor Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

DIRETOR: Professor Francisco José Penna

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA

COORDENADOR: Professor Carlos Faria Santos Amaral

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA:

Professor Joel Alves Lamounier

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

CHEFE: Professora Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

2008

Resumo

O lugar do médico, como discurso, sofreu grandes transformações desde a criação da medicina por Hipócrates. Um importante passo foi dado na passagem da Idade Média para o Renascimento, quando a concepção naturalista do homem cedeu lugar, na medicina, à concepção de corpo biológico. O médico, o doente e a doença, tríade indissociável na medicina antiga, separaram-se e tomaram corpo próprio. Os desdobramentos pelos quais passaram o pensamento humano nas eras moderna e pós-moderna exerceram profunda influência na medicina.

A medicina era exercida, à época de Hipócrates, dentro de uma ambivalência entre conhecimento teórico e arte, mas foi, progressivamente, imergindo na ciência.

O presente estudo, um ensaio teórico, desenvolve as conseqüências dessas modificações nos lugares daquela tríade, através dos impasses clínicos trazidos por novas formas contemporâneas de adoecer, como a anorexia e a bulimia.

A história da medicina é investigada, para tentar-se identificar os marcos para as modificações nesta tríade, tendo em vista a relação dos médicos com a ciência.

A medicina científica da pós-modernidade exclui a subjetividade do doente e do médico. Uma das reações dos doentes dá-se em formas de adoecer que desafiam os médicos. Estes, por sua vez, reagem atônitos, agarrando-se ainda mais à técnica, mesmo que às custas de ainda maior perda da subjetividade. A angústia apresenta-se de maneira muito aguda para o médico e cada um reage como pode.

O perigo da imersão do homem na ciência e na técnica é a perda por este de sua essência de homem livre. Mas, ao questionar seu lugar diante da medicina atual, o médico pode escolher entre continuar seus progressos, tendo a ciência apenas como aliada, ou continuar imerso nela. De toda forma, seja qual for a escolha, ele será sempre responsável por ela.

A psicanálise está presente neste estudo como a forma encontrada para a possibilidade de a medicina tomar outra direção, sem abrir mão da ciência ou retornando à práticas antigas, numa direção na qual a subjetividade possa ressurgir. Propõe-se o diálogo entre médicos e psicanalistas, difícil, mas não impossível, como uma forma de aplacar a angústia que se manifesta tanto nas formas de adoecer dos doentes, quanto nas formas de reação dos médicos. Formas atuais que, decididamente, demonstram que o homem perdeu sua essência de homem livre.

Descritores: 1. Papel do Médico. 2. Anorexia. 2. Bulimia. 3. Transtornos da Alimentação. 4. Medicina. 5. Psicanálise. 6. Dissertações acadêmicas.

Abstract

The place of the physician, as speech, has suffered transformations since the creation of medicine by Hippocrates. An important step was given in the passage of Middle Age to Renaissance, when the naturalistic concept of men gave its place, on medicine, to the concept of the biological body. The doctor, the diseased and the disease, triad not dissociated on ancient medicine, broke apart and became different bodies. The evolution by which the human thought went through in the modern and post modern eras executed a profound influence on medicine.

The medicine was practiced, at Hippocrates time, inside an ambivalence between the theoretical knowledge and art, but it was, progressively, immersing into science.

The present study, a theoretical essay, develops the consequence of these modifications on the place of that triad, through the clinical impasses brought by new contemporary ways of how to develop the diseased, like anorexia and bulimia.

The history of medicine is investigated to try to identify the marks for the modifications on that triad, basing on the relationship between physicians and science.

The scientific medicine of post modern era excludes the subjectivity of the diseased and the physician. One of the reactions of the diseased is in ways to get ill that tests the doctors. These ones, by their own means, react stupefied, grasping even more to the technique, even if it costs the loss of the subjectivity. The anguish shows itself in a sharper way to the doctor and each one reacts as they can.

The danger of immersion of men into science and technique is the lost of his own essence as a free man, but, by questioning their own place facing modern medicine the physician can choose between continuing their progress, having science just as an ally, or continue immersed in it. Whatever the choice, he will always be responsible for it.

The psychoanalysis is present in this study as a way found for the possibility of medicine turning another direction, without leaving science or returning to the ancient practices, in a way which subjectivity can emerge once again. It is suggested the dialogue between physician and psychoanalysts, it is hard, but not impossible, as a way of applying an anguish that manifests in the way of getting ill of the diseased, as in the reaction of the physicians. They are modern ways that, indisputably, shows that men have lost the essence as a free man.

Key words: 1. Role of the physician. 2. Anorexia. 2. Bulimia. 3. Eating disorders. 4. Medicine. 5. Psychoanalysis. 6. Academic thesis.

Este trabalho é como um buquê. Foi feito ao longo de um caminho, no qual fui colhendo algumas flores, folhas e ramos ao passar por alguns jardins e beiras de estrada. Muitos contribuíram, desde os que tinham belíssimos jardins e puderam oferecer algo muito florido e exuberante, os que apenas haviam lançado sementes ao léu, até aqueles que achavam não contribuir com nada.

Aí está: é um pequeno buquê, no qual nem tudo são flores, e que dedico *ao bom médico*.

Quem merece quase todo o crédito e agradecimentos é o Júlio, meu maior incentivador, companheiro e a quem dou tudo o que não tenho.

Mas preciso incluir algumas pessoas mais. O primeiro, sem dúvida é o Roberto Assis, mestre e também grande incentivador. Ele me deu absoluta liberdade para voar livre, leve e solta, mas sem deixar de cumprir seu papel de me apontar um caminho.

Agradeço aos meus grandes mestres de medicina, citando apenas alguns na ordem em que os fui encontrando ao longo do tempo, e ficando com outros no coração: dr. Celso Afonso de Oliveira, dr. Ênio Piettra, dr. Ênio Leão, dr. Antônio José das Chagas, dra. Ivani Novato Silva e, novamente, dr. Roberto Assis.

Agradeço aos meus três grandes mestres na psicanálise: dr. Antônio Áureo Beneti, dr. Celso Rennó Lima e dr. Francisco Paes Barreto.

Agradeço imensamente aos colegas e amigos do NIAB, que muito me fazem crescer e avançar.

Agradeço aos que se encontraram comigo neste percurso e consentiram em fazer, junto a mim, curtos trechos, mesmo sem garantias.

Agradeço também à minha família, principalmente às minhas filhas, pelo incentivo e compreensão pelas horas perdidas de convívio.

Não posso deixar de agradecer também aos professores da banca de defesa, como aos professores que participaram da banca de qualificação, dr. Jesús Santiago, dr. Marcus André Vieira, dra. Ilka Franco Ferrari, dra. Ivani Novato Silva e dra. Cristiane Freitas Cunha, que muito me ajudaram ao levantarem algumas questões importantes, além da Dra. Lúcia Grossi dos Santos, suplente da banca de defesa.

Um agradecimento ainda aos funcionários das várias bibliotecas da UFMG, principalmente às moças da Faculdade de Medicina, que não mediram esforços para me ajudar.

*Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.*

*Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.*

*Meu corpo apaga a lembrança
Que eu tinha de minha mente.
Inocula-me seus patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos.*

*O seu arдил mais diabólico
está em fazer-se doente.
Joga-me o peso dos males
que ele tece a cada instante
e me passa em revulsão.*

*Meu corpo inventou a dor
a fim de torná-la interna,
integrante do meu Id,
ofuscadora da luz
que aí tentava espalhar-se.*

*Outras vezes se diverte
sem que eu saiba ou deseje,
e nesse prazer maligno,
que suas células impregna,
do meu mutismo escarnece.*

*Meu corpo ordena que eu saia
em busca do que não quero,
e me nega, ao se afirmar
como senhor do meu Eu
convertido em cão servil.*

*Meu prazer mais refinado,
não sou eu quem vai senti-lo.
É ele, por mim, rapace,
e dá mastigados restos
à minha fome absoluta.*

*Se tento dele afastar-me,
por abstração ignorá-lo,
volta a mim, com todo o peso
de sua carne poluída,
seu tédio, seu desconforto.*

*Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai para o rumo oposto.*

*Já premido por seu pulso
de inquebrantável rigor,
não sou mais quem dantes era:
com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo.*

*Carlos Drummond de Andrade
As Contradições do Corpo*

ÍNDICE

Apresentação – Estrutura do texto e ordem dos capítulos	5
--	---

INTRODUÇÃO

1. Justificativa	9
2. Objetivos	13
3. Metodologia	15
3.1. Metodologia, método e material	15
3.2. Considerações sobre o método	16
3.2.1. Trata-se de um estudo científico?	16
3.2.2. Uma revolução no paradigma científico atual?	17
3.2.3. Qual o método utilizado? Qual o objeto de estudo?	19
3.2.4. Porque este e não outro?	20
3.3. Esclarecimentos sobre algumas nomeações	21
3.3.1. Para conhecer é necessário dividir	21
3.3.2. Considerações sobre a periodicidade da medicina	24
3.3.3. A nomeação dos profissionais relacionados à saúde mental	25

PARTE I. UM DOENTE, A MEDICINA, UM MÉDICO, A DOENÇA E O HOMEM

Capítulo 1. O Homem e a medicina	29
Capítulo 2. Hipócrates e as origens da medicina racionalista	35
2.1. O <i>Corpus Hippocraticum</i>	37
2.2. A medicina na Grécia antiga	40
2.2.1. O arcabouço do homem	40
2.2.2. Corpo ou alma?	42
2.2.3. A doença	43
2.2.4. A medicina era uma <i>technē</i>	46
2.2.5. A teoria das quatro causas para Aristóteles	50
2.2.6. Ainda a <i>technē</i>	52
2.2.7. Os limites da ação médica	55
2.2.8. O médico hipocrático	58
2.3. Algumas conclusões	60
Capítulo 3. As origens da moderna medicina científica	63
3.1. A cisão homem/natureza	65
3.2. Verdades mutantes	66
3.3. O surgimento das ciências sociais	67
3.4. E a <i>tychē</i> ?	69
3.5. Como nasceu neste panorama a moderna medicina científica?	69
3.5.1. A doença toma corpo	70
3.5.2. Entre o ver e o dizer	71
3.5.3. Sintomas, signos e a doença	72
3.5.4. O normal e o patológico	75
3.5.5. Entre o saber e a ignorância	77
Capítulo 4. O homem e a técnica	80
4.1. A técnica não é simplesmente um meio	81
4.2. “A técnica é uma atividade do homem, mas não seu feito”	83
4.3. O homem entre a <i>technē</i> e a técnica	85

Capítulo 5. O doente, o médico e a medicina nas eras moderna e pós-moderna	87
5.1. A autoridade médica	87
5.2. Deus, a política, a ciência e os homens	90
5.3. Algumas conseqüências do declínio da função paterna	93
5.4. As eras moderna e pós-moderna	95
Capítulo 6. Imersos na essência da com-posição da técnica	101
6.1. Um paradigma pós-moderno na medicina?	101
6.2. Auto-críticas ao propalado novo paradigma	103
6.3. O abandono da essência de homem livre e suas conseqüências sobre a experiência e o julgamento médico	105
6.4. Sobre o desejo do médico	109
6.5. Concluindo	112

PARTE II. A CLÍNICA DA ANOREXIA E BULIMIA COMO IMPASSES OFERECIDOS AO LUGAR DO MÉDICO

Capítulo 1. Anorexia e Bulimia: concepção médica	117
1.1. Doença, síndrome, patologia, condição, sintoma, transtorno, ou distúrbio alimentar?	117
1.2. Sobre as classificações diagnósticas dos transtornos alimentares	118
1.3. Uma epidemia pós-moderna?	122
1.4. Aspectos relevantes de sua constituição como entidades nosológicas	124
1.5. Recomendações da literatura	127
1.5.1. Tratamento em equipe: multi ou interdisciplinar?	127
1.5.2. A Terapia cognitivo-comportamental	129
1.5.3. O tratamento oferecido no NIAB	131
1.6. Um breve retorno no tempo	133
1.7. Algumas recomendações da Associação Americana de Psiquiatria	136
1.8. Quando um paciente convoca múltiplos campos do saber	139
Capítulo 2. Quando o médico diz ao homem o que ele deve desejar	142
2.1. O normal e patológico	142
2.2. O higienismo	144
2.3. O neo-higienismo	146
2.4. Acerca das responsabilidades	148
2.5. Uma escolha política	151

PARTE III. A PSICANÁLISE E O HOMEM

Capítulo 1. A psicanálise	157
1.1. De que se trata?	157
Capítulo 2. O lugar da psicanálise na medicina	161
2.1. O gozo vivo sobre o corpo	163
2.1.1. O gozo para a psicanálise e para a medicina	165
2.2. A demanda	167
2.2.1. “Eis o que me pede, mas na verdade o que deseja ele realmente?”	168
2.2.2. Vendedores de doença	170
2.3. A transferência	172
2.4. As demandas da medicina à psicanálise	174
Capítulo 3. O psicanalista e seu paciente	177

3.1. Qual o objeto de estudo da psicanálise, da psicologia e da psiquiatria?	177
3.2. A psicanálise, o psicanalista e seu paciente	179
3.2.1. Sintoma, sofrimento e queixa	182
PARTE IV. ANOREXIA E BULIMIA: ALGUNS IMPASSES NA PRÁTICA	
Capítulo 1. Anorexia e bulimia, de que se trata?	189
1.1. De que se trata?	190
1.2. “Não se trata disso”	191
1.2.1. Uma solução para o neurótico	194
1.2.2. Uma solução para o psicótico	199
1.3. O que é tratado	201
1.4. O lugar de um médico no atendimento de pacientes com anorexia e/ou bulimia	204
1.5. Conseqüências sob o lugar do médico no diálogo com a psicanálise	211
PARTE V. O LUGAR DO MÉDICO NA MEDICINA PÓS-MODERNA	
Capítulo 1. Haveria ainda um lugar para chamar de seu?	217
Capítulo 2. Os limites da medicina e de um médico	219
PARTE VI. CONCLUSÃO	225
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231
ANEXOS	241
Anexo A. Arte	243
Anexo B. Critérios diagnósticos para anorexia nervosa, DSM-IV	251
Anexo C. Critérios diagnósticos para anorexia nervosa, CID-10	253
Anexo D. Critérios diagnósticos para bulimia nervosa, DSM-IV	255
Anexo E. Critérios diagnósticos para bulimia nervosa e outros TA, CID-10	257
Anexo F. Termo de consentimento livre e esclarecido	261

APRESENTAÇÃO - Estrutura do texto e ordem dos capítulos

Após a Introdução, o trabalho foi elaborado em seis partes. Os caminhos seguidos nesta construção metodológica encontram-se descritos a seguir.

Na parte I, fiz um estudo sobre o lugar do médico desde a época de Hipócrates até a era atual, pós-moderna. Ao pesquisar a medicina antiga, deparei-me com a *tychē*, o que não deixou de ser inesperado. Pode inclusive parecer que eu tenha me alongado na consideração de alguns aspectos da medicina antiga, mas a intenção era a de tornar possível, posteriormente, uma conexão com as modificações na medicina contemporânea e com as dificuldades enfrentadas pelos médicos diante das novas formas de adoecer. A partir do corte observado nos desdobramentos da medicina como uma *technē* na antiguidade, para a medicina moderna, tecnológica, a partir do século XIX, encontrei no texto de Heidegger sobre técnica elementos importantes para a análise desse algo que pode ter sido perdido. Por isso, considerações sobre a técnica foram acrescentadas e debatidas ainda nesta primeira parte para a compreensão e questionamento acerca das transformações que ocorreram no lugar do médico e em sua autoridade.

Na parte II, coloquei em discussão o lugar do médico no discurso da medicina, a partir da concepção médico-psiquiatra de anorexia e bulimia enquanto entidades nosológicas. Não houve a intenção de debater a fundo a anorexia e bulimia em seus aspectos médicos usuais, diagnósticos ou terapêuticos. A introdução do tema se deu muito mais para trazer à tona os impasses em que essas novas formas de adoecer vêm colocando aos médicos. Impasses que refletem o lugar do profissional em relação ao discurso científico contemporâneo.

É de se esclarecer que a psicanálise foi introduzida ainda na segunda parte, já que as ferramentas da medicina não foram suficientes para resolver os empecilhos clínicos. A intenção foi, através da psicanálise, encontrar algumas respostas, sob a perspectiva de que essa disciplina do conhecimento possa ter resgatado algo do lugar original do médico. Parte do trabalho do NIAB é apresentado.

Na parte III, coloco em discussão aspectos importantes que a psicanálise pode trazer ao campo médico e os lugares que o médico vem ocupando frente à demanda da ciência.

Na parte IV, introduzi alguns elementos de minha prática clínica, como forma de exemplificar alguns impasses oferecidos pelas novas formas de adoecer, como a anorexia e a bulimia.

Ao longo da **parte V**, discuto o lugar do médico contemporâneo frente à medicina científica da era pós-moderna e as consequências tanto para o exercício da clínica quanto para a delimitação dos limites do próprio médico.

Na parte VI, a conclusão, sintetizo a compreensão final do conteúdo discutido ao longo do trabalho.

No **anexo A**, o tratado hipocrático *Arte* foi traduzido do francês para o português por fornecer subsídios a todo o trabalho desenvolvido, sobretudo à Parte I.

Nos **anexos de B a E**, encontram-se as classificações diagnósticas dos transtornos alimentares pela psiquiatria, tanto o DSM-IV quanto o CID-10.

O **anexo F** contém os Termos de consentimento livre e informado, como aprovados pela comissão de ética em pesquisa (COEP-UFMG).

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“O questionamento trabalha na construção de um caminho. Por isso aconselha-se considerar sobretudo o caminho e não ficar preso às várias sentenças e aos diversos títulos. O caminho é o caminho do pensamento. Todo caminho de pensamento passa, de maneira mais ou menos perceptível e de modo extraordinário, pela linguagem.”

Heidegger

1. JUSTIFICATIVA

A razão deste trabalho originou-se de uma pergunta: qual é o lugar do médico na atualidade? Esta pergunta, agora bem colocada, levou tempo apreciável para ser assim formulada. O ponto de partida foi o meu desconforto como médica ao longo de vinte anos de prática. Durante esse percurso atuei, primeiro como pediatra geral após residência médica na área, especializando-me alguns anos depois em endocrinologia de crianças e adolescentes. Já incomodada pelas dificuldades da clínica geral, na endocrinologia deparei-me com impasses ainda maiores. Atuando no ambulatório da Divisão de Endocrinologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com grande número de pacientes diabéticos e seus familiares, dispus-me a estudar a neuropatia diabética em crianças e adolescentes, um estudo quantitativo que resultou na obtenção do grau de mestre em pediatria¹. Nesta época, eu ainda relacionava a não-adesão do paciente ao tratamento do diabetes a uma insuficiência do saber, senão do doente, do meu próprio, mas não a uma insuficiência do saber oferecido pela medicina. Devo esclarecer que o diabetes serve aqui apenas como exemplo, pois, em relação ao tratamento das doenças crônicas, são várias as situações que se assemelham no campo da endocrinologia.

¹ Este trabalho resultou no artigo, **High prevalence of diabetic polyneuropathy in a group of brazilian children with type 1 diabetes mellitus**. FERREIRA, BESN; SILVA, IN; OLIVEIRA, JT. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 18;1087-1094, 2005.

Introdução

Após o acúmulo de conhecimento relacionado ao trato desta doença, fui de encontro à insuficiência do saber médico, já que, mesmo dispondo de vasta experiência, resultados práticos nem sempre eram observados na clínica, no corpo a corpo com os pacientes. Ou seja, todo aquele saber sobre a doença não me era suficiente para melhorar o controle metabólico dos pacientes. Pacientes cronicamente mal controlados.

O primeiro esboço para a formulação da pergunta sobre “o lugar do médico” surgiu quando, atendendo a uma necessidade do serviço, como também à necessidade de aplacar a emergência de inquietantes questionamentos, engajei-me na coordenação de uma equipe constituída por médicos, enfermeira, psicóloga e assistente social, para atendimento em grupo dos pacientes diabéticos e de seus familiares. A experiência, que durou cerca de três anos, foi meu primeiro passo na formulação de mais perguntas, desta vez fora do campo da medicina.

De início, nossos objetivos no Grupo de Atenção aos Diabéticos e Familiares do HC-UFMG eram pedagógicos. Não se tratava de uma equipe interdisciplinar, mas multidisciplinar². Na ilusão de que os pacientes não estivessem sendo bem orientados nas consultas tradicionais, principalmente devido à falta de tempo nos atendimentos, tentávamos recapitular com eles os conhecimentos necessários ao bom controle metabólico. Rapidamente, no entanto, a equipe se deu conta de que não se tratava de falta de orientação e, sem nenhum preparo específico, tentamos abrir espaço para que os pacientes e seus familiares (em grupos separados) expressassem suas angústias em relação ao diabetes. Foi aí que várias questões começaram a surgir, extrapolando o campo da própria doença, pois surgiram os sujeitos com suas histórias e suas dificuldades. Instalou-se um mal-estar generalizado, alguns pacientes necessitaram de atendimento individualizado e especializado e o interesse dos profissionais sofreu diminuição. Mas, ainda mais importante: certos acontecimentos demonstraram que a equipe tinha dificuldade em lidar com o sofrimento humano quando não corporificado e quando algo extrapolava o que havia sido proposto. A proposta inicial era a de se levantar questões relacionadas ao diabetes, entretanto nos deparamos com problemas que iam além do diabetes e que interferiam diretamente na forma dos pacientes e seus familiares lidar com a doença. Essas dificuldades podem ter sido uma das razões para a dissolução dos grupos que veio a ocorrer pouco tempo depois.

² Algumas diferenças entre as equipes interdisciplinar e multidisciplinar são desenvolvidas na página 127 desta tese.

Introdução

Um paciente em particular, com grandes dificuldades no relacionamento com o pai, insistia repetidas vezes na idéia de auto-extermínio (o diabetes se prestava bem a este fim) e recusava qualquer outro tipo de ajuda. A transferência havia sido instalada comigo, mas a minha percepção inadequada e despreparada fazia com que eu o encaminhasse insistentemente para alguns serviços de saúde mental, por acreditar que era onde poderia ser tratado. Entretanto, apesar de ele inicialmente consentir com o encaminhamento, procurando estes serviços, seu retorno também era freqüente, até o dia em que se recusou a procurar novamente aqueles atendimentos. Como fazia com o pai, abandonava o tratamento após se desentender, de forma agressiva, com todos os profissionais, horrorizando-os. Optei, então, por atendê-lo com periodicidade semanal ou quinzenal até que fossem superadas as dificuldades imediatas, o que durou cerca de 18 meses.

Esse paciente me abriu as portas para algumas respostas, mas, sobretudo, para mais questionamentos sobre “o lugar do médico”. Ainda assim, essas questões iniciais não estavam suficientemente formuladas, eram apenas experimentadas no âmbito da prática médica.

Aspectos inesperados de outros pacientes foram se revelando e, após terem sido enfrentados, melhoras nos controles glicêmicos foram observadas. Um fato extremamente relevante é que não se tratava mais de simples obediência ou desobediência às prescrições ou recomendações – chamadas pela medicina de adesão ao tratamento -, mas de decisões próprias. Decisões que aconteciam à revelia do que o paciente sabia sobre ele próprio e sobre sua própria doença.

O que acontecia? Do que se tratava? Essas eram perguntas que permaneciam em meio à perplexidade com algo novo que se delineava em algum lugar exterior ao campo médico, porém, ainda indefinido.

Concomitantemente, por razões pessoais, nesta época, eu havia me engajado em minha análise pessoal e, após algum tempo, certos pontos relacionados ao “lugar do médico” começaram a se esclarecer.

Foi quando se deu o especial encontro com o professor Roberto Assis, médico com grande experiência acumulada em muitos anos no ensino da pediatria na UFMG. Possuidor de uma rica e intensa clínica adolescente, o professor vinha se deparando com alguns pacientes anoréxicos, tendo iniciado com eles uma abordagem médica calcada na psicanálise. Diante da dificuldade em lidar sozinho com essas novas formas de adoecer, no ano de 1999, ele me convidou, como também a Dra. Mônica Schettino, psiquiatra,

Introdução

para compormos uma equipe mínima de assistência aos pacientes que o desafiavam em seu saber e, sobretudo, para iniciarmos alguns estudos sobre anorexia e bulimia. A partir desses primeiros encontros, e dos novos e desafiadores impasses da clínica, foi-se delineando o que mais tarde viria a ser o Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do HC-UFMG (NIAB). Com o progredir do trabalho, outros profissionais foram se aglutinando, até que, em 2003, o núcleo foi oficializado como um serviço daquele hospital.

O NIAB pode ser definido como um serviço interdisciplinar que tem por linguagem comum, em sua base, a interface entre medicina e psicanálise. Os profissionais nele envolvidos, de áreas diversas do saber, têm alguma transferência com o referencial psicanalítico. Isso não significa que sejam todos psicanalistas, e sim que há um trânsito neste referencial, cada um com sua compreensão, de acordo com seu percurso.

Foi por estas razões que, como matriz para meu doutoramento, escolhi transmitir parte do que verifiquei na experiência adquirida através da participação pessoal no atendimento de mais de 130 pacientes anoréxicos e/ou bulímicos, entre os tantos pacientes do NIAB. Em um ponto de meu percurso, onde havia encontrado algumas respostas, me propus a esta empreitada. No entanto, este relato se revelou extremamente difícil, pois, se algumas respostas haviam sido encontradas, como transmiti-las? Um problema se instalou: qual era a pergunta que elas respondiam?

A formulação da primeira pergunta, e que consta do projeto desta tese, foi “Anorexia e Bulimia: o que pode um médico?” Num primeiro esforço para respondê-la, fiz várias tentativas, que se revelaram infrutíferas.

Finalmente, dei início a uma tarefa diferente das anteriores e que constou da procura por respostas a uma nova indagação: “o que é um médico?” Para tanto, fui buscar, na história da medicina, os parâmetros para novas questões que surgiam. Só a partir daí este trabalho pôde ser levado adiante de forma a se chegar a uma conclusão.

Somente após o final, já na qualificação, dois meses antes da defesa, uma pergunta que percorre todo o texto pôde ser escutada. Agora, já não se trata apenas do que pode um médico. Por outro lado, não é um trabalho que esclareça aspectos exaustivos sobre anorexia e bulimia. Na verdade, a anorexia e a bulimia surgem ao longo das minhas indagações como um exemplo vivo dos impasses enfrentados pela prática médica na atualidade e encontrados por mim no caminho da medicina. Estas entidades nosológicas são importantes para a discussão, mas são abordadas a partir de um ponto de vista que ficou restrito à que possuem com o objeto de estudo abordado.

Introdução

A pergunta que afinal surgiu e que o trabalho tenta percorrer é: qual é o lugar do médico na medicina atual?

Umberto Eco delinea em poucas palavras o foco deste estudo:

“Fazer uma tese significa, pois, aprender a pôr ordem nas próprias idéias e ordenar os dados; é uma experiência de trabalho metódico; quer dizer, construir um “objeto” que, como princípio, possa também servir aos outros. Assim, *não importa tanto o tema da tese quanto a experiência de trabalho que ela comporta.*” (ECO, 2007, p.5, grifo do autor)

Da mesma forma, Minayo considera que a escolha de um argumento de investigação e a delimitação do problema, passando pela definição do objeto e dos objetivos, pela construção do marco teórico conceitual e pela escolha dos instrumentos, todos esses passos têm início na própria constituição do problema. “Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática.” (MINAYO, 1993, p.90)

Porque, como é enfatizado por vários autores, a escolha de um tema não surge espontaneamente, assim como o conhecimento também não é espontâneo.

“Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas... (...) O olhar sobre o Objeto está condicionado historicamente pela posição social do cientista e pelas correntes de pensamento em conflito na sociedade.” (ibid., 1993, p.90)

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo colocar em discussão o lugar do médico na atualidade. Quem fala quando o médico fala? Quem atua quando ele atua?

A intenção é contribuir com um espaço para que questionamentos possam ser colocados e debatidos para a construção de novas perguntas.

O objetivo principal foi o de avaliar o lugar do médico ao longo das transformações pelas quais passou a medicina e as modificações ocorridas neste lugar - o lugar de um discurso.

Pretende-se ainda discutir o caminho que um médico contemporâneo pode seguir diante das novas formas de adoecer. Hoje, a prática médica é invadida por uma série de problemas com graves repercussões sobre a saúde, de importância individual e coletiva,

Introdução

anteriormente pouco comuns, sobretudo no exercício da medicina clínica. Esses problemas colocam em maior evidência os impasses encontrados pela abordagem médica contemporânea, exigindo mudanças em sua prática, ou, pelo menos, reflexões sobre ela. Alguns exemplos em que as dificuldades são mais agudas são a anorexia, bulimia, vigorexia, depressão, toxicomania, conseqüências da violência urbana, etc., constituindo-se em uma nova nosografia para a medicina. Por isso, chamo-as de novas formas de adoecer do homem contemporâneo, já que estas condições não constituem propriamente doenças novas.

No cumprimento destes objetivos, constatei de início que, para a análise desse lugar ocupado hoje pelos médicos, era necessário revisitar alguns fatos marcantes na história da formação da medicina. Esta análise nos levou finalmente a considerar que o diálogo com a psicanálise, no momento atual da nossa profissão, pode ser de extrema importância. Por isso, alguns aspectos dessa disciplina do conhecimento foram abordados, embora deva salientar que se trata de uma tarefa árdua, já que tal diálogo é extremamente dificultado, mas não impossível. As dificuldades são de diversas ordens, sendo resultado tanto das diferenças na linguagem das duas disciplinas, passando pelas diferenças situadas no lugar de onde se fala, as relativas ao objeto de estudo, como também aquelas relacionadas às idéias preconcebidas trazidas respectivamente pelos profissionais de ambas as áreas.

Entretanto, e esta é uma consideração das mais importantes que deve ser frisada, não é objetivo ensinar psicanálise aos médicos, nem afirmar a superioridade de uma disciplina em relação à outra. Assim também, ao resgatar pontos na história da medicina em seus primórdios, o que se pretende não é trazer aspectos de um saudosismo sem sentido. Os objetivos são outros, com vistas mais nobres e, na medida do possível, desprovidos de preconceitos.

Ambas, medicina e psicanálise são muito importantes no manejo do paciente que se apresenta com anorexia ou bulimia, fato amplamente comprovado pela prática clínica. De forma alguma se pretende que o médico faça psicanálise em sua clínica médica, assim como não é intenção um trabalho de doutrinação psicanalítica. A medicina e a psicanálise são disciplinas diferentes, pertencem a discursos e campos conceituais distintos, uma não se sobrepõe à outra e não é possível a união das duas para fazer o “homem completo”, como ainda pode ser o sonho de alguns. São discursos paralelos que, apesar de marcados por especificidades próprias em seus campos, não estão imunes a interferências mútuas.

Introdução

Ocorre que as formas contemporâneas do adoecer, aqui exemplificadas pela anorexia e bulimia, assumem o papel de convocar as duas disciplinas ao diálogo. Diálogo que pode ser essencial para os médicos na conservação do seu lugar original.

Como parte do objetivo principal, pretende-se, então, fornecer ao profissional da medicina alguns caminhos que o façam refletir sobre a responsabilidade de suas escolhas, de seus caminhos, e de se fazer responsável por eles. Não se propõe um caminho a ser seguido, não são oferecidas certezas. Todos os caminhos são únicos e certezas fecham portas ao debate.

O caminho que resultou neste trabalho é pautado na atitude científica, a atitude de se fomentar a discussão sobre o caminhar da ciência e da medicina. Medicina que se propõe científica. Utilizar-se-á a atividade científica para colocar à prova o seu fruto: o relato desta tese.

3. METODOLOGIA

3.1. METODOLOGIA, MÉTODO E MATERIAL

Entre os termos método e metodologia há uma diferença semântica. De acordo com Turato (2003, p.153), o método compreende “um conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo”. Já a metodologia é a “disciplina que se ocupa de estudar e ordenar (no possível) os muitos métodos que concebemos...” (ibid., 2003, p.153). A metodologia refere-se, então, à filosofia das técnicas de pesquisa e o método ao próprio caminho.

Os dois métodos clássicos da pesquisa científica, o método quantitativo e o qualitativo, não se aplicam a este trabalho, pois o que se tem aqui é um ensaio teórico, que partiu de um mal-estar na prática clínica, que busca respostas e constrói formulações a partir de estudos teóricos e da evolução de minhas próprias experiências.

Como devemos nomear o método utilizado para este estudo? Trata-se de um estudo científico? Como classificá-lo dentro do sistema universitário?

Introdução

Houve uma dificuldade inicial nessa classificação, já que a metodologia foi sendo construída concomitantemente com o estudo do objeto, e mesmo o objeto só pôde ser plenamente explicitado após o término do estudo. Essa interferência retroativa das minhas investigações sobre o objeto de estudo apresentou-se como um aspecto metodológico essencial deste trabalho.

Quanto ao material utilizado, inerente à escolha do método, constou de pesquisa, na literatura especializada, sobre fatos históricos que se mostraram relevantes à construção do objeto de estudo, além de terem feito parte desse material, os aspectos clínico-qualitativos da prática médica. Foram investigados determinados pontos na evolução da medicina, alguns outros da psicanálise, bem como os da progressão do pensamento humano que se relacionassem à construção do objeto. Também introduzi textos de alguns filósofos e estudiosos de outras áreas do saber sobre questões pertinentes ao estudo. Para a definição da questão primordial, utilizei a experiência clínica acumulada na minha prática, como também expus alguns aspectos sobre o trabalho interdisciplinar desenvolvido no NIAB. Para isso, fiz uso da casuística e do estudo aprofundado de alguns casos clínicos atendidos em consultório ou no NIAB ao longo dos anos. São oito pequenos fragmentos de casos. Para exposição deles recebi aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa COEP. Os termos de consentimento livre e esclarecido estão no anexo G.

3.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

3.2.1. Trata-se de um estudo científico?

Diante dos impasses já mencionados, partiu-se da seguinte questão posta por Umberto Eco (2007, p.20-24): “Que é a cientificidade?”

Com essa pergunta básica, ele tenta definir a que título um trabalho merece chamar-se científico e conclui que isso acontece quando o estudo atende os seguintes requisitos (grifos do autor):

- 1) “O estudo debruça-se sobre um *objeto reconhecível e definido de tal maneira que seja reconhecível igualmente pelos outros*”. Falar em objeto não significa

dar-lhe uma existência física, mas significa “definir as condições sob as quais podemos falar, com base em certas regras que estabelecemos ou que outros estabeleceram antes de nós”.

- 2) “O estudo deve dizer do objeto *algo que ainda não foi dito* ou rever sob uma óptica diferente o que já se disse”.
- 3) “O estudo *deve ser útil aos demais*”.
- 4) “O estudo *deve fornecer elementos para a verificação e a contestação das hipóteses apresentadas* e, portanto, para uma continuidade pública. Esse é um requisito fundamental.” Ele esclarece o termo “continuidade pública” como a possibilidade de novas pesquisas, comentários, seguimentos que se possa dar à hipótese lançada, de forma que outros possam contestá-la ou confirmá-la.

Eco (ibid., 2007) escolhe, como exemplos práticos para sua proposição, algumas pesquisas bizarras, fora dos logaritmos e provetas, de forma a demonstrar que “os requisitos de cientificidade podem aplicar-se a qualquer tipo de pesquisa” (ibid., 2007, p.24).

Ao considerar tal explanação, pude concluir que este trabalho, por preencher os quatro requisitos definidos por Eco, merece ser chamado de científico em seu sentido lato.

3.2.2. Uma revolução no paradigma científico atual?

Paralelamente a esta questão, Boaventura Santos (1987), proeminente e renomado cientista social português, defende a existência de uma revolução no paradigma científico atual iniciada nas primeiras décadas do século XX. De acordo com ele, essa revolução já estaria acontecendo em outras áreas tradicionalmente consideradas como berços da ciência, como a física, a química e a matemática.

Einstein (1879-1955) a teria inaugurado com a teoria da Relatividade, segundo a qual a relatividade na simultaneidade de acontecimentos distantes não pode ser verificada, mas apenas definida. Sua descoberta fez cair por terra o tempo e espaço absolutos de Newton (1643-1727).

Na mecânica quântica, Heisenberg (1901-1976) e Bohr (1885-1962) demonstraram que não é possível observar ou medir um objeto sem nele interferir. O princípio da incerteza

Introdução

de Heisenberg expressa que não conhecemos do real (realidade) senão nossa intervenção nele, o que faz da distinção entre sujeito e objeto uma questão muito mais complexa, uma relação que se daria muito mais na forma de um *continuum* do que dicotômica.

Já Gödel (1906-1978), cujo trabalho mais famoso é o Teorema da Incompletude, afirma que qualquer sistema axiomático suficiente para incluir a aritmética dos números inteiros não pode ser simultaneamente completo e consistente. Isto significa que se o sistema é auto-consistente, então existirão proposições que não poderão ser nem comprovadas nem negadas por este sistema axiomático. E se o sistema for completo, ele não poderá validar a si mesmo - seria inconsistente.

Na química, Ilya Prigogine apresenta uma nova concepção da matéria e da natureza, a ponto de afirmar que “a vida só é possível longe do equilíbrio” ou que “vivemos o fim das certezas” (PRYGOGINE, p.18 e p. 193, respectivamente).

Por isso é que as questões levantadas por Santos (1987) levam-nos a pensar nas transformações pelas quais vêm passando o conceito de ciência. Até alguns anos atrás, trabalhos sustentados em metodologia qualitativa eram vistos como pouco ou não-científicos, o que não significa que exista hoje, na área médica, maior abertura para esse tipo de pesquisa. Quando muito, determinadas instituições têm aberto algumas janelas, refletindo quase sempre o trabalho solitário de uns e outros. Enquanto na área das Ciências Sociais as modificações vêm se esboçando, como defende Santos, mas na medicina ainda vivemos o auge da ciência baseada em evidências, a par do surgimento de algumas resistências a esta dominação.

Nas últimas décadas, a pesquisa médica foi invadida pelo método epidemiológico-estatístico, sobretudo nos campos da investigação clínica. A medicina clínica passou a ser subordinada à epidemiologia, em lugar de fazer uso dela, o que resultou na medicina baseada em evidências, como (quase) único paradigma científico aceito.

Por outro lado, alguns epistemólogos têm colocado em discussão a própria noção de ciência. Os estudos científicos clássicos, baseados em “logaritmos e provetas”, têm sido insuficientes para alcançar a dimensão do que se trata em medicina. Mas ainda é neste caminho que a medicina baseada em evidências se escora e encontra amplo respaldo junto à comunidade médica.

3.2.3. Qual o método utilizado? Qual o objeto de estudo?

Em um segundo momento, procurei responder a seguinte pergunta: qual o método utilizado?

Conforme delineado no item 3.1., onde faço um apanhado geral dos caminhos percorridos, só após o final destes, e a partir de um olhar que contemplou toda a trilha seguida, foi possível definir o percurso metodológico.

Enfim, posso dizer que este estudo é um ensaio teórico baseado nos impasses encontrados por mim no exercício da clínica médica desde o exercício em Centros de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, tornando-se mais agudos no ambulatório de endocrinologia e mais intensos no NIAB, além daqueles encontrados na clínica privada.

O método se baseia numa abordagem histórico-epistêmica sobre o lugar do médico ao longo da história, mas o interesse é, sobretudo, clínico. Trata-se de uma releitura do passado com alguns instrumentos do presente. O enfoque dado ao lugar do médico e os deslocamentos sofridos nesse lugar ao longo da história repercutem diretamente em seu poder.

A tensão entre a medicina antiga e a medicina científica-tecnológica é abordada para localizar o deslocamento da autoridade do médico com seu saber clínico para o discurso da ciência.

Não se trata, pois, de uma escrita ordenada e seqüencial dos fatos, de um refinamento progressivo ou de saber por que caminhos as continuidades puderam se estabelecer, como se formassem um horizonte único. Por essas razões o leitor poderá sentir certo desconforto na leitura dos capítulos, já que não há uma sistematização contínua. São, antes de tudo, capítulos que foram constituídos como peças avulsas. Resultam daí os “fenômenos de ruptura” que compõem um conjunto de achados com os quais vim me deparando durante a construção do meu objeto de estudo. Trata-se de um conjunto de conhecimentos articulados, mas que não se completam.

Minayo nos diz que o objeto “é geralmente colocado em forma de pergunta - é uma questão” (MINAYO, 1993, p.97). Portanto, o objeto de estudo deste trabalho é o lugar ocupado pelo médico durante a evolução da medicina e as transformações sofridas ao longo desta evolução, não como algo concreto ou espacial, mas sim como o lugar de um discurso. Discurso que foi iniciado por Hipócrates, o pai da medicina, quando a

Introdução

medicina era uma *technē* e se relacionava com a arte, até sua transformação em um discurso da técnica. Discurso este, contemporâneo e relacionado à presença maciça dos objetos tecnológicos na medicina, que trará conseqüências e impasses para o lugar original do médico.

Neste trabalho, o lugar do médico diante da anorexia e bulimia é examinado como paradigma para o questionamento de alguns dos motivos para alguns impasses encontrados pelos médicos diante das novas formas de adoecer.

3.2.4. Por que este e não outro?

Porque este caminho? O que levou a ele e não a outro?

Os vários impasses com os quais me deparei na clínica, no decorrer de longo percurso, levaram-me a encontrar na psicanálise o que mais tarde encontraria na medicina antiga - a *tychē*, o inesperado, a impossibilidade-, o que resultou numa reviravolta positiva em meu discurso médico. A necessidade de exprimir em palavras este acontecimento, com o objetivo de transmiti-lo aos meus pares fez-me tentar, inicialmente, a metodologia médica. Várias foram as tentativas, muitos foram os esforços, todos infrutíferos, até decidir por um retorno aos primórdios da medicina, na busca de explicações para as transformações da clínica. Foi durante esse retorno que me deparei novamente com a *tychē*, desta vez na medicina antiga, o que foi tanto uma surpresa quanto um primeiro indicador de que o percurso passava por aí.

Então, Heidegger e suas considerações sobre a técnica me permitiram clarear questões relacionadas à *tychē*, que, por sua vez, se relacionam com os impasses da clínica. A partir daí, fui à procura de explicações nos acontecimentos da era pós-moderna, domínio da medicina que esvaziou o lugar clínico, a medicina tecnológica.

Algo se perdeu na transformação da medicina antiga, relacionada à *technē* (arte), em técnica. Não se defende um retorno à medicina antiga, e nem o resgate de algum objeto perdido. Defende-se que a reflexão sobre a essência da medicina pode fazer com que, acompanhando a evolução científica, outra evolução ocorra. Pois a medicina apresentou tremendos avanços, tributários da evolução da ciência, embora não tenha evoluído em seus aspectos gerais; se pensada em relação à dimensão do homem que adoecer,

Introdução

podemos falar mesmo de uma involução. Foi por isso que a psicanálise foi introduzida, como alternativa para ajudar a repensar o lugar do médico. Repensá-lo, não reencontrá-lo. Procurei demonstrar que o que foi abandonado nesta passagem da *technē* à técnica não é específico da psicanálise, mas pertence à própria medicina – pertence ao Homem. A psicanálise se apropriou disso, enquanto a medicina já escolhia outros rumos, e trabalha no sentido de construir um certo saber fazer com isso.

E, se a anorexia e a bulimia foram apreciadas neste trabalho, foi justamente por terem sido um dos impasses mais instigantes em minha história profissional que me fizeram ir atrás de algo que a medicina atual não era capaz de me responder. É evidente que as considerações tecidas sobre esta clínica podem ser estendidas a várias outras patologias médicas, principalmente se se considerar as novas formas do adoecer contemporâneo. Afinal, trata-se do lugar do médico e de sua autoridade, independente de qual seja a doença apresentada. Fundamentalmente, é um exame de seu lugar, como discurso, e dos princípios de seu poder *perante o doente*.

3.3. ESCLARECIMENTOS SOBRE ALGUMAS NOMEAÇÕES

3.3.1. Para conhecer é necessário dividir

Esta afirmação cartesiana é a demonstração máxima da impossibilidade do saber.

Como irei demonstrar neste trabalho, sabe-se, desde a fundação da medicina, que, para ocorrer algum avanço é necessário que algo se perca. Assim se deu quando Hipócrates fez um corte em relação às explicações divinas para as doenças, avançando em direção à racionalidade. No entanto, para os estudiosos, o ser humano e a natureza (cosmos) ainda se mesclavam, havia um conceito holístico do homem, a par das enormes dificuldades que encontravam para definir e apreender as coisas do mundo.

Mais tarde, Descartes traduziu, com a proposição indicada neste sub-título, a necessidade de estabelecer uma divisão entre o ser humano e a natureza. Na medicina, o próximo passo foi a divisão do Homem, o qual passou de cosmos a corpo, por isso nomeado homem em várias partes progressivamente menores.

O conhecimento humano, que vem avançando a passos largos, é produto deste artifício. Para a humanidade formar um corpo de conhecimento, foi necessário dividir. O que não

Introdução

podemos perder de vista é a artificialidade desta divisão. Ela é necessária pela impossibilidade da concepção de um todo. O Homem, a Natureza, o Universo, o Cosmos, como um todo, é inconcebível para o ser falante. O que resultou desta divisão foram, então, fragmentos. Entre os fragmentos do saber há um espaço vazio. Neste espaço vazio, aloja-se o impossível de saber. É disso que se trata quando a ciência do século XX introduz conceitos como relatividade, incerteza, incompletude, desequilíbrio; quando a filosofia introduz o imponderável lógico, e a psicanálise o conceito de que a relação sexual não existe. Estes conceitos falam da impossibilidade de se fazer um todo com os vários fragmentos do saber e, por isso, o homem os organiza em disciplinas. Daí também derivam os ideais da transdisciplinaridade, bem como da medicina psicossomática que, na contramão desta impossibilidade, pretenderiam ligar os vários saberes para a construção de um novo, ou, no caso desta última, ligar o psíquico ao orgânico, numa visão holística.

Deve-se perguntar se se aplica a questão sobre qual disciplina se ocuparia de estudar o objeto Homem. A rigor, a resposta é não, pois todas as disciplinas estudam aspectos do Homem. Este fato deve estar sempre no horizonte de um estudioso do Homem. A divisão é arbitrária, necessária, mas insuficiente para apreender o Homem.

Esta divagação justifica-se para tentarmos descobrir a razão da dicotomia mente-corpo sobre a qual se debate a disciplina do conhecimento que se convencionou chamar de medicina.

Ao médico é importante saber que o que ele trata é, em primeira instância, o Homem. Para ser possível seu estudo, foi necessário reduzi-lo a objeto, objeto de estudo. No entanto, esta divisão, se é necessária, implica em algo que se perde. Quando se instala a dicotomia mente-corpo, é necessário saber que ela existe porque algo é perdido. O hífen instala um espaço, um vazio. Mas é indispensável saber que se algo se perde, não deixa de existir. Passa a existir no terreno do não-saber, na incerteza, na incompletude, no desequilíbrio, na relatividade, no imponderável, ao qual é impossível ao homem ter acesso no terreno das palavras, da linguagem.

O médico lida com o Homem, mas isso é da ordem da impossibilidade. Por isto, ele dividiu seu objeto, estudando o homem em seus aspectos orgânicos e tendo dificuldades com o que os ultrapassa.

As disciplinas que estudam os aspectos mentais do homem, como a psiquiatria e a psicologia, também não podem perder de vista esta perspectiva. Deveriam ter em seu horizonte perguntas como: o que vem a ser o mental? Também lidam com o Homem,

Introdução

mas também sob a ordem da impossibilidade. Estudam sua mente e têm dificuldades com aquilo que a ultrapassa.

A medicina psicossomática pretende fazer uma síntese mente-corpo, uma junção, acreditando ser possível, desta forma, a apreensão do Homem.

A psicanálise, com os conceitos de gozo e falha epistemo-somática³, introduz o conceito de sujeito do inconsciente, em contraposição ao conceito de mental. O sujeito do inconsciente não é sem o corpo. No entanto, a falha epistemo-somática introduz a impossibilidade de junção entre o sujeito do inconsciente e seu corpo, pois aí se introduz o impossível, um vazio.

A simples existência destas disciplinas indica-nos a fragmentação do conhecimento e a tentativa de cada uma em dar conta do que é impossível.

Qual delas poderia dizer a Verdade sobre o Homem? A Verdade existe?

Por estas razões, a incompletude das palavras trouxe-me dificuldades para nomear o homem de acordo com a perspectiva que era de meu interesse destacar em cada momento do texto. Chamei-o de indivíduo, sujeito, paciente e doente, quando considerado na perspectiva médica, e de sujeito do inconsciente, quando considerado na perspectiva psicanalítica.

Todavia, mesmo esta divisão é difícil, pois, além de artificial, é estanque. Perdoem-me os leitores, mas, para evitar que os conceitos de cada disciplina se confundissem, posso ter tornado as coisas um pouco confusas.

Também encontrei dificuldades ao pretender dividir os médicos e a medicina, os psicanalistas e a psicanálise. Ou seja, separar as disciplinas dos profissionais que as aplicam. A ilusão é a de que essa separação exista, mas isso é impossível. A divisão foi necessária para compreendermos que há realmente uma diferença entre o indivíduo que utiliza uma ferramenta e a ferramenta em si. No entanto, quem faz a ferramenta, confunde-se com ela, isto não pode ser esquecido.

Concluindo, não podemos perder de vista a incompletude, a incerteza, o desequilíbrio, a relatividade, o imponderável, o impossível, que a linguagem e os saberes comportam. Ela é uma ferramenta que traz em si todas essas características e é uma tentativa de fazer algo com o impossível.

³ Os conceitos de gozo e falha epistemo-somática serão desenvolvidos na página 163

3.3.2. Considerações sobre a periodicidade na medicina

Observa-se, neste trabalho, que a medicina assumiu diversas configurações ao longo da história e, para separar os diversos períodos históricos, utilizei designações diferentes das usuais.

Por exemplo, quando se pode dizer que a medicina ocidental se tornou científica? Até quando se pode falar de uma medicina hipocrática?

Não há como fazer separações estanques, abraçando uma data qualquer como corte. Como afirma Sigerist (1979, v.1, p.3), grande historiador da medicina: “no início do século XIX a medicina antiga ainda estava viva”. Do mesmo modo, se a Grécia Antiga é admirada por ter sido o berço da ciência ocidental, só se pode chamar de ciência, como a concebemos na era moderna, àquela que se desenvolveu a partir das descobertas de Galileu, no século XV. Turato (2003, p.65-66), faz uma explanação sobre o desenvolvimento do conceito de ciência a partir de Einstein que afirmava:

“Admiramos a Grécia Antiga porque fez nascer a ciência ocidental. Lá, pela primeira vez, se inventou a obra-prima do pensamento humano, um sistema lógico, isto é, tal que as proposições se deduzem umas das outras com tal exatidão que nenhuma demonstração provoca a dúvida.” (EINSTEIN, A. Como eu vejo o mundo. In: TURATO, 2003, p. 65)

Entretanto, esclarece o autor,

“... a concepção atual de ciência possui cerca de quatro séculos (...), tendo seu início formal com o físico e astrônomo italiano, nascido em Pisa, Galileu Galilei...(...). Nos dizeres de Einstein, *a descoberta e o uso do raciocínio científico por Galileu foi uma das mais importantes realizações na história do pensamento humano e marca o início real da física*, ciência que freqüentemente é apontada como aquela que, historicamente, mais tem servido de modelo, em termos de cientificidade, para todas as áreas do conhecimento humano. Paradigmaticamente, da astronomia e da física galileana, nasce, portanto, a ciência moderna...” (TURATO, 2003, p. 175)

Apesar de a medicina hipocrática ainda existir como prática até o século XIX, chamarei de *medicina antiga* à medicina originada em Hipócrates, nascida na Grécia Antiga e praticada até a época do Renascimento. Assim como, a rigor, poder-se-ia chamar de científica a medicina que se desenvolveu do Renascimento até os nossos dias. No entanto, por se tratar de uma época muito abrangente, optei por chamar de *medicina científica* aquela que foi praticada entre o Renascimento e o final do século XIX. A fase da medicina científica que vai do final do século XIX ao início do XX foi chamada de

Introdução

medicina moderna, e a medicina científica, de meados do século XX até nossos dias, foi chamada de *pós-moderna*, período em que se radicaliza o emprego dos recursos técnicos da ciência, já utilizados na medicina da fase anterior.

Nomear as fases da medicina científica, a partir de Galileu, como é feito classicamente, através de seus paradigmas anátomo-clínico, biológico e tecnológico, poderia gerar confusão, porque a divisão em tais paradigmas não foi importante no desenvolvimento deste trabalho. Por isso, optei por outra divisão, em que enfatizo os aspectos da medicina relacionados ao pensamento humano de cada era.

3.3.3. A nomeação dos profissionais relacionados à saúde mental

Na página 155, faço referência aos profissionais que trabalham na área que se costuma chamar de saúde mental. Quem ou quais seriam os profissionais de saúde mental? É uma primeira pergunta. Poderíamos generalizar e responder que este grupo engloba os campos da psicologia, psiquiatria e psicanálise. Entretanto, o termo “saúde mental” implica em saúde, em oposição a doença. Mas para a psicanálise, o mental não implica em saúde ou doença, não implica no alcance de uma harmonia. Então, deparamos-nos com uma segunda pergunta: o que significaria o termo mental? Para a psiquiatria, o mental não ultrapassa os limites do corpo; para a psicanálise lacaniana, ultrapassa-o.

Não foi possível achar um nome para reunir indistintamente todos os profissionais que trabalham nesta área. Contudo, necessitando reuni-los como ilustração para o que aqui se discute, encontrei no prefixo *psi* a saída. *Psi* é o nome da vigésima terceira letra do alfabeto grego, Ψ. Usada pela Psicologia, e por trazer uma significação mais aberta, será utilizada neste trabalho para reunir as disciplinas acima citadas.

PARTE I

Um doente, a medicina,
um médico, a doença
e o Homem

Capítulo 1. O Homem e a medicina

*“Toda a literatura consiste num
esforço para tornar a vida real.”
Fernando Pessoa*

Pode-se dizer que a medicina seja fruto das relações históricas, sociais, políticas e econômicas dos homens na tentativa de explicar sua existência como ser humano e não só como um ente físico. Ao longo da história, as maneiras de o homem justificar sua existência, dando-lhes um corpo, mudaram consideravelmente. Uma dessas formas surgiu na medicina e no trato do corpo são/doente, que passaram das interpretações mágicas e divinas, nos primórdios da civilização, para um início de organização e racionalização a partir de Hipócrates. Este demarcou o campo da medicina e delimitou dos lugares do médico, do doente e da doença.

Lopes (1969) descreve que, até então, o espanto diante de certas funções elementares do organismo levaram os primitivos a justificá-las por meio de forças desconhecidas e sobrenaturais, cuja existência pressentiam, mas não compreendiam. Desenvolveu-se uma medicina mágica, que logo tomou forma de medicina demonista e sacerdotal. Os sacerdotes eram os conhecedores das “linguagens dos deuses” e utilizavam também de passes mágicos relacionados com a astrologia.

Dois mil anos antes de Cristo, o rei da Babilônia criou uma diferenciação nítida entre a classe dos médicos e a dos cirurgiões no primeiro código de leis conhecido na história humana e que levou seu nome, “Código de Hamurabi”. Neste, existe toda uma minuciosa legislação que incluiu a primeira codificação sobre a atuação do médico. Ainda assim, eles não podiam evitar a grande concorrência com os curandeiros e feiticeiros, os quais desfrutavam de influência maior junto ao povo.

Foi apenas por volta de 500 anos a.C., durante a era áurea do pensamento grego, que Hipócrates organizou e direcionou o que ele chamava de arte médica. A partir daí as doenças não mais derivavam dos caprichos divinos, estavam mais para desequilíbrios da natureza, e os homens poderiam ter sobre elas alguma compreensão. A delimitação da tríade hipocrática - o doente, a doença e o médico - centrada no homem, considerava as doenças como “ferramentas intelectuais que permitiam compreender certas

regularidades dos processos naturais”, ou seja, a doença era uma abstração intelectual do homem, não um outro ser separado dele (GOUREVITCH, 1994, p.40). Os médicos ainda tinham a percepção de que seu saber era dividido entre os mistérios do corpo (e estes, na medida em que se tornavam explicáveis, deixavam de ser mistérios), e o inexplicável, os mistérios a que chamavam alma. O objeto da medicina era o homem em seus aspectos relacionados à saúde e à doença. A autoridade médica ainda era tímida e veementemente combatida pela filosofia.

Apenas muitos séculos depois, a medicina pôde deixar esta fase a que Claude Bernard presunçosamente chamou de infantil, ao proferir uma conferência em 1871 sob a célebre pintura do teto do anfiteatro do Collège de France, quando fez o seguinte comentário sobre os patronos da ciência e o desenvolvimento científico da medicina no século XVII:

“Aqui mesmo, nas pinturas que ornaram o teto deste anfiteatro, vedes Aristóteles e Hipócrates curvados sob os pés dos anos e da ciência. Se é um emblema da ciência o que se quis representar, seria preciso tomar o sentido oposto, e, no lugar de velhos, pintar crianças que estavam em suas primeiras balbúncias”. (CANGUILHEM, 1994, p.411)

A medicina entrou, então, a partir do século XIX, no que a ciência chamaria de sua “real incursão científica”, quando algo do que era misterioso e obscuro e que, apesar das explicações possíveis, não era visível, foi-se revelando aos médicos através do olhar. O obscuro foi iluminado por meio da anatomia, da fisiologia, da química, da patologia, da epidemiologia, da teoria infecciosa.

Como nos diz Foucault, “a coincidência exata do «corpo» da doença com o corpo do homem doente é um dado histórico e transitório” (FOUCAULT, 2003, p.1). Ela se deu quase dois mil anos após a constituição do campo da medicina, quando foi possível estabelecer uma nova relação entre o “visível”, que era objeto da observação, e o “invisível”, que era objeto de estudo da ciência. Ou seja, quando alguns mistérios do funcionamento do corpo passaram a ser “visivelmente” explicáveis, provocando uma nova articulação entre as palavras e as coisas, entre o que era formulado e o que era observado:

“Isto não significa que depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além do seu domínio. Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo ver e dizer...” (ibid., 2003, p.x)

Os médicos passaram a “enxergar” a doença, e a tríade hipocrática sofreu seu primeiro grande impacto. As doenças começaram a dominar o campo da medicina, passaram a existir como seres destacados do doente e foram, a partir daí, intensamente definidas, nomeadas e classificadas. Da tríade hipocrática, a doença se sobressaiu. Com isso, foi ela quem passou a falar; o médico queria apenas ver, escutar, saber sobre a doença. Ela, que havia sido considerada, sob a medicina antiga, uma abstração intelectual do homem, ganhou corpo, transformou-se e se destacou. O médico passou a crer que a verdade sobre o paciente era a doença que ele via e tocava, ou nomeava. Paradoxalmente, no século XIX, esses profissionais se viram às voltas com as cegueiras e paralisias históricas, quando, apesar de exaustivas pesquisas, não encontravam o que ver ou tocar, já que a fisiologia ocular e a neurológica se apresentavam intactas.

Nos séculos XX e XXI, o poder da técnica invadiu o campo médico, colocando todos sob o jugo da ciência e da tecnologia e excluindo o julgamento pelo homem. Este segundo impacto - o primeiro atingira mais o paciente - atingiu, neste momento, também o lugar do médico, de forma mais evidente. As doenças e suas amplas possibilidades passaram a ter mais importância do que o doente e o médico.

Quem dita a palavra de ordem no século XX é a doença, substrato de ação da ciência e da tecnologia. O homem - doente e médico - está apagado, silenciado. A subjetividade está apagada. É a vez do objeto-doença dominar, de forma que já nem é preciso mais uma doença se manifestar para se estar sob o jugo da ciência. O objeto-doença domina, estando presente ou não, em suas formas de evitação e prevenção. Substrato da ciência, submete doentes e médicos aos seus caprichos; submetidos, ambos trabalham para a manutenção deste *status quo*. Continuam parte integrante e importante da antiga tríade hipocrática, mas já não têm voz.

A partir da transformação da doença em objeto *mor*, a dor de existir, antes etérea, passa a ter, além de nome, medicações eficazes aprovadas pela “medicina baseada em evidências”. O sofrimento dos doentes, assim corporificado, pode ser nomeado e classificado por modernos manuais. Além disso, se seguir um rígido protocolo, o médico é capaz de fazer diagnósticos com o auxílio de aparelhos de tecnologia de ponta, para, finalmente, a doença ser tratada pelos mais recentes e eficazes medicamentos da indústria farmacêutica ou terapêutica.

Entretanto, se esta é a realidade da medicina ocidental contemporânea em rápido processo de globalização, aquele algo de inexplicável que o homem não deixava de perceber, que o dividia e com o qual a medicina antiga tentava lidar, aquilo que o

homem não conseguia corporificar, não cessou de se manifestar. Ainda resta ao doente a luta por existir como ser humano e não como o portador de uma doença explicável, criada pela ciência. Este novo doente, que teima desesperadamente por fazer existir seu inexplicável, traz ao médico novas “doenças”, ainda mais desafiadoras: anorexia, bulimia, obesidade mórbida refratária às mais modernas cirurgias gástricas, toxicomania, distúrbios de atenção, depressão, suicídio, assassinato em massa em escolas, etc. Os doentes que decorrem dessa nova nosografia querem que os médicos, representantes de uma ciência cada vez mais inovadora, digam a eles o que eles têm em seu corpo e tratem de seus sofrimentos. Porque atualmente se acredita que tudo possa ser corporificado em objetos, inclusive em objetos-doença. Ao mesmo tempo, os doentes apresentam aos médicos novos modos de adoecer, os quais que colocam à prova todo o saber da medicina.

A medicina, por sua vez, subordinada aos mandamentos do modelo científico dominante - o modelo tecnológico que tem como produto recente a medicina baseada em evidências -, responde com mais tecnologia, acreditando que é preciso procurar pelo saber que falta para “enxergar” a verdade.

Atônitos, alguns médicos que também teimam por existir como tal e não como simples representantes da ciência, percebem as limitações desta, mas se encontram muitas vezes encurralados. Cada um tenta dar corpo a seu sofrimento a sua maneira, muitas vezes assumindo ainda mais ferozmente o lugar de representante da ciência. Agregam-se em instituições que lhes garantam autoridade, agarram-se a protocolos pré-estabelecidos tratando todos os doentes como se fossem um. Pensam garantir-se contra os processos jurídicos e também da angústia de não saber de que sofre o doente, porque o protocolo estaria no lugar do saber. Mas muitas vezes, resta ao médico fazer com seu mal estar o que muitos doentes, dos quais ele trata, fazem: tratá-lo com os excessos.

Sem nenhuma lesão orgânica localizável, e para excluí-las o médico tem a sua disposição os mais elaborados e dispendiosos exames, alguns pacientes se recusam a se alimentar ou provocam vômitos incessantes, chegando a pagar por isso com a própria vida. Pagam pelo direito de recusa numa época da história humana em que problemas de escassez de alimentos são principalmente de ordem política.

Para os médicos, perplexos, é difícil suportar esse novo tipo de doente que recusa ajuda, ou que, se parece consentir com ela, não responde bem ao tratamento, não colabora, não se adequa aos melhores protocolos. Resta aos médicos utilizar métodos mais e mais coercitivos, acreditar na associação de dezenas de medicações, encaminhá-lo a algum

dos profissionais *psi*, ou, já esgotados todos os recursos, abandoná-lo à sua própria sorte. Estas escolhas só podem ser explicadas pela crença de que a “cura” de tais problemas esteja mesmo com a medicina da era pós-moderna. Entretanto, Hipócrates já alertava, em seu tratado *Arte*, para áreas do sofrimento humano onde a medicina não opera, mas que por fazerem parte de seu objeto de estudo, o Homem, o médico antigo não podia se esquivar de enfrentá-las como limitações à sua arte:

“De fato, pedir à arte o que não é da arte ou à natureza o que não é da natureza é ser ignorante e ser de uma ignorância que está mais ligada à loucura do que a falta de instrução. Sobre as coisas nas quais nos é dado ter capacidade de ajuda pelos instrumentos fornecidos, pela natureza e pelas artes nós podemos operar; nas outras nós não o podemos. Então, quando um homem sofre um mal mais forte que os instrumentos da medicina, não se pode sem dúvidas esperar que ela triunfe. (...) Neste caso, com efeito, onde o fogo fracassa, como não ver que o que ele não consome pede indubitavelmente o emprego de uma arte outra que não seja aquela cujo fogo é um instrumento?” (GOUREVITCH, 1994, p.184)⁴

Não há pessoa que, em plena capacidade intelectual, ignore que a medicina científica e tecnológica tenha trazido grandes avanços para o homem em relação ao trato do seu corpo. Isto é inquestionável e é uma grande vitória do espírito humano. Por isso, é preciso esclarecer que este trabalho não faz a defesa de um retrocesso da medicina. Pelo contrário. Trata-se aqui de contribuir com questionamentos, a partir da visão panorâmica da definição do lugar do médico, um dos constituintes da tríade hipocrática, para o entendimento do que lhe falha em meio ao grande avanço científico da medicina. Interessa à ciência que o conhecimento caminhe. Mas o que se percebe é que, desde o fim do século XX, a medicina vem se confrontando com um caminho ainda mais cheio de pedras.

O que querem dizer esses pacientes voluntariamente desnutridos em plena era de abundância?

A doença, a medicina, o homem. O que quer o homem neste caminho por ele escolhido, já que a medicina é sua criação, o médico instrumento dela, e a doença, de certa forma, criação feita pelo homem através da medicina? Uma criação para dar conta do doente, daquilo que deveria ser a causa, que, no sentido posto por Aristóteles, é “aquilo que responde por alguma coisa ou se responsabiliza por ela” (CHAUÍ, 2002, p. 389).

Talvez a resposta esteja no fato de que não exista O médico, mas sim um, mais um, mais outro médico. De que não exista O doente, mas um, mais um, mais outro doente.

⁴ Todo o tratado **Arte** está traduzido no Anexo A desta tese, p. 243.

Parte I. Um doente, a medicina, um médico, a doença e o homem

Como já percebiam os médicos na época de Hipócrates: “Não há algo como O homem.”
(EDELSTEIN, 1987, p.108)

Assim devem ser considerados os sujeitos da tríade hipocrática, o doente e o médico: um a um, em sua singularidade. Singularidade que faz brotar no paciente o que tem de mais humano, e em cada médico, sua produção mais poética.

Capítulo 2. Hipócrates e as origens da medicina racionalista

“Na arte médica é fundamental o princípio de que as conquistas, que constituem o patrimônio do passado, devem servir de base às investigações do presente.”
Hipócrates

Tudo começou com um pai, filho de um deus assassinado.

Por volta do século VIII a.C., tanto a causa como a cura das doenças eram atribuídas às divindades. Asclépio, que figura como o Príncipe de Trinca, o irrepreensível médico da *Iliada*, citado por Homero como um simples mortal, é também considerado por ele o maior médico da época. De acordo com a lenda, Asclépio era filho de Apolo e da ninfa Coronis. Criado pelo centauro Quiron, que lhe ensinou o uso de plantas medicinais, tornou-se um médico famoso que, além de curar os doentes que o procuravam, também ressuscitava os que ele já encontrava mortos, ultrapassando os limites da medicina. Foi, por isso, fulminado por Zeus com um raio. Após sua morte, foi cultuado como o “deus da medicina”. Com a conquista da Grécia pelos romanos, que assimilaram os deuses da mitologia grega, mas trocaram seus nomes, Asclépio passou a se chamar Esculápio. É simbolizado por um bastão tosco contornado por uma serpente (REZENDE, 2001).

São várias as obras onde podemos encontrar referências ao nascimento da medicina, uma se complementando a outra.⁵

Este nascimento se deu na Grécia com Hipócrates, que, por afastá-la das explicações divinas, foi considerado o “pai da medicina”.

Os homens de sua descendência paterna eram *asclepiades*, médicos que mantinham a tradição familiar de transmissão do saber e da prática médicos e se diziam descendentes do deus Asclépio.

⁵ LOPES, 1969; SINGER, 1961; SINGER, 1928; MAJOR, 1954; METTLER, 1947.



Asclépio, o deus da Medicina. Cópia romana provável de um original grego da autoria de Alcámenes. Data do original: c. -400. Musei Vaticani, Braccio Nuovo.

Nascido em Cós, no ano de 450 a.C., Hipócrates é, ao mesmo tempo, um personagem histórico e mito.

“Quanto ao mito propriamente dito, ele aparece rapidamente após a morte do personagem histórico; continua a se enriquecer durante a Idade Média, e, mesmo na Grécia, ainda à época contemporânea: aquele de um médico perfeito homem de bem, grande descobridor, psicólogo sutil; aquele de um sábio, insensível aos sortilégios do mundo; aquele de um imperioso «pai da medicina», inventor ainda das finezas da deontologia, defensor do segredo médico.” (GOUREVITCH, 1994, p.9)

Contemporâneo de Sócrates, Pitágoras, Buda e Confúcio, foi um dos pioneiros em codificar e organizar a medicina em direção a caminhos racionalistas, afastando-se das práticas exclusivamente religiosas e aproximando-se das escolas filosóficas. Cós, a escola de Hipócrates, representava a valorização do pensamento e da experiência.

Discute-se se teria sido mesmo Hipócrates o criador de toda a obra contida no *Corpus Hippocraticum* - sessenta e seis tratados sobre temas relacionados ao corpo humano, um juramento e um pequeno livro de leis - ou se alguns textos seriam de autoria de seus contemporâneos. À parte tal discussão, é importante observar que a história da medicina é feita por indivíduos, e, como enfatiza Sigerist em um dos mais conceituados estudos sobre a história da medicina,

“isso é como deveria ser, pois a humanidade tem um débito de gratidão para com os homens que contribuíram para sua liberação dos grilhões das doenças e também porque toda profissão necessita de seus heróis, inspirando exemplos para os jovens seguirem” (SIGERIST, 1951, v.1, p.12).

O certo é que Hipócrates condensou e organizou as tendências da época, ditando as bases da medicina que iriam vigorar até o século XIX d.C. Seus escritos, muito difundidos na idade antiga, principalmente à época do Império Romano, ficaram

perdidos nos crepúsculos da Idade Média, quando foram estudados através dos trabalhos de Galeno.

Hipócrates liberou a medicina da tutela sacerdotal e deu início à sua separação da filosofia, pois, apesar de os gregos terem sido os primeiros europeus a considerar questões sobre astronomia, matemática, física e biologia, foi somente à época de Aristóteles, um século mais tarde, que a ciência foi reconhecida como uma disciplina diferente da filosofia. Todavia, só tarde, com Galileu, é que a ciência será denominada moderna, aquela a que alguns costumam chamar de verdadeira ciência.

Hipócrates agrupou os conhecimentos esparsos das diferentes escolas vigentes em sua época, instituiu normas de conduta moral para o “verdadeiro” médico e procurou estabelecer e unificar o saber médico em um discurso próprio da disciplina. A medicina deveria depender da arte da inspeção clínica, da observação e, acima de tudo, da crítica bem orientada e austera. Esse era seu mote.

“Em Cós a primeira coisa que o médico deve fazer diante do doente é considerar aquilo que pode ver, tocar e ouvir; o que é perceptível por meio da visão e do tato, da audição e do olfato, do paladar e do pensamento; aquilo que podemos chegar a conhecer por todos os meios de que dispomos” (LOPES, 1969, p. 99).

Por mais de dois mil anos, os escritos de medicina antiga, principalmente o *Corpus Hippocraticum*, foram consultados como fonte de informação, como referência de autoridade, tendo sido abandonados apenas no século XIX após o surgimento da medicina científica.

2.1. O CORPUS HIPPOCRATICUM

Sobre este assunto, várias obras importantes podem ser consultadas.⁶

Aconteceu com os trabalhos de Hipócrates o que também aconteceu com os trabalhos de outros pensadores da idade antiga: Platão e Aristóteles.

⁶ CAIRUS, 2005; WERNER, 2003; SCHIEFSKY, 2005; JOUANNA, 1999; SINGERIST, 1961; GOUREVITCH, 1984; GOUREVITCH, 1994; EDELSTEIN, 1967.

Entre o período que vai de sua composição e compilação até sua interpretação, permeiam muitos séculos de história, durante os quais o percurso dos manuscritos, de suas cópias e reproduções esteve propenso a acidentes de variada ordem. A primeira edição impressa, completa, do trabalho de Hipócrates foi a tradução em latim de Fabius Calvius, publicada em Roma em 1525, na época da invenção da imprensa. No ano seguinte, outra edição grega foi publicada por Aldus, em Veneza. Anutius Foës, médico de Metz, passou 40 anos fazendo uma tradução, também em latim, que, publicada em 1595, manteve-se como uma das melhores edições do trabalho de Hipócrates (MAJOR, 1954, v.1, p.119). Foi apenas em 1839 que Emile Littré, médico e filólogo, discípulo dissidente de Comte, fez circular a primeira e mais completa tradução da obra hipocrática, do grego para o francês, trabalho que tomou dele mais de duas décadas. O criterioso exame filológico não o impediu, porém, de imprimir a marca de seu tempo:

“... a vontade do filólogo o impele a considerar que o jargão positivista é adequado para expressar a sua idéia de conhecimento. Littré parece ter encontrado no tratado sua própria opinião.” (CAIRUS, 1999, p.9)

Indiscutivelmente, os trabalhos de Hipócrates nortearam a medicina e os médicos até pelo menos o século XIX, quando então foram abandonados, considerados não-científicos. Eles voltam à discussão no final do século XX. Após um primeiro colóquio, acontecido na Alemanha em 1972, médicos e historiadores da medicina vêm se reunindo de três em três anos para apresentação e publicação de trabalhos sobre o assunto (EIJK, 2007, p.653). O que será que os motiva neste momento da medicina?

De início, observa-se certa tensão ao se analisar a grande obra hipocrática. Os estudiosos se dividem a respeito de quem seriam os reais autores de cada volume, pois é consenso que a coleção resultou do trabalho de vários autores pertencentes a diferentes escolas. Discute-se ainda quais seriam as obras genuínas. Embora não seja o caso de trazer aqui este debate, deve-se reconhecer o esforço dos filólogos em determinar a origem das obras, se seriam do próprio Hipócrates ou de autores de *Cnidos*, *Cós* ou de outras escolas. Essa pesquisa sobre a paternidade das obras está ligada principalmente ao conteúdo dos tratados e à sua forma de redação.

Uma das oscilações observáveis no conteúdo da obra, principalmente quanto à maneira de conceber os estados patológicos, decorre da tensão entre a escola de *Cnidos*, geograficamente mais próxima da Mesopotâmica e da Ásia, e, por isso, mais susceptível à influência estrangeira, e a escola de *Cós* (SIGERIST, 1961, v.2, p. 290). A escola de *Cnidos* era criticada por negligenciar os sintomas, dar pouca atenção ao correto

prognóstico e por formar um sistema diagnóstico muito artificial. De acordo com ela, as doenças poderiam ser inúmeras, já que cada sintoma experimentado pelo paciente era reunido para constituir uma doença e recebia um nome diferente. Os médicos de Cós criticavam esse entendimento, pois, por também considerarem que os sintomas podiam ser ilimitados, percebiam que só adquiriam sentido médico se fossem integrados a uma perspectiva histórica, de forma diversa à compreensão daqueles.

Na escola de Cós, a visão global da saúde e da doença era favorecida, dava-se prioridade ao corpo inteiro e à personalidade do doente. *Cnidos* favorecia em primeiro lugar as partes do corpo, depois as doenças. Entretanto, Gourevitch defende que talvez essas diferenças não decorressem tanto das diferenças doutrinárias entre as escolas, mas sim da diversidade entre os indivíduos (GOUREVITCH, 1984).

Na história da medicina que irá se desenrolar posteriormente, várias são as ocorrências de divisão no pensamento médico, uma tensão que, além de natural, também é saudável. A divisão entre grupos de médicos que, pode-se dizer, tenham uma visão mais global do paciente, e grupos que têm uma visão mais relacionada às partes que ao todo do paciente, estará sempre se repetindo.

De qualquer forma, através do *Corpus Hippocraticum*, a medicina da antiguidade tomou forma de um corpo e pôde, assim, ser transmitida, estudada e discutida através dos tempos.

2.2. A MEDICINA NA GRÉCIA ANTIGA

2.2.1. O arcabouço do homem

Edelstein (1987) traz profundas contribuições, em suas pesquisas e discussões, para o retrato da medicina na época da Grécia antiga. Traçando um panorama de seu livro *Ancient Medicine*, ele salienta que toda a filosofia grega, desde os fragmentos pré-socráticos, até os escritos de Platão e Aristóteles, os estóicos ou os epicuristas, todos, idealistas ou materialistas, discutiam a estrutura, o arcabouço do homem. “Tudo na mente do homem aparecia em relação próxima com seu corpo” (ibid., 1987, p.349). A compreensão filosófica que considerava a dimensão do homem guiou os médicos em seus estudos biológicos, fisiológicos e antropológicos, os quais, por sua vez, consideravam a dimensão do corpo do homem, de forma que eles compreendiam ser o corpo do homem parte de uma dimensão maior.

Os filósofos eram professores dos médicos e eram, inclusive, seus antagonistas na luta pela liderança na condução da vida, censurando severamente a ambição médica que consistia em prescrever ao homem o que acreditavam que lhe convinha. Mas o médico era também um filósofo: era a dimensão do homem que comandava os estudos sobre a dimensão do que acontecia em seu corpo, e não o contrário.

Na atualidade, assistimos a uma inversão na hierarquia entre essas dimensões. É o que se verifica, por exemplo, na fala e no comportamento de pacientes anoréxicos e/ou bulímicos quando clamam, cada vez com mais veemência, que nada mais haveria do que a dimensão de seu corpo: “Eu sou meu corpo!”, é o que muitos afirmam e acreditam. Ou quando, reiteradas vezes e de diferentes formas, publicações em veículos da mídia dão testemunho dessa inversão. Recentemente, manchete estampada na capa da revista semanal de maior tiragem brasileira - e a quarta em tiragem mundial⁷ - afirmou: “Você é o que você come.”

⁷ “VEJA é a quarta maior revista semanal de informação do mundo, sendo superada apenas pelas americanas Time, Newsweek e U.S. News and World Report”. (informação disponível em: http://veja.abril.com.br/idade/publiabril/midiakit/veja/circulacao_importancia.shtml, acesso em 05/maio/2008).

Na Grécia Antiga, os médicos tentavam compreender as questões da vida e da morte, da doença e da saúde, a partir de um ponto de vista que alcançasse o *todo*, ao qual também se referiam como *natureza*. Debatida desde a antiguidade, esta é uma questão que divide os eruditos até hoje: do que se trata esse *todo*?

Em “Fedro”, Platão, contemporâneo de um Hipócrates já idoso, aborda a questão da dimensão do homem através de um debate com Sócrates:

- Sócrates: “E a natureza da alma, então crês que é possível compreendê-la adequadamente sem (compreender) a natureza do todo?”
- Fedro: “Se devemos efetivamente acreditar em Hipócrates, da família dos asclepiádes, nada (se compreende) a respeito do corpo sem esse método”.
- Sócrates: “E ele, meu amigo, tem razão. É necessário, porém, em relação a Hipócrates, examinar (nosso) argumento de perto e observar se ele está de acordo.”
- Fedro: “Acho que sim.”
- Sócrates: “Observa, portanto, o que dizem sobre a natureza Hipócrates e também o argumento verdadeiro. Não é desse modo que se deve pensar a respeito da natureza de qualquer coisa? Primeiro, é simples ou complexa a arte que pretendemos praticar e que (pretendemos) tornar outras pessoas capazes (de praticar)? Depois, se ela for simples, verificar qual a sua força, para quais ações ela foi criada ou que coisas atuarão nela e, se ela tiver muitos aspectos, tendo-os contado, observar para cada um deles o que (se observa) para um único – para qual ação ele foi criado ou que atuará nele?” (in: CAIRUS, 2005, p.21)

Qual teria sido a natureza exata das idéias de Hipócrates, e o que entendiam Platão e os gregos por *todo*? Numa perspectiva médica simplista, poderíamos rapidamente responder a esta indagação através da moderna medicina psicossomática, que considera o ser em sua dimensão bio-psico-social? E o que seria isto? É disto que trataram Hipócrates e Platão?

Os filósofos e médicos gregos eram unânimes em admitir que as faculdades da alma dependiam de uma mistura dos elementos do corpo. “Tudo no corpo humano está vinculado de uma maneira indissociável ao seu ambiente. Uma trama complexa conecta a natureza do homem à natureza composta e ordenada do mundo” (GOUREVITCH, 1994, p.42). A compreensão global dos fenômenos, numa visão holística, inspirava-se na analogia entre o homem e o cosmos.

2.2.2. Corpo ou alma?

Desde o seu surgimento na Terra, o homem vive imerso em questões sobre o corpo e a alma. A indagação “quem sou, de onde vim, para onde vou” é eterna. E é eterna a busca por respostas. O que seria corpo, o que seria alma, seriam esses dois indissociáveis? Há como defini-los? Todos os seres animados teriam alma ou apenas o homem? Incontáveis foram e são as expressões humanas sobre o assunto, das artes às discussões mundanas e filosóficas.

Na Grécia Antiga, não faltaram designações para alma na tentativa de compreender o que todos reconheciam como existente, porém inefável e intraduzível por meio de palavras. Para alguns, a alma se confundia com o elemento água (*hipós*); para outros, com o elemento fogo (Demócrito/Leucipo), com o elemento ar (Diógenes), ou mesmo com todos os elementos (Empédocles). Era confundida também com o próprio intelecto ou com o elemento sanguíneo (Crítias); significava causa de movimento (Tales), princípio (Heráclito), harmonia (Anaxágoras). (WERNER, 2003)

Diante desta dicotomia, outra questão se fazia importante: a mensuração do valor entre a alma e o corpo. “Ao insistir na superioridade da alma sobre o corpo, o filósofo era confrontado com a parcialidade natural de seu corpo e era impulsionado a contrastar as duas” (EDELSTEIN, 1967, p.349).

A partir do século V d.C., com a medicina já estabelecida e caminhando no sentido de demarcar com mais propriedade a dicotomia corpo/alma, os médicos propuseram uma doutrina baseada na necessidade do cuidado consciencioso do corpo. Mas a verdade do corpo deveria ser também verdade para a alma? Se assim fosse, então, esse cuidado deveria ser ainda em maior, em respeito à alma, que era considerada infinitamente mais preciosa.

Mergulhada nesta ambigüidade, durante vários séculos, a medicina fez, junto com a filosofia, e nem sempre sem divergências, um percurso em direção ao esforço, repetindo Fernando Pessoa, “de tornar a vida real”.

Foi Hipócrates quem, ao organizar e sistematizar a medicina, deu início ao processo de tornar o saber o instrumento que faria as coisas tomarem corpo nesta área. O saber fez cair os obstáculos entre o que se via e o que se podia falar a respeito do que se via. Foucault explica:

“Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina. E a decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição deste saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculos ou limites entre Olhar e Palavra: o que já se soube só era, a partir de então, comunicado aos outros e transferido para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber. Durante muito tempo, sem dúvida, a experiência médica continuou aberta e soube encontrar, entre o saber e o ver, um equilíbrio que a protegesse do erro: «Nos tempos passados, a arte da medicina era ensinada na presença de seu objeto e os jovens aprendiam a ciência médica no leito do doente»; estes, muitas vezes, eram alojados no próprio domicílio do médico, e acompanhavam os professores, dia e noite, na visita a seus clientes. *A última testemunha e o representante mais ambíguo desse equilíbrio foi Hipócrates*: a medicina grega do século V nada mais seria do que a codificação desta clínica universal e imediata; formaria sua primeira consciência total e, neste sentido, seria tão «simples e pura» quanto esta experiência primeira; mas na medida em que ela a organiza em um corpo sistemático, a fim de «facilitar» e «abreviar seu estudo», nova dimensão é introduzida na experiência médica; a de um saber que se pode dizer literalmente cego, porque não tem olhar. *Este conhecimento que não vê está na origem de todas as ilusões.*” (FOUCAULT, 2003, p.61, grifos nossos)

As considerações de Foucault dão conta das transformações que terão lugar, ao longo da história, na percepção humana sobre a dicotomia corpo/alma, transformações que serão essenciais para a articulação do discurso médico.

2.2.3. A doença

Gourevitch (1994) desenvolve algumas reflexões importantes que nos ajudam a compreender a doença a época de Hipócrates. Os médicos hipocráticos eram obviamente influenciados pelos filósofos da natureza. Por isso, a saúde era a condição para o equilíbrio perfeito, e a doença era um acontecimento natural, a perturbação da relação harmoniosa entre o homem e seu meio e a ruptura de um estado de equilíbrio entre os compostos do corpo. Ao médico competia ajudar a natureza em seus esforços de luta contra a doença. E, se a natureza se enganava, o que era freqüente, o médico a ela deveria se opor. Hipócrates atribuiu uma importância primordial às relações entre o indivíduo e seu meio, a partir das características individuais de cada paciente, como forma de promover os meios de defesa contra a doença.

Este fato excluía todas as forças transcendentais, pois a razão estava na natureza e não nos deuses. As doenças, apesar de obedecerem certas regras, eram um acontecimento natural, a ruptura de um estado de equilíbrio entre os compostos do corpo. Não constituíam um sofrimento passivo deste, mas um combate, um esforço em direção à recuperação. Do mesmo modo, os sintomas, ao invés de serem vistos como o resultado direto do desequilíbrio dos compostos do corpo (os quatro humores: sangue, fleuma, bile negra e bile amarela), eram a expressão da luta pelo restabelecimento da saúde. A doença seria, então, um “processo que se destacaria pelas crises que a intervalos regulares se manifestariam pelos depósitos, pelas metástases ou pela evacuação dos humores prejudiciais” (ibid., 1994, p.48). Seria um evento compreendido em certo período de tempo, e, pelo prognóstico, dever-se-ia empreender a regularidade diacrônica de todas as fases. O mais importante era que os sintomas, manifestações mórbidas das doenças, só adquiriam um sentido médico na medida em que fossem integrados numa perspectiva histórica.

O raciocínio hipocrático sobressaía-se pela compreensão global dos fenômenos, inspirado na analogia entre o homem e o cosmos, o *todo*. Hipócrates considerava o doente, e o homem em geral, como entidades globais. Não se poderia julgar o que concernia às partes do corpo sem conhecer o *todo*, e esse *todo* do corpo humano seria, em si mesmo, vinculado de maneira indissociável ao seu ambiente.

Os médicos hipocráticos estudavam e tratavam os doentes, não as doenças. Eles tinham consciência de que as doenças não existiam como seres autônomos: eram principalmente “ferramentas intelectuais que permitiam apreender certas regularidades dos processos naturais” (ibid., 1994, p.40). Da multidão de sintomas, emergiam grupos mais ou menos definidos, as espécies nosológicas, às quais os médicos atribuíam o estatuto de doença (*nousos ou nosema*) ou de afecção (*pathos*). Distinguiam as enfermidades das deformidades, sendo que estas últimas não diziam respeito diretamente à arte médica. As definições de doenças eram essencialmente clínicas. De fato, a noção hipocrática de doença correspondia à noção que temos hoje de síndrome ou até, de meros sintomas tal a precariedade, à época, de recursos propedêuticos.

O número de doenças mencionadas no *Corpus hippocraticum* ultrapassa duzentos. Encontram-se lá, por exemplo, “o câncer, a pneumonia, a pleurite, o empiema, a icterícia, toda sorte de anginas, a epilepsia, a apoplexia, a disenteria”, etc (ibid., 1994, p.52). Os tratados nosológicos descreviam as doenças numa ordem anatômica

descendente e segundo um esquema padrão: identificação pelo nome ou por alguma característica, relato dos sintomas e modos de sua evolução, prognóstico e tratamento.

O refinamento da observação clínica provocou um duplo movimento conceitual; movimento que já se verificava nesta época e se mantém até hoje como testemunha da divisão no pensamento humano - as correntes médicas divergentes.

Um grupo de médicos da Escola de *Cnidos* aperfeiçoou o diagnóstico diferencial, por meio da subdivisão de algumas doenças. Por exemplo, *Cnidos* “distinguiu quatro nefrites, quatro icterícias e três tétanos, entre outras” (JOUANNA, 1999, p.145). Outro grupo, inspirado provavelmente pelo próprio Hipócrates de Cós, tentou sair do quadro da nosologia e fazer uso particular do prognóstico com vista ao diagnóstico. Não era necessário, declarava Hipócrates no *Prognóstico*, preocupar-se com o fato de que tantas doenças não estivessem nomeadas em seu tratado, “pois, toda aquela que se julga nos intervalos de tempos indicados se conhece pelos mesmos sinais”. (GOUREVITCH, 1994, p.53)

Para os médicos hipocráticos, o número real das doenças seria infinito, já que as possibilidades de desequilíbrio dos humores e de deterioração das partes do corpo seriam inumeráveis. Cada caso seria de algum modo único; assim, existiriam tantas doenças quanto o número de doentes.

Os médicos da corrente de *Cnidos*, porém, apesar de concordarem com este fato, insistiam sobre a importância de uma tipologia classificatória, abrindo, com isso, a via para uma nova ontologia das doenças, não mais material ou espiritual, e sim intelectual, objetiva e lógica.

Fato é que as diferentes correntes refletiam suas diferentes concepções a respeito dos estados patológicos: *Cós* favorecia uma visão global, na qual eram prioridade o corpo inteiro e a personalidade do doente; *Cnidos* interessava-se mais pelos fenômenos locais e pelas entidades nosológicas, considerando em primeiro lugar as partes do corpo e as doenças. Para poder tratar melhor, o médico deveria, segundo *Cnidos*, saber fazer o diagnóstico, ou seja, reconhecer a espécie nosológica e adivinhar o problema fundamental que se esconderia por trás dos sintomas. Já os médicos da corrente de *Cós* desejavam passar diretamente das observações clínicas concretas às regras gerais, e, menor importância aos sintomas, preferiam o prognóstico ao diagnóstico.

2.2.4. A medicina era uma *technē*

A medicina era uma *technē* (τέχνη).

O termo *technē* requer uma análise precisa de seu significado, pois é ambíguo, difícil de ser apreendido, mas de importância fundamental para situarmos o lugar do médico, do doente e da medicina na atualidade. O termo sofreu evoluções com o passar do tempo, e hoje é comparado ao que chamamos de técnica, mas, para nos precavermos de um grande mal-entendido, será necessária uma ligeira digressão.

Heródoto, o primeiro a definir o termo, apresenta-o como um "saber fazer de forma eficaz" (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2007). Observa-se, em vários dos grandes filósofos, tanto naqueles da Grécia Antiga quanto nos contemporâneos, tentativas para uma melhor definição, articulando-o intimamente com o termo *episteme*. *Episteme* é freqüentemente traduzido por conhecimento, enquanto *technē* é traduzido por arte, destreza ou habilidade. Entretanto, Platão e Aristóteles, entre outros filósofos, consideravam que a relação entre os dois termos era complexa e não se fazia de forma tão dicotômica.

Platão, apesar de fazer a distinção entre *technē* e *episteme* a faz sob grande tensão, pois considera que os dois termos se sobrepõem dependendo do contexto de cada um de seus diálogos.

As bases para a moderna oposição entre *episteme*, como teoria pura, e *technē*, como prática, serão encontradas em Aristóteles. Mesmo assim ele também mescla os termos ao se referir à *technē* como sendo também *episteme*, já que esta última seria fundada na prática (idid., 2007).

No mundo antigo, técnica e arte possuíam apenas uma pequena e nebulosa distinção. A *technē* não era uma habilidade qualquer e requeria o uso de certas regras. Neste ponto, é importante ressaltar que, talvez, a nossa dificuldade de apreensão do significado preciso desse termo decorra do fato de que, além da própria dificuldade intrínseca ao tema, atestada pela enorme produção discursiva deixada pelos antigos, a compreensão contemporânea de ciência e técnica não é a mesma da antiguidade.

Não se pode traduzir *technē* por técnica. Hoje, entendemos por técnica "uma ciência aplicada, preocupada com a eficácia, baseada em um pensamento experimental, operando sobre objetos materiais, orientada por esquemas mecânicos para transformar

conscientemente a natureza, situando-se em uma linha de progresso e renovação” (GARCIA, 2007).

Garcia (2007) nos dirá que esta definição antropológica e instrumental implica em duas situações. Em primeiro lugar, a técnica moderna apresenta-se como

“um instrumento a serviço do homem, o homem deve controlar seu desenvolvimento tecnológico e deve dirigi-lo de acordo com seus próprios fins. Por outro lado, a técnica moderna tem uma relação especial com a ciência, fundamentalmente com as ciências da natureza, relação que constitui uma nota característica de nossa técnica moderna e que a diferencia de outras formas técnicas mais antigas”.

Se podemos dizer que o conceito clássico de *technē* pouco tem a ver com o conceito atual de técnica, Heidegger baseia-se na *technē* para definir a essência da técnica da forma como ela é hoje compreendida. Ele dirá que a técnica nasceu da *technē*, a partir da livre escolha do homem (HEIDEGGER, 2007, p.11-38).

Technē para os gregos era arte; a medicina era assim designada. Hoje em dia, muitos se queixam de que a medicina estaria deixando de ser uma arte devido a vários fatores, entre os quais, sua relação com o paradigma tecnológico, a necessidade de sucessivas especializações, o progresso incessante e ilimitado do conhecimento, e até, por questões relacionadas ao vínculo empregatício do médico, entre outras. Canguilhem, que cursou medicina depois de se formar como filósofo, traz uma discussão importante nas primeiras páginas de seu livro *O normal e o patológico*:

“Esperávamos da medicina justamente uma introdução a problemas humanos concretos. A medicina nos pareceria, e nos parece ainda, uma técnica ou arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita. Parecia-nos que uma cultura médica direta viria favorecer uma colocação mais precisa e o esclarecimento de dois problemas que nos interessavam: o das relações entre ciências e técnicas e o das normas e do normal.” (CANGUILHEM, 2006, p.6)

Entretanto, quando os médicos se queixam de que a medicina estaria deixando de ser uma arte, de que arte se fala? Outros falam como se ela pudesse ser uma técnica incorporada de uma metafísica. Seria isto? Mas, se a medicina deixou de ser uma arte quando isso se deu? E se deixou de sê-la, passou a ser o que?

Para Aristóteles, *technē* seria a disposição que produziria algo através do verdadeiro raciocínio e, por isso, estaria relacionada com o fazer existir coisas que poderiam ou não existir. Seria uma das faculdades intelectuais que se poderia entender como forma de conhecimento, porque pressupunha, para sua operação concreta, conhecimento de causa

e disposição de ânimo aliada a uma atividade. (BITTAR, 2003, p.1377). O princípio das coisas ligadas à *poiésis*⁸, escreveu Aristóteles, estaria em quem as faz, enquanto o princípio das coisas que existem por necessidade ou por natureza estaria nas coisas por si mesmas. O campo da arte estaria, desta forma, nas condições em que poderiam ser trazidas à existência através de um agente.

Ou seja, Aristóteles relaciona a *technē* com o agente produtor e não com o produzido. Ao fazê-lo ele introduz a *tychē*. *Tychē* tem a ver com o acaso, com a contingência, com o que os homens não controlam, com o que a psicanálise chamará mais tarde de real.

No diálogo *Protágoras*, Platão critica o fato de Hipócrates de *Cós* exigir pagamento dos seus discípulos que queriam aprender medicina (Platão foi contemporâneo de Hipócrates), comparando-o aos sofistas, aos quais também criticava, e colocando em questão a *technē*, a *episteme* e a *tychē*. Sócrates pergunta a Protágoras se a virtude poderia ou não ser ensinada, ou se aquilo que poderia ser transmitido não seria apenas o conhecimento. Em certo momento se pergunta o que seria ciência e o que seria arte, “sendo conhecimento de medidas, forçosamente será ciência e arte” (PLATÃO, 1980, p.101) e questiona Protágoras, que afirma ser o conhecimento o que haveria de mais forte dominando, por isso, os prazeres. Sócrates rebate:

“... estávamos de acordo que não havia nada de mais forte do que o conhecimento e que onde quer que ele se encontre domina sempre os prazeres e tudo o mais. (...) ... rindo de nós neste momento, estaríeis rindo de vós mesmos, pois vós mesmo concordastes que quem erra na escolha dos prazeres e dos sofrimentos, isto é dos bens e dos males, erra por falta de conhecimento, não de conhecimento em geral, mas daquele que admitistes como sendo o conhecimento da medida. *Toda ação errada por falta de conhecimento, bem como o sabeis, decorre da ignorância, de forma que ser vencido pelo prazer é a maior ignorância. É justamente essa ignorância que Protágoras, aqui presente, se propõe curar como médico, juntamente com Pródico e Hípias.*” (ibid., 1980, p.102, grifo nosso)

Neste sentido, o que se coloca no diálogo é a idéia de que o verdadeiro progresso consistiria em eliminar a *tychē* mediante a *technē*, formando uma nova *technē*, que assimilasse a deliberação prática, a numeração, a ponderação e a medida. No entanto, Sócrates deixa, de forma irônica, uma indagação a respeito do que ele chama “o conhecimento da medida”. A que ignorância ele estaria se referindo?

⁸ *Poiésis* é derivado etimologicamente de *ποίησις*, que significa “criação, fabricação, confecção” (Houaiss, 2001). Esta palavra, a raiz da moderna palavra poesia, era inicialmente um verbo, uma ação que transforma e continua o mundo.

Aristóteles também vai incluir a *tychē na technē*, contrapondo-a a *episteme*, que não lidaria com *tychē*. Ele tende a colocar a medicina ao lado da *episteme*, mas reconhece que se a medicina fosse uma *episteme* que estuda a saúde, ela seria, ao mesmo tempo, uma *technē* que produz saúde (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2007). Aristóteles, assim como Platão, não se sentia confortável em separar os termos.

Havia no mundo grego uma mentalidade pré-técnica, uma dinâmica, uma inquietude para resolver os problemas que demandavam permanentemente a investigação e o trabalho. A *technē* foi adquirindo um caráter prático, já que atuava sobre a natureza transformando-a. Neste sentido, como vemos em *Protágoras*, a *technē* se oporia a *tychē* em duplo sentido: de acaso e de dom divino. Platão refere-se ao saber como a mais alta de todas as virtudes em *Górgias*, *Protágoras* e *Mênon* e também no *Banquete*, quando reintroduz a tensão entre a *episteme* e a *technē*, afirmando que a principal função do amor é a de ensinar virtude às almas dos homens.

No *Banquete*, há algumas alusões à medicina por meio do personagem Erixímaco, que é médico. Platão diz, através dele, que o amor não exerce influência apenas nas almas, mas também dá harmonia ao corpo. O bom médico deveria procurar manter sempre essa harmonia, extirpando o vício e introduzindo o amor. O excelente médico seria aquele que conseguiria conciliar os contrários, introduzindo, com isso, harmonia no corpo.⁹

Esta seria a finalidade da medicina: como as demais artes, inspirar-se no amor. Platão coloca o saber como a mais alta de todas as virtudes, mas o bom médico não é *episteme*, é *technē*. Não é poeta, como eram designados todos os que faziam passar algo da não-existência à existência, mas deveria inspirar-se no amor, que se relaciona à verdade (idem, 2002, p.136). Para Platão, o bom médico seria, então, ciência e virtude.

Jouanna (1999, p.109) traz ainda a opinião de outro filósofo, Herófilo, um dos mais famosos médicos da época helenística, que compartilhava da opinião de Platão. Para ele, o médico perfeito era aquele “capaz de distinguir entre o possível e o impossível”.

Na *Metaphysica*, Aristóteles relaciona experiência, *technē* e *episteme*, conforme apontam Bittar (2003), Garcia (2007) e Plato.stanford (2007). Aristóteles dirá que a *technē* não se equipara à experiência nem à ciência propriamente dita (*episteme*).

⁹ “A medicina, com efeito, para defini-la em poucas palavras, é a ciência do amor nos corpos relativamente à sua repleção e evacuação, e aquele que nesses movimentos consegue estremar o bom do mau amor, esse é um bom médico. Aquele que suscita o aparecimento de amor onde não havia amor, e onde não obstante era necessário, e elimina um amor existente, quando pernicioso – esse, inegavelmente, merece o título de excelente médico.” (PLATÃO, 2002, p.116)

Para ele, uma pessoa com *episteme* e outra com *technē* compartilhariam de importante similaridade, mas haveria um contraste. Ele exemplifica esse contraste através da comparação entre uma pessoa com experiência (*empeiria*) de outra com *technē* e de outra com *episteme*. A primeira saberia que, quando alguém adocece de tal ou tal doença, isso ou aquilo poderia ajudá-la, e esse saber seria fruto da experiência adquirida. Entretanto, a pessoa com *technē* iria além da experiência, porque utilizaria o saber universal de que determinado remédio ajudaria todos os indivíduos com aquele tipo de doença. O indivíduo com *technē* utilizaria a experiência aprendida no particular de cada caso, incluiria a *episteme* sobre o universal e, a partir daí emitiria seu julgamento para tratar de cada caso. O indivíduo com *technē* seria mais sábio do que aquele que teria só a experiência, pois ele conheceria a causa e as razões das coisas. Um artesão, por exemplo, agiria sem esse tipo de conhecimento. Aristóteles vai adiante e diz que, em geral, a diferença entre saber e não saber estaria na habilidade de ensinar.

Porque a *technē* poderia ser ensinada, ela estaria mais relacionada à *episteme* do que à experiência. E a razão presumível para a possibilidade de ensinamento da *technē* seria o conhecimento da causa e da razão para o que era feito em sua *technē*. Já o indivíduo com pura *episteme* conheceria apenas o universal, teria apenas o saber teórico.

Ou seja, entre a experiência e a *episteme*, a *technē* seria dotada de estatuto próprio, pois, ao mesmo tempo em que se trataria de um conhecimento causal e universal das coisas e não só dos particulares, como ocorre com a experiência, tratar-se-ia também de um saber prático, e não somente teórico.

Portanto, o que se conclui é que, em relação ao saber, a *technē* seria a união entre a experiência e a *episteme*.

A *technē* seria concepção e obra em uma interação entre o que se concebe e o que se produz. Aristóteles estabelece seus princípios na *causa eficiente*, ou seja, no agente produtor.

2.2.5. A teoria das quatro causas para Aristóteles

A teoria das quatro causas enunciada por Aristóteles é até hoje utilizada e será mencionada neste texto para ser retomada posteriormente, já que Heidegger (2007)

refere-se a uma deturpação na determinação destas causas como uma das razões para os problemas que se apresentam na técnica moderna.¹⁰

Esta teoria relaciona-se com a necessidade humana de explicar a realidade e os fenômenos. Perante os sentidos, tudo o que se produz é percebido; perante a razão, tudo o que se produz recebe uma explicação. E é desta busca por uma razão das coisas, das origens ao fim do processo seqüencial de ocorrência de um fenômeno, que decorre a necessidade de determinação do sentido do termo causa, pois esta se diz de várias maneiras.

A teoria das quatro causas justifica-se a partir do desejo humano de compreensão da realidade circundante: “percepção, entendimento, lógica e explicação ocorrem quase que simultaneamente no contexto da relação do sujeito com a realidade. O movimento e a transformação encontram-se em estreita ligação com a formação ou deformação do ser nas perspectivas da *technē* e da *physis*”¹¹ (BITTAR, 2003, p.384).

Assim, a palavra *causa (aitia)* possui quatro sentidos para Aristóteles, pois significa literalmente aquilo ou aquele que é responsável pela existência de alguma coisa, aquilo ou aquele que responde por alguma coisa ou se responsabiliza por ela.

Os quatro sentidos de causa são (ibid., 2003, p.381):

- a) a causa que responde pela matéria de que a coisa é feita, denominada pelo filósofo de causa material ou *hylé*;
- b) a causa que responde pela forma ou essência que uma coisa possui e que Aristóteles denomina de causa formal ou *eidós*;
- c) a causa que responde por a coisa ser tal como é, ou seja, que diz o por quê e para quê de uma coisa, dizendo qual é a finalidade ou o fim que a faz existir e ser tal como ela é; essa causa recebe o nome de causa final ou *télos*;
- d) a causa que responde pela presença de uma forma numa matéria ou pela determinação de uma matéria por uma essência e que recebe o nome de causa eficiente ou motriz, *eficiens* ou *kinoun*.

¹⁰ Foram consultados os seguintes textos: (BITTAR, 2003; CHAUI, 1994, v.1; HEIDEGGER, 2007).

¹¹ *Physis* se refere à natureza, mas também à realidade, não aquela pronta e acabada, mas a que se encontra em movimento e transformação, a que nasce e se desenvolve, o fundo eterno, perene, imortal e imperecível de onde tudo brota e para onde tudo retorna. Saber o que é *physis* levanta a questão da origem de todas as coisas, a sua essência, que constitui a realidade e que se manifesta no Movimento (Wikipédia).

Deste modo, a forma, a matéria, a finalidade e a inscrição de uma forma numa matéria são as causas da essência da coisa. Heidegger (2007) exemplifica com um cálice de prata utilizado em certo ritual religioso. O cálice terá, na prata, sua causa material. A forma que este material (prata) receber será sua causa formal, já que terá a forma de um cálice e não de uma moeda ou de outra coisa qualquer. No culto religioso, terá sua causa final (a finalidade a que se destina); e no ourives que produz o cálice, a causa eficiente. Aristóteles nos diz em *Física*, que para a ocorrência de determinado fato, concorrem as quatro causas. Exemplificando com um médico e um engenheiro, ele é enfático quanto a caracterizar este médico e não os médicos em geral, este doente e não os doentes, assim como este engenheiro e este edifício em particular:

“Assim, o caso deste médico que está curando com relação a este enfermo que está sendo curado, ou este construtor que está construindo com relação a este edifício que está sendo construído (BITTAR, 2003, p.385).”

Deduz-se desta relação médico–enfermo (e não enfermo-médico) que este enfermo seria a *causa final*, é por ele que este médico está lá. Ele é curado, *causa material*, já que está com alguma enfermidade, por este médico, *causa eficiente*, já que é este que está agindo em relação a ele. E está curando, *causa formal*, que é a forma como ele faz seu trabalho. As quatro causas serão importantes em responder pelo resultado da coisa produzida. Serão responsáveis pelo resultado da *technē*.

2.2.6. Ainda a *technē*

Platão, em *Banquete*, coloca importantes questões relacionadas à definição de *technē* e *poiésis* (ποίησις)⁸, que, para os gregos, também se mesclavam:

Diotima: Sabes que "poesia" é algo de múltiplo; pois toda causa de qualquer coisa passar do não-ser ao ser é “poesia”, de modo que as confecções de todas as artes são “poesias”, e todos os seus artesãos poetas.

Sócrates: É verdade o que dizes.

Diotima: Ainda continuou ela - tu sabes que estes não são denominados poetas, mas tem outros nomes, enquanto que de toda a “poesia” uma única parcela foi destacada, a que se refere à música e aos versos, e com o nome do todo é denominada. Poesia é com efeito só isso que se chama, e os que têm essa parte da poesia, poetas.

Sócrates: É. (PLATÃO, 2002, p.147)

No fragmento acima transcrito, Platão discorre sobre o sentido da palavra *technē*, que se confundia com *poiésis*. Às coisas que poderiam ou não existir, Platão refere-se como “qualquer coisa passar do não-ser ao ser”, mas ele distingue a parte do todo, já que tudo era chamado de *poiésis*. Ele tenta diferenciar os artesãos dos poetas, que se relacionavam à música e aos versos. Quanto aos artesãos, Aristóteles não se referia a todos quando falava de *technē*, mas os diferenciava, referindo-se aos médicos e engenheiros e não aos carpinteiros, por exemplo.

Nasce a *technē* quando, após muitas observações experimentais, surge uma noção universal sobre casos semelhantes. A diferença estaria em saber o que, e em saber o porquê. O fato de Aristóteles, ao falar de *technē*, referir-se aos médicos e engenheiros, faz-nos supor, segundo Garcia (2007), que esse tipo de arte estaria ligada à inteligência, enquanto que as artes produtivas teriam mais a ver com a repetição rotineira, instalada na tradição, e que pouco tendo a ver com ciência, já que não conduziriam à inovação. Haveria na *technē* um caráter social, ético e moral. Sua finalidade interna contribuiria para o bem viver da cidade, então, ela apareceria como um saber. Enquanto, mais tarde, na história humana, a técnica irá buscar a produção de um objeto útil, a *technē* grega buscava um ato perfeito que contribuísse para uma vida qualificada, ética e politicamente justa.

Aquele que constrói um timão, diz Aristóteles, sabe a forma que ele deve ter e como deve funcionar, mas aquele que possui a *technē* da navegação sabe como e porque o timão deve ter tal forma ou deve ser construído de tal maneira.

Assim também aparece a diferença entre o carpinteiro que constrói e o engenheiro que concebe: diferenciam-se os especialistas que possuem um saber que só se sabe quando o realizam daqueles que possuem uma prática adquirida, da qual deduzem um saber universal, sabem o porquê, e, sobretudo, conhecem a matéria e a forma, dominam a teoria e o conhecimento das causas.

Garcia (2007) aponta ainda uma diferença importante entre o saber empírico e a *technē*, já que esta última, como toda ciência, poderia ser ensinada.

A *technē*, aparentada com a ciência, aparece com todos os traços de um saber ligado às formas de conhecimento racional, compartilhando com ela algumas características:

- a universalidade do conhecimento, que permitiria previsões verdadeiras sobre casos futuros;
- seu ensinamento, pois como todo saber ligado à inteligência, conheceria as causas e, portanto, poderia ser ensinado;

- a *technē* traria precisão onde antes só havia imprecisão, de forma que a medicina seria precisa, na medida em que se cumpriria em todos os casos; e

- o interesse pela explicação e a tentativa de responder as questões através da teoria.

Deste modo, podemos concluir, com Garcia, que

“a universalidade e a explicação permitiriam controlar o futuro em virtude da apreensão organizada do passado; o ensino possibilitaria que o trabalho realizado impulsionasse progressos futuros; a predição brindaria a exatidão e coerência aos resultados, reduzindo ao máximo os fracassos” (ibid., 2007).

No entanto, como já salientado, várias foram as tentativas de definição da *technē* pelos filósofos, sem que isso fosse feito de forma clara. Deduzimos que havia dois pólos neste “saber fazer de forma eficaz”: um pólo ligado ao saber (tanto o saber sobre o particular, fruto da experiência, quanto o saber universal, fruto da episteme, o saber formal e puro), como também o pólo ligado àquilo de não era possível saber e, aí, entrava o julgamento do *technai*, o possuidor da *technē*.

Se Garcia (2007) lista, em alguns parágrafos acima, características que aproximavam a *technē* da ciência, relacionadas à possibilidade de seu ensinamento, Edelstein (1967, p.108-110) descreve outras, a partir dos trabalhos de Hipócrates, também ligadas à transmissão do conhecimento, mas que a afastavam da ciência. Este dizia que, em razão da impossibilidade de existirem dogmas fixos na medicina, decorrente da individualidade de cada caso e também das condições da medicina de uma época que tinha nas “sensações corporais suas únicas medidas” (ibid., 1967, p.108), a predição sobre o que iria acontecer era impossível, apesar de necessária dentro de certos limites.

Parte das dificuldades no aprendizado e prática da medicina, derivadas da individualização de cada caso, estendiam-se também às dificuldades em ensiná-la. Pois, como diz Edelstein (ibid., 1967, p.106), para nomear o que sente, um paciente pronuncia um certo nome e quem o interpreta, o médico, dá outro nome, ou até o mesmo, mas que pode não corresponder exatamente ao fenômeno que este pensa designar. Ou seja, a insuficiência das palavras já era admitida por Hipócrates. Seria também difícil, nos diz o pai da medicina – e é novamente uma questão de arte – interpretar-se corretamente o que estaria escrito. Hipócrates se perguntava se realmente a teoria estaria escrita ou mesmo se esta, de alguma forma, seria passível de ser escrita.

Nesta individualização máxima, “o médico deveria saber o momento exato de agir” (ibid., 1967, p.109), diz Hipócrates no tratado *Os lugares no homem*, o que traz à tona novamente os conceitos de bom médico citados por Platão e Herófilo. Como saber o

momento exato de agir, se a *technē* médica era tão cercada de dificuldades? Como ligar o que deveria ser sabido aos conceitos de amor e harmonia relacionados ao bom médico postos por Platão, ou ao possível e impossível, trazidos por Herófilo? Tudo isso remetia o médico ao momento essencial, o momento em que era confrontado com o paciente.

Para os filósofos gregos, haveria uma íntima e positiva relação entre *episteme* e *technē*, mas também um contraste fundamental. Contraste que era conhecido e debatido sob forte tensão até o derradeiro momento em que, com o nascimento da ciência moderna e da medicina científica, deu-se a separação entre os termos. Aquela que se pretenderá cientificamente neutra acreditará que terá extraído da *technē* toda a *tychē* ao promover o divórcio entre *technē* e *episteme*.

Em suma, a ciência moderna acreditará que este divórcio seja possível.

2.2.7. Os limites da ação médica

Edelstein (1987) traz também algumas questões relativas aos limites impostos aos médicos pelos filósofos:

“O médico grego concorda com Platão, para quem, apesar de enfatizar o fato de que o caráter do homem é moldado por fatores climáticos, não o absolve da responsabilidade de suas próprias ações; ou com Aristóteles que, apesar de assinalar a importância de atitudes naturais dos hábitos e da educação, não hesitava em proclamar a liberdade do homem.” (ibid., 1987, p.356)

Apesar das afinidades existentes entre medicina e filosofia, as duas se opunham quanto ao sentido da vida. A crença, na antiguidade, era de que a saúde fosse um dos mais altos bens. Em relação a este ponto, não havia controvérsia. A divergência estava na questão sobre quem determinaria este princípio: o médico ou o paciente? A maioria dos médicos geralmente proclamava que não só aqueles que estavam doentes, mas também os que estavam sadios, deviam seguir os ditames da medicina para se manterem saudáveis. Como a saúde era considerada um balanço entre os vários constituintes do corpo humano, que eram, a todo o momento, perturbados pelas ações humanas (inclusive ao comer ou beber), ela tinha que ser restaurada, conscientemente, a todo momento. Em conseqüência, uma pessoa sadia deveria se observar continuamente e manter-se submetida às regras. Apenas assim ela poderia ser saudável e ter uma vida longa, diziam

os médicos. Mas a obediência a tal ideal não apenas sufocava a diversão e o prazer, como desqualificava o homem para a vida, fazendo-o escravo de seu corpo. Ele perdia toda a liberdade de ação e decisão, não podia preencher seus deveres como cidadão, cruciais no sentido da *pólis*. Estes perigos eram assinalados pelos filósofos. Platão, marcadamente, reprovava tal regime de precaução e preocupação com o corpo. Além do mais, os filósofos denunciavam, tal regime só podia ser seguido pelos indivíduos saudáveis, por aqueles que não eram forçados a ganhar a vida. Os médicos não se interessavam por isso, ressaltava Edelstein. Eles voltavam sua atenção para os ricos - os únicos que podiam, na opinião deles, viver uma vida suficientemente valiosa. E muitos, entre os ricos e saudáveis, davam atenção aos conselhos dos médicos, cultivando a idolatria do corpo, o que se deu numa época em que o Estado perdia sua importância, já no Império Romano.

Os filósofos defendiam que a saúde fosse um bem preferível a outros. Todavia, eram unânimes em julgar que outros valores, além da saúde, fossem superiores e levantavam uma importante questão: quem deveria determinar o que seria ou não precioso?

Isto era motivo de grande controvérsia. O que determinava os limites das ações médicas era o fato de que, se o médico podia decidir se o paciente deveria ou não fazer exercícios, por outro lado, não podia dizer se o paciente deveria ou não ser saudável, não podia dizer se a vida do paciente deveria ser salva a qualquer custo. O médico, portanto,

“deveria se concentrar em seu próprio trabalho e não interferir em coisas que estariam além de seu alcance. Ele deveria se distinguir em preservar a saúde daqueles que quisessem estar sadios, em curar as doenças daqueles que quisessem ficar bem; *mas não poderia dizer ao homem o que ele deveria desejar.*” (ibid., 1987, p. 360, grifos nossos)

Para os filósofos gregos, estava além do alcance do médico ser consultor da moral, da justiça ou da política. Este poder era-lhes vetado, de maneira inversa ao que é demandado ao médico contemporâneo (poder ao qual este se adequou de forma surpreendente).

No tratado *Arte*, Hipócrates enfatiza em várias passagens que o sucesso poderia ser alcançado apenas dentro dos limites da *technē* (GOUREVITCH, 1994, p.184). Se a *technē* implica numa ação, ao agir, o sujeito estaria ligado tanto às potencialidades do objeto como às da *technē* em si mesma. Ou seja, o sucesso poderia ser alcançado e procurado apenas dentro de certos limites potenciais.

Esses limites estariam ligados a três condições: doença, paciente e médico. O médico deveria ser servo da *technē*, mas não poderia ser responsável por tudo o que acontecesse. Ou seja, segundo Edelstein (1987, p.106), “se os homens são mortais é impossível curá-los”.

Edelstein (1967), traz em seu livro uma complexa reflexão sobre a *tychē* e estes limites à época de Hipócrates. Apesar de ressaltar a importância do conhecimento, do saber, estes seriam insuficientes na *technē*, pois a *tychē* imporá seus limites. Se a medicina, como uma atividade humana, estaria restrita a certos limites pela existência do acaso, a *tychē*, por sua vez, impediria a atribuição de sucesso a qualquer ação da *technē*. O paradoxo assinalado seria: o que realmente existe? *Technē* ou *tychē*? Pois, se a *tychē* existe, afinal de contas, tudo deveria ser *tychē*. “Apesar do fato de que as pessoas diziam à época, de que a *tychē* e não a *technē* salvava os homens, eles confiavam si mesmos à *technē* e não à *tychē*”, salienta Edelstein (1967, p.106).

Conseqüentemente, poder-se-ia dizer que a *technē* existia. Seria o mesmo que dizer: o acaso existe, mas a medicina seria independente dele. Voltamos à questão: até onde iria a *technē*?

Dizia-se, na época, que o médico poderia tratar corretamente se a *tychē* estivesse ao seu lado, mas também o poderia se o acaso estivesse contra, porque o conhecimento, diferente do acaso, estava sempre acessível e poderia ser empregado. Tudo o que importava era a ação correta, a ação médica. Poder-se-ia, então, dizer que a *technē* seria independente da *tychē*; ela não deixaria lugar para a *tychē*.

Hipócrates argumentava que os medicamentos poderiam curar a *tychē*, mas lembrava que, se fossem administrados sem o auxílio dela, não teriam utilidade. Outras medidas também poderiam igualmente ajudar, além das drogas, se fossem dadas apenas com a ajuda da *tychē*. Contudo, isto não era admitido unanimemente, pois muitos acreditavam que a medicina não precisava do acaso. Entretanto, dizia Hipócrates, as pessoas estavam erradas ao excluírem inteiramente o acaso da medicina, ou de qualquer outra área, sob a justificativa que ele nada teria a ver com a expertise. Pois, apenas em referência àqueles que tinham o saber é que se poderia dizer de terem ou não *tychē*.

“Ter *tychē* seria equivalente a fazer a coisa certa e não ter *tychē* seria equivalente a não fazê-la, *fora da ignorância*. (EDELSTEIN, 1987, p.107, grifos nossos)

O acaso para os hipocráticos não estava fora da realidade da existência da medicina, já que o objeto da medicina era o homem e, no homem, certos processos seriam

executados de forma automática, independentemente do médico, limitando os poderes destes. Os médicos rezavam para os deuses, pois o poder da medicina não era absoluto. Eles se esforçavam muito, mas muitas coisas curavam por si mesmas. Eles sabiam disso.

Estavam os limites da medicina definidos. Mas que leis iriam governar o comportamento dos médicos dentro destes limites?

2.2.8. O médico hipocrático

Edelstein (1987) relata que o médico, na antiguidade, era um homem de negócios pouco prestigiado e de baixa posição social. Considerado um artesão, exercia sua prática muitas vezes como itinerante. Para o paciente, o médico não era doutor, pelo contrário, este precisava provar a todo momento que tinha conhecimento e habilidade. O paciente, por sua vez, tentava fazer um julgamento objetivo dessas qualidades, para tentar distinguir o charlatão do médico verdadeiro. Por esta razão, os médicos participavam com muita frequência de discussões, quando tentavam se afirmar perante os ouvintes e defender sua prática. Daí a necessidade de algum traquejo em oratória. No seu trabalho, não apareciam apenas os doentes, mas também curiosos ou pessoas que queriam observá-lo e conversar com ele.

O comportamento do médico naquela época era, em alto grau, ditado por considerações não-médicas. Como eles tinham de causar boa impressão, muitas vezes abstinham-se de tratar casos onde houvesse pouca esperança, não porque soubessem que a ajuda não era possível, mas porque tratar um caso perigoso, que resultasse em morte, iria prejudicá-los.

“A esperança é pequena, as dificuldades muitas, se ele não intervir as pessoas vão pensar que ele não tem conhecimento, se ele intervêm, acelera a morte. Então, é melhor para o prestígio do médico não ter nada a ver com o caso.” (ibid., 1987, p. 87)

Hipócrates diz, no tratado *Articulações*, que o médico deveria se envergonhar de fazer uso, apenas com fins de escalada social, de meios espetaculares que impressionariam o leigo, mas não teriam nenhum efeito sobre a doença.

A arte do médico era limitada pela impossibilidade de restaurar a saúde de todos os pacientes e ele não deveria encobrir de si mesmo essa impossibilidade, e sim deveria prever o que fosse iminente. Porque a diferença entre os diversos médicos não se baseava no conhecimento, mas nas habilidades, e isso era o que fazia da medicina uma *technē*.

Hipócrates introduziu a dúvida: deveria o médico limitar-se aos casos curáveis e saber dos incuráveis apenas que eles seriam incuráveis, ou deveria se interessar também pelas doenças que não podia curar? Sua resposta, em oposição à opinião de outros filósofos, é a de que o médico deveria estender seu conhecimento também aos casos incuráveis, desde que ele não causasse às pessoas dores desnecessárias, e porque a capacidade de prever o que iria acontecer demonstraria a sua superioridade. Edelstein (1987) ressalta que era muito difícil para um médico, que sabia de uma verdade ruim, ter que dizê-la, pois as pessoas queriam ouvir aqueles que lhes assegurassem de que estaria tudo bem. Assim, estes é que teriam vantagem, pois o outro médico não seria ouvido.

Um médico também precisava de coragem para ver, não só a condição momentânea de seu paciente para ter a confirmação do tratamento necessário, mas de continuar observando até o fim, e, talvez, admitir que, visto retrospectivamente, o tratamento tenha sido ruim. Mais coragem seria preciso ainda para escrever o mau resultado do tratamento usado e publicá-lo. Tal ação, mais correta, teria o poder de combater a ignorância, situações difíceis, com as quais os médicos eram (e são até hoje) confrontados.

O médico, por outro lado, não deveria alarmar o paciente, mas tentar confortá-lo e encorajá-lo. Ao mesmo tempo, suas palavras deveriam ser usadas de forma a obter obediência, porque, para ajudar o paciente, a relação tinha de ser de comando e obediência. O paciente deveria estar nas mãos do médico, senão tal relação interpessoal seria difícil de alcançar.

Como qualquer outro *technē*, o médico era objeto de ataques e, com certeza, a própria existência da *technē* era discutida. Esta questão era muito importante, pois se não existisse algo como uma *technē* a medicina não teria utilidade. Os homens podiam se recuperar sem ajuda; a medicina seria supérflua. Os médicos tinham, desta forma, de lutar contra esse perigo e tomar uma posição na luta pela existência de sua arte.

A atividade médica é baseada no conhecimento. Mas o conhecimento médico não podia ser adquirido rapidamente, por não haver um dogma fixo na medicina, diz o tratado *Os lugares no homem* (ibid., 1987, p.108). A medicina não era como a arte da escrita: nesta,

após o aprendizado das letras, pode-se escrever qualquer coisa repetidamente, da mesma maneira. Em medicina, porém, qualquer coisa pode significar qualquer coisa, as dores surgem de causas as mais variadas e contraditórias.

Edelstein (ibid., p.108) faz uma contribuição de suma importância ao trazer à discussão a percepção aguçada dos hipocráticos que, no tratado “*Medicina antiga*”, fazem uma importante afirmação: “não há algo como O homem”. Hipócrates completava: a medicina, e apenas a medicina, compreenderia a natureza individual do homem e suas relações com todas as coisas – que, admitia-se, não era um assunto simples (ibid., 1987, p.108).

2.3. ALGUMAS CONCLUSÕES

A medicina inaugurada por Hipócrates separou a prática dos sacerdotes, curandeiros e charlatães de um lado e a medicina racionalista de outro, mas não podemos dizer que tenha acabado com aquela. Ele apontou um novo caminho, baseado na argumentação racional, para a doença, o doente e o médico. Não que não houvesse nenhuma racionalização na medicina antes dele, como atesta a escola de *Cnidos*, diz Gourevitch (1994, p.14-40), mas Hipócrates inaugurou um novo tipo de racionalidade, efeito das várias revoluções que ocorreram na *pólis* grega.

“Com Hipócrates esse tipo de racionalidade se estendeu à medicina, como ela se estendeu à legislação com Sólon ou ao urbanismo com Hippodamus de Milet.” (Gourevitch, 1994, p.32)

De certa forma, Hipócrates fez vigorar na *polis* - onde já vigorava a filosofia - a medicina e o médico. Os vários autores que abordam o assunto concordam que tenha havido uma troca de influências entre a medicina racionalista e a filosofia, e não o domínio de uma sobre a outra. Gourevitch assinala que é possível observar, na antiguidade, tanto na medicina, quanto na legislação, no urbanismo e outras formas da expressão humana, alguns “efeitos da filosofia”, e desmente que tenha havido uma megalomania filosófica.

A partir de Hipócrates, a medicina passou a ser ensinada mediante pagamento e, nesta passagem, ela deixou de ser uma medicina “familiar” e passou a ser “política” (ibid., 1994, p.32). As “escolas médicas” seguiam as características da escola filosófica de

Platão, “uma associação contratual sob a base de um acordo doutrinário, ela é o lugar de um importante investimento afetivo por parte de seus membros” (ibid, 1994, p.32). A relação entre os membros lembrava as relações familiares, eles se sentiam solidários uns com os outros, o mestre era reverenciado como um pai.

Nos vários tratados do *Corpus hipocraticum*, o autor tenta diferenciar os médicos que simplesmente aplicavam as receitas daqueles que usavam argumentação para fazê-lo; estes ocupavam um lugar mais elevado em relação aos primeiros. Para isso, Hipócrates construiu a *figura* do médico, aquele que possuía um saber racional sobre as doenças. Construiu a *postura* do médico, que passará a ser respeitado por seu saber e que se fará respeitar. Não se limitando a transmitir ensinamentos estritamente técnicos, Hipócrates cuidou de transmitir como se construía o lugar do médico, sua postura, seu discurso.

No lugar inaugural do médico, o conhecimento adquirido, este saber que se aprendia com a repetição dos fatos, da experiência dos mestres e da transmissão, fundia-se com algo que não era sabido nem visto, por isso, era impossível também de ser ensinado. Entre aquilo que era possível saber e o que não era havia tanto uma tensão e estranhamento, quanto uma mescla. Entretanto, se havia na *technē* da medicina uma fusão entre a *episteme* (o possível de ser sabido) e a *tychē* (o impossível de ser sabido), havia, ao mesmo tempo, uma marcante distinção entre as duas. Esta incongruência não era evitada; era conhecida, debatida e tentava-se dela tirar algum proveito. Hipócrates argumentava que os medicamentos curariam a *tychē* (o desconhecido), mas precisavam ser administrados com o auxílio desta para terem utilidade. Além disso, outras medidas que não fossem drogas também poderiam ajudar, caso fossem dadas a partir da *tychē*, a partir do que o médico apresentava de inesperado e próprio.

O médico hipocrático admitia, sobretudo, sua impotência. O conceito de bom médico estava ligado à distinção que ele fazia entre o possível e o impossível, ao admitir que não era capaz de tudo curar, que existiam algumas doenças que sua *technē* não tratava e para as quais seriam necessárias outras ferramentas. Como saber o momento exato de agir, se a *technē* médica era tão cercada de dificuldades? Tudo isso remetia o médico ao momento essencial: o momento em que era confrontado com o paciente. Momento em que ele fazia valer, como uma coisa a mais em seu saber, algo de seu mais íntimo; algo que este médico trazia consigo, que não havia sido aprendido de seus mestres, sua própria *tychē*.

Garcia (2007) chama a atenção para o fato de “a ciência”¹² e o aparecimento das técnicas não terem sido invenções gregas, estando presentes também nas sociedades

orientais. Na Grécia, a “ciência” definir-se-á como um saber operacional da natureza, “a exaltação do conhecimento prático contido nas técnicas até fazer delas um método de análise dos fenômenos naturais foi um passo verdadeiramente revolucionário”.

A *technē* buscava um ato perfeito que contribuísse para uma vida qualificada, ética e politicamente justa. Mas corria nela uma tensão: quando contribuía para o bem viver da cidade, aparecia como um saber; quando tinha desvinculado seu caráter social e ético, era pura *poiésis*. E, sobretudo, estava relacionada com o agente produtor (causa *eficiens*) e não com o produzido.

Neste aspecto, a técnica moderna se diferenciar-se-á por estar relacionada com o agente produzido, por ser uma ciência aplicada para a produção de um objeto útil, por se preocupar com a eficácia.

Os médicos hipocráticos, a partir de seu lugar, não poderiam determinar o que deveriam os homens desejar; tinham este limite ético e se localizavam a partir dele.

Estas foram as referências de base da medicina hipocrática, prática que seguiu com poucos desvios até o final da Idade Média, quando os termos que tencionavam a *technē* se romperam-se e o homem fez opção pela ciência. Esta opção talvez pudesse ter tomado outro caminho se o homem não houvesse excluído a arte da medicina científica. Mas, para se constituir como científica, o passo que foi dado pela medicina foi a exclusão da *poiésis* - a exclusão da dimensão do homem - a favor da sua dimensão de puro corpo-carne.

A partir daí, mudam-se os lugares, tanto do médico, quanto do doente e da doença. O discurso do médico passou a ser, progressivamente, o discurso da ciência.

¹² o conceito clássico de ciência é definido a partir de Galileu, como enfatizado na metodologia, ela se refere aqui aos primórdios daquilo que seria a ciência.

Capítulo 3. As origens da moderna medicina científica

“É compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva”. Canguilhem

Entre a era de Hipócrates e o nascimento da moderna medicina científica, bem situada por Foucault no livro *O Nascimento da Clínica*, passaram-se quase dois mil anos. Durante esses séculos, a medicina continuou procurando, de uma forma ou de outra, seu modelo de racionalidade.

A doutrina médica que Galeno estabeleceria dois séculos d.C., baseada em Hipócrates, iria formar o arcabouço do conhecimento médico durante os 1.500 anos que se seguiram. A partir do século XVI, com a revolução científica, fruto do Renascimento, a ciência moderna viu nascer seu modelo de racionalidade, contudo, a medicina só o encontraria tardiamente. O que marcou a revolução científica - movimento que ocorreu nos séculos XVI e XVII - foi a ruptura da visão e organização do mundo expressa pelo Renascimento em todas as áreas de expressão humana, mas a revolução na medicina deu-se apenas no século XIX.¹³

Com o Renascimento, emergiu o humanismo antropocêntrico renascentista: a representação do indivíduo como força criativa independente, como sujeito de mudança pessoal e social. Luz (1988, p.15) comenta que houve de fato um neoplatonismo renascentista, embora modificado, já que não se tratava mais da preocupação com o homem como “medida de todas as coisas, das que são enquanto são, e das que não são enquanto não são”, como eram as palavras de Platão. No Renascimento, tratava-se, sobretudo, da afirmação do homem como “proprietário da natureza”. Para isso, o homem se separou dela, ele já não era parte inerente à natureza, que foi exteriorizada.

¹³ “É importante sublinhar a idéia de *ruptura de visão – organização – de mundo*, para se apreender a globalidade do processo e sua inserção social: na profunda transformação das relações sociais feudais, com a conseqüente emersão de novas classes e grupos sociais trazendo ideologias e costumes próprios, conflitantes com os vigentes na sociedade medieval; na afirmação econômica e social do capital mercantil da época, disposto a “dar a volta ao mundo” para conquistá-lo, originando um mercado de circulação internacional; na ascensão e domínio político de uma burguesia comerciante e bancária, valorizadora das posses materiais e do dinheiro, diferentemente do patrimônio da terra e da tradição do sangue, típica dos senhores feudais; no

Se a dimensão do homem era dada até então pelo termo *Natureza*, que incluía algo externo ao homem, e ao mesmo tempo algo que lhe era interno, esta ambigüidade terá, a partir das concepções naturalistas do Renascimento sobre *Natureza* e *Matéria*, uma diferenciação marcada.

O natural passará a ser um reino do qual o humano vai se diferenciar e se exteriorizar.

“É assim, como alteridade face ao humano, que a *Natureza* é percebida a partir do Renascimento. Uma alteridade com a consistência de objeto, de coisa cognoscível. Assim, exterioridade, independência e objetividade são praticamente sinônimos na moderna percepção da *Natureza*.” (ibid., 1988, p.20)

Progressivamente a moderna natureza irá sofrer uma montagem epistemológica, que culminará com sua recriação e ordenação, não apenas do mundo “externo” ao humano, mas também do “interno”. O homem estava ávido por conhecer os segredos. Descobrir a ordem oculta da natureza significava procurar, descobrir e recriar, através de evidências empíricas e de significados racionais, os sentidos das coisas e eventos, intervindo neles. O experimentalismo que irá surgir será utilitário (para a solução dos problemas imediatos demandados pela realidade), exploratório, interventor e desbravador (ibid., 1988, p.15). Esta natureza, de que se ocupava a Renascença, era obscura, estava mergulhada na opacidade da matéria que precisava ser desvelada.

“Obscuridade e opacidade que só podem ser esclarecidas em seus mistérios, decifradas pela luminosidade da razão, luminosidade provada na prática da experiência e no exercício da lógica.” (ibid., 1988, p.23)

A natureza era obscura, invisível, abstrata: era preciso iluminá-la, torná-la visível, concreta. Era necessário dotá-la de objetividade material, torná-la uma coisa. Desta natureza desvendada, explicada, explorada, modificada, o homem passou a retirar riquezas e poder. Ela se tornou, também, força produtiva passou a estar a serviço da história econômica.

O homem buscava o sentido e as ordens lógicas de significantes para as coisas do mundo. E foi através da observação metódica e sistemática que ele afirmou e reafirmou a existência independente das coisas como fundamento para as ordens de sentido anunciadas. Não se tratava apenas de se desvendar o sentido, mas também de ordená-lo através da ordem lógica do método.

estabelecimento paulatino do monarca secular como fundamento e cume da ordem social, por oposição ao poder religioso da Igreja como base do poder social.” (LUZ, 1988, p.16)

Este importante princípio filosófico da razão moderna fixou-se a partir de Descartes: a pureza da razão como produtora de conhecimentos, garantida pelo método científico.

A natureza seria um mecanismo dotado de leis semelhantes às de qualquer máquina, com suas peças e seu modo de funcionamento próprios e a razão seria o instrumento para o descobrimento destas leis ao se aplicar ao objeto o método adequado.

Para isso, seria necessário separar em partes o antigo e indissociável *todo* dos gregos. Santos comenta sobre o método de Descartes:

“Conhecer significa dividir e classificar para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou. Já em Descartes uma das regras do Método consiste precisamente em «dividir cada uma das dificuldades... em tantas parcelas quanto for possível é requerido para melhor as resolver». A divisão primordial é a que distingue entre «condições iniciais» e «leis da natureza». As condições iniciais são o reino da complicação, do acidente e onde é necessário seleccionar as que estabelecem as condições relevantes dos factos a observar; as leis da natureza são o reino da simplicidade e da regularidade onde é possível observar e medir com rigor. Esta distinção entre condições iniciais e leis da natureza nada tem de «natural». Como observa Eugene Wigner, é mesmo completamente arbitrária. *No entanto, é nela que assenta toda a ciência moderna.*” (SANTOS, 1997, p.15, grifo nosso)

3.1. A CISÃO HOMEM/NATUREZA

Com a ruptura entre natureza e homem, a separação será total. Através da intervenção do objeto-razão, passam a ter estatuto de realidade as dualidades matéria-espírito, objeto-sujeito, corpo-alma, organismo-mente, paixões-desejos. A razão vai sendo depurada dos sentidos e dos sentimentos, do que é obscuro, em direção a uma razão sem sujeito, des-subjetivada, já que o sujeito seria estilhaçado em compartimentos como razão, paixões, sentidos e vontade. Esta fragmentação do sujeito, instituído objeto, cria condições para que ele seja, também, como a natureza, objeto de ciência, passível de exploração, observação, intervenção, transformação e produção. Acreditava-se que a racionalidade faria a passagem das trevas para a luz. Dividir para conhecer era o lema.

Assim, a natureza torna-se objeto e a razão torna-se sujeito do conhecimento. Foucault mostra exatamente esse fato, o surgimento do indivíduo humano como objeto de saber e de intervenção das ciências humanas no período que vai do final do século XVIII ao início do XIX (MACHADO, 1982, p.45-54).

“A razão torna-se, assim, condição fundamental de apropriação do objeto pelo sujeito, de sua sujeição. Mas trata-se aqui de uma razão instrumentada pela observação repetida, tecnicada.” (LUZ, 1988, p.23)

O homem tornado coisa era agora passível de ser estudado através da técnica. Era o fim da *technē*. Iniciou-se então o reino da técnica que, na Idade Média, havia sido chamada de *ars* e que passou a ser nomeada *técnica* após a revolução científica.

Para o conhecimento das coisas seria necessária a técnica. E a partir de então, tudo, ou quase tudo, seria passível de sofrer intervenções da técnica. Não se tratou apenas de uma mudança no nome, como testemunha de uma evolução: foi uma mudança da perspectiva fundamental, a mais importante para que a técnica substituísse a *technē*. E talvez seja aí onde resida o núcleo principal das dificuldades do médico contemporâneo em relação às chamadas novas formas de adoecer.

3.2. VERDADES MUTANTES

Nesta época, numa clara reação às verdades perenes da Idade Média, defendia-se que as verdades deveriam mudar constantemente, suceder-se umas às outras, substituindo-se, se superando.

“Essa mutabilidade das verdades como condição de produção de novas verdades, através do método, possibilitou que a racionalidade moderna se afirmasse como a única produção permanente de verdades, capaz de revolucionar-se periodicamente, ao nível dos conteúdos de verdades, trazendo a impressão de um avanço constante da própria razão como tal, isto é, dela enquanto racionalidade. A partir do séc. XVIII, só há uma grande certeza: o da ciência como caminho único para a obtenção da verdade.” (LUZ, 1988, p.30)

A única verdade perene e inquestionável passou a ser o método. A ciência moderna formulou um regime específico de produção de enunciados de verdade, no qual as regras da produção seriam mais importantes do que a veracidade das mesmas. O acaso, o desconhecido, a *tychē*, pretender-se-ia excluídos. Qualquer conhecimento fora daquela ordem não seria verdadeiramente ciência. A única verdade seria a científica.

3.3. O SURGIMENTO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Em uma rica explanação, Santos (1997, p.17-23) demonstra como foram formadas as ciências sociais e como estas também miraram-se nas ciências naturais como ideal de ciência. O positivismo, no século XIX, condensava o racionalismo cartesiano e o empirismo baconiano e determinava que só havia duas formas de conhecimento científico: as disciplinas formais da lógica e da matemática e as ciências empíricas que seguiam o modelo mecanicista das ciências naturais. O homem, como ser social, também era uma máquina, regido por leis naturais através de sua redução à coisa, inserido no discurso científico.

As leis a que Newton reduziu toda a complexidade cósmica tornaram suprema a racionalidade da ciência moderna. Pensava-se que, assim como foi possível descobrir as leis da natureza, seria possível descobrir também as leis da sociedade. Francis Bacon (1561-1626), Giambattista Vico (1668-1744) e Montesquieu (1689-1755) são os precursores do que seriam as ciências sociais no séc. XIX.

Santos (1997, p.17-23) demonstra como eles procuravam leis que pudessem governar de modo determinista a evolução das sociedades, assim como quais seriam as condições sociais, jurídicas e políticas que pudessem determinar com rigor suas relações e previsibilidade. Era, de toda forma, um modelo mecanicista, com duas vertentes principais que, embora parecessem antagônicas, atendiam plenamente o paradigma da ciência moderna.

Na primeira vertente, inicialmente designada de “física social”, admitia-se ser possível estudar os fenômenos sociais como se fossem naturais. Para conceber os fatos sociais como coisas, sugeria Durkheim, o fundador da sociologia acadêmica, era necessário reduzir os fatos sociais às suas dimensões externas, observáveis e mensuráveis. Santos exemplifica com os motivos dos suicidas. Segundo ele, tais motivos não deveriam ser procurados nas cartas deixadas por estes, mas na verificação da regularidade de condições tais como o sexo, o estado civil, a existência ou não de filhos, a religião etc. Podemos trazer esse tipo de abordagem sociológica do século XIX para a atualidade, nos casos de anorexia e bulimia em que alguns autores buscam relacionar o paciente com história familiar positiva, frequência de abuso sexual, amamentação ao seio, etc., para determinação de fatores de risco.

Mas se a redução dos fatos na sociologia não era fácil de ser alcançada, como constataram os estudiosos em suas tentativas, tanto Ernest Nagel quanto Thomas Kuhn tentavam justificá-la demonstrando que a principal razão se devia ao atraso das ciências sociais em relação às ciências naturais. Este atraso, acreditavam, poderia ser compensado com tempo e dinheiro e seria simultaneamente causa e efeito das ciências sociais. (LUZ, 1988, p. 15)

Para os defensores da segunda vertente, os obstáculos enfrentados pelas ciências sociais em relação às naturais seriam intransponíveis, pelo fato de a ação humana ser fundamentalmente subjetiva. Acreditavam que a ciência social teria que compreender os fenômenos sociais a partir das atitudes mentais e dos sentidos que os agentes conferiam às suas ações e, para isso, para isso seriam necessários métodos de investigação e critérios epistemológicos próprios, como o método qualitativo, com vistas à obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, ao invés de objetivo e explicativo. Entretanto, “esta segunda vertente se mostra mais subsidiária às ciências naturais do que parece”, enfatiza Santos (1977, p.22), pois também compartilha da distinção natureza/ser humano e também tem uma visão mecanicista da especificidade do ser humano.

“A fronteira que então se estabelece entre o estudo do ser humano e o estudo da natureza não deixa de ser prisioneira do reconhecimento da prioridade cognitiva das ciências naturais, pois, se por um lado, se recusam os condicionantes biológicos do comportamento humano, pelo outro usam-se argumentos biológicos para fixar a especificidade do ser humano.” (ibid., 1997, p.23)

Irremediavelmente, a Natureza foi dividida em compartimentos e o homem passou a ser um deles, como ser biológico ou social, tão passível de experimentação, análise, explicação, ordenação, exploração, observação, intervenção e transformação como qualquer de seus elementos.

Além disso, passou também a ser importante elemento de produção.

3.4. E A TYCHĒ?

A *tychē* é treva. Pertence àquilo que o homem não domina e estava incluída na *technē* grega, por ser parte inerente ao ser humano. Com o Renascimento, a *episteme*, que também é parte da *technē*, vai imperar. Seria como dizer que, nesta “nova *technē*”, a *episteme* equivaleria à verdade. Neste momento, ao separar cada constituinte do termo *technē*, o homem acreditou chegar à verdade, de forma pura, não contaminada pela *tychē*.

Entretanto, o homem, este ser que tenta alcançar a verdade acreditando ser possível o conhecimento puro é o mesmo homem irremediavelmente constituído também pela *tychē*, ainda que a renegue, e será ele quem vai determinar o que deve ser ou não a verdade. De forma que, se não há como excluir do homem a *tychē*, é ela, em último sentido, quem comanda. Será negando-a, mas, ainda assim, determinado por sua *tychē*, que o homem seguirá, a partir deste ponto, seu caminho.

3.5. COMO NASCEU NESTE PANORAMA A MODERNA MEDICINA CIENTÍFICA?

“A medicina vai encontrar seu modelo de racionalidade científica tardiamente, em relação às outras áreas do saber. Se a revolução científica teve seu lugar a partir do século XV, será só no final do século XVII e início do XIX que a medicina encontrará as condições que definem o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade” (FERREIRA, 2000).

Elas serão dadas por aquilo que Foucault chama de *nascimento da clínica*: a clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável. Mas a mudança principal irá ocorrer no fato de se tornar possível o pronunciamento de um discurso sobre o que havia sido até então percebido como impronunciável. Percebido como tal, mas perseguido como possibilidade de pronúncia desde a era de Hipócrates.

Ocorreu que, com a prática da dissecação, a objetividade do olhar viu a forma verdadeira dos órgãos, até então oculta. Refletindo bem as idéias da época, *André Vesálio* (1514-1564) publicou um tratado de anatomia intitulado “*De Humanis Corporis Fabrica*”; *William Harvey* (1578-1657) descreveu a fisiologia da circulação sanguínea na obra “*De motu cordis*”. O ser vivo passou a ser visto como máquina em movimento, com seus elementos e órgãos identificados através da fisiologia, química e anatomia. Este organismo, obra de engenharia em movimento, necessitava de um sistema classificatório das doenças, e este teve por base as classificações botânicas. Um pouco mais tarde, o surgimento da anatomia patológica, com *Giovanni Battista Morgagni* (1682-1771) e resplandeceu com *Marie François Xavier Bichat* (1771-1802), permitiu ao olho do clínico penetrar ainda mais fundo. Se até então o olhar médico percorria duas dimensões, a dos tecidos e a dos sintomas, a anatomia patológica acrescentaria uma terceira, formando o volume anátomo-clínico. Assim, em três dimensões, não se tratava mais “de uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; *era o próprio corpo tornando-se doente*” (FOUCAULT, 2003, p.155, grifo nosso).

3.5.1. A doença toma corpo

O corpo humano tornar-se-á, desta forma, sede das doenças, e a doença será destacada do doente. O doente será simplificado, decomposto e excluído por ser fonte de confusão e por pertencer à contingência, à *tychē*.

“«Que é a observação», perguntava Bichat, «se a sede do mal é ignorada?» E Bouillard devia responder: «Se existe um axioma em medicina, é a proposição que não há doença sem sede. Caso as admita a opinião contrária, seria preciso admitir, também, que existem funções sem órgãos, o que é evidentemente um absurdo. A determinação da sede das doenças, ou sua localização, é uma das mais belas conquistas da medicina moderna». (...) Com Bichat e seus sucessores, a noção de sede se libertou da problemática causal (nisto eles são herdeiros dos clínicos) e se voltou mais para o futuro da doença do que para seu passado; a sede é o ponto a partir de que a organização patológica se irradia. Não causa última, mas foco primitivo.” (ibid., 2003, p.160)

O mal não estava no doente; estava na doença. A doença não era causa última, mas foco primitivo. Foi no final do século XVIII que se deu “a coincidência exata do *corpo* da doença com o corpo do homem doente” (ibid., 2003, p.1). Ou seja, foi quando a doença

tomou corpo de forma a passar a ser ela, representada pelo corpo orgânico do doente, o objeto da medicina.

“Para conhecer a verdade do fato patológico o médico deve abstrair o doente”. (ibid, 2003, p.7)

Este foi um momento importante. A velha tríade hipocrática, na qual doente-doença eram indissociáveis e o médico era o elemento novo que se inseria entre este par, perdeu seu sentido. A doença, ao tomar corpo, exteriorizou-se em relação ao doente. Agora podia ser vista, apalpada, cheirada, tocada – ou seja, ela se dava a ver e captava o olhar do médico, que acreditava ver ali na doença o que antes lhe fora invisível. A revolução científica fez uma modificação estrutural de suma importância no ser do homem, que não deixou de ser o que é, mas passou a ser percebido, e, assim, falado através de um discurso inteiramente diverso. A partir daí a tríade hipocrática passou a constar de partes dissociáveis entre si que poderiam, finalmente, ser articuladas num discurso. A cada uma das partes seria possível um corpo.

3.5.2. Entre o ver e o dizer

É importante enfatizar a ruptura de *visão* de mundo que se deu nesta época. O olho passou a ser o depositário e a fonte de clareza, reorganizando o espaço do sofrimento humano. Contudo, não foi apenas uma nova maneira de olhar, enfatiza Foucault, mas uma nova maneira de dizer em consequência desse novo olhar.

“... no início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isto não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recommçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio. Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo *ver* e *dizer*...” (ibid, 2003, p.x)

Entre as palavras e as coisas, reconhecia Hipócrates, havia a *tychē*. Saber de sua existência, como intrínseca, era o que fazia o médico ser verdadeiro em sua *technē*. Mas foi o próprio Hipócrates quem estabeleceu, com mais propriedade, em sua época, a *episteme* como fundamental ao conhecimento médico, ao afirmar a sua importância, de forma a iniciar um movimento em direção ao saber operacional sobre a natureza.

Entretanto, ele reconhecia e não negava a *tychē*. O que surgiu na era do Iluminismo foi um reforço da *episteme*, às custas do isolamento da *tychē* e de sua negação. Se Hipócrates denunciava a insuficiência das palavras, no Iluminismo acreditou-se que essa insuficiência tivesse sido clareada por aquilo que, a partir de então, podia ser visto. O que antes era invisível, e assim impronunciável, tomou corpo de coisa; podia ser visto e, daí, nomeado. Assim nomeada, a coisa confundiu-se com o nome.

“Perguntar o que é a essência de uma doença, ‘é como se alguém perguntasse qual é a natureza da essência de uma palavra’ (ibid, 2003, p.135, grifo do autor)”. Um homem que sofria de uma pleurisia, apresentava-se como um homem que tossia, cuspiu sangue, respirava com dificuldade, tinha o pulso rápido e a temperatura do corpo alta. Todas estas impressões reunidas formavam uma doença, a pleurisia. E se alguém perguntasse o que era uma pleurisia, a resposta seria simples: era o concurso destes sintomas. Estava fechada, assim, a configuração da doença. A doença não estava mais no espaço concreto do corpo, tomava agora um novo corpo, o classificatório. O olhar clínico da medicina classificatória reduzia o ser da doença a um nome e vice-versa. Isto seria ainda reafirmado quando a ela se acrescentou a anatomia patológica, através da qual o médico cientista acreditou descortinar a origem, o foco primitivo do mal. “O mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas.” (ibid, 2003, p.2)

3.5.3. Sintomas, signos e a doença

Segundo Foucault, o filósofo francês *Étienne Bonnot de Condillac* (1715-1780) introduziu a noção de signo na linguagem. Sua teoria sobre a linguagem de ação irá influenciar a articulação médica entre o sintoma e o signo das doenças. Para ele, através da linguagem, seria possível chegar ao segredo das coisas. No século XVIII, a doença apresentava-se ao observador por meio de sintomas e signos e a formação do método clínico estava ligada à emergência do olhar médico neste campo. Além dos sintomas, não existia essência patológica; tudo na doença era fenômeno de si mesma, e a doença nada mais era do que a coleção de sintomas.¹⁴

“O signo anuncia: prognostica o que vai se passar; faz a anamnese do que se passou; diagnostica o que ocorre atualmente” (FOUCAULT, 2003, p.101). Através do invisível, o signo indicava o mais longínquo, o que estava por baixo, o mais tardio, desvelava o tempo, como o azulado das unhas fatalmente anunciando a morte.

“... na clínica, ser visto e ser falado se comunicam de imediato na verdade manifesta da doença, de que é precisamente todo o ser. Só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável.” (idem, 2003, p.108)

É com a intervenção de uma consciência, a do médico, que o sintoma será transformado em signo. Após a realização de vários processos pelo médico, o sintoma tornar-se-á signo, significante da doença. O olhar clínico percebe diferenças, simultaneidades, repetições, sucessões, frequências. Com a assimilação das probabilidades estatísticas, outro campo se abriu. Entraram em jogo as combinações e frequências de sintomas, os cálculos dos graus de certeza.

O que estará em questão será menos o doente do que um fato patológico que se repete. Desta forma, no final do século XVIII sintoma, signo e doença confundiram-se. Todo sintoma passa a ser signo e a doença, a verdade imediata do sintoma.

Se o doente era a doença que adquiriu traços singulares e estes traços podiam ser conhecidos através dos sintomas, que remetiam novamente à doença, a medicina parecia ter encontrado um mundo análogo à linguagem. Desta forma, como já exposto anteriormente, se Hipócrates afirmava que em medicina qualquer coisa podia significar qualquer coisa e, por isso, parecia-lhe impossível a existência de dogmas fixos, com a moderna medicina científica esta dificuldade pareceu ter sido superada.

¹⁴ “O sintoma era a forma como se apresentava a doença: de tudo o que era visível, ele era o que estava mais próximo do essencial. Tosse, febre, dor lateral e dificuldade para respirar não são a própria pleurisia – esta jamais se oferece aos sentidos, «só se desvelando pelo raciocínio» - mas formam o «sintoma essencial», visto que permitem designar um estado patológico (por oposição à saúde), uma essência mórbida (diferente, por exemplo, da pneumonia), e uma causa próxima (um derrame de serosidade). Os sintomas deixam *transparecer* a figura invariável, um pouco em recato, visível e invisível, da doença.” (FOUCAULT, 2003, p.101)

“A oposição entre a natureza e o tempo, entre o que se manifesta e o que anuncia, desapareceu; desapareceu também a divisão entre a essência da doença, seus sintomas e seus signos; e finalmente o jogo e a distância pelos quais a doença se manifestava, mas como que recuada, e se traía, mas no longínquo e na incerteza. A doença escapou da estrutura móvel do visível que a torna invisível e do invisível que a faz ver, para se dissipar na multiplicidade visível dos sintomas que significam, sem resíduo, seu sentido. O campo médico não conhecerá mais estas espécies mudas, dadas e retiradas; se abrirá sobre alguma coisa que sempre fala uma linguagem solidária, em sua existência e seu sentido, do olhar que a decifra – linguagem indissociavelmente lida e que lê.” (ibid, 2003, p.109)

Para Platão, o bom médico seria aquele que “procuraria extirpar o vício, introduzindo o amor, e o excelente médico seria aquele que conseguiria introduzir harmonia no corpo” (PLATÃO, 2002, p.116). Traçando um paralelo entre esta consideração de Platão e as seguintes palavras que foram escritas por um médico em 1810 e resgatadas por Foucault, “para um médico cujos conhecimentos seriam levados ‘*ao mais alto grau de perfeição, todos os sintomas poderiam se tornar signos*’, todas as manifestações patológicas fariam uma linguagem clara e ordenada”. (FOUCAULT, 2003, p.107, grifo do autor). Esta fala traduz o ideal e a certeza de que nada mais seria obscuro, que seria sempre possível o pronunciamento de um discurso sobre os homens, que isto seria atingido através do conhecimento e que o bom médico seria aquele de conhecimento perfeito.

Todavia, como citado anteriormente, Platão colocava o saber como a mais alta de todas as virtudes, e o médico, dizia, não seria *episteme*, mas *technē*, devendo inspirar-se no amor, que, por sua vez, se relaciona à verdade. Mas, quando Platão se referia ao amor, ele não estava sugerindo que os médicos fossem educados, compreensivos e amorosos, como querem resgatar alguns movimentos de humanização da medicina surgidos na atualidade, mas sim algo mais complexo. Sobre isso, Jacques Lacan irá dizer com muita propriedade:

“O que é o amor à verdade? É uma coisa que zomba da falta a ser da verdade. (...) O amor à verdade é o amor a esta fragilidade cujo véu nós levantamos, *é o amor ao que a verdade esconde*, e que se chama castração. (...) ... jamais se entende o que é a verdade – é, a saber, *a impotência*.” (LACAN, 1992, p. 49, grifos nossos)

O que os gregos incluíam na medicina antiga através do amor, ou seja, *a impotência do saber*, os médicos do século XIX excluem, e querem crer que o médico perfeito possa existir e, além de tudo, como pura *episteme*.

3.5.4. O normal e o patológico

Se à época de Hipócrates a doença era parte do *todo* humano, resultado do desequilíbrio em seus compostos, e a doença era considerada um esforço da Natureza para estabelecer um novo equilíbrio, que não deveria ser eliminado, mas restabelecido através da ação médica, na medicina moderna, a doença passou a ser uma entidade que deve ser eliminada do corpo dos indivíduos.

A saúde passou a ser vista não mais como afirmação da vida, mas como ausência de doenças. Para isso, afirma Foucault (2003, p.39), há de se conhecer e definir “o *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*.”¹⁵

Em seu livro *O Normal e o Patológico*, Canguilhem (2006) expõe a ambigüidade e a evolução dos conceitos de normal e patológico. Comte (1798-1857) e Broussais (1772-1838), inspirados em Pinel (1745-1826), além de Bichat (1771-1802), defendiam a idéia de que “os fenômenos da doença coincidem essencialmente com os fenômenos da saúde, da qual só diferem pela intensidade” (ibid., p.19). Este princípio se tornou a base da patologia, aperfeiçoou a capacidade de análise patológica dos fenômenos biológicos e estabelecia que o estado patológico se diferenciava do estado fisiológico em termos de falta ou excesso. Acreditava-se não existirem perturbações das funções vitais sem lesões de órgãos, ou melhor, de tecidos.

Comte e Broussais defendiam que a distinção entre o normal e o fisiológico e entre o anormal ou patológico seria uma questão meramente quantitativa e valia tanto para os fenômenos mentais quanto para os orgânicos. As doenças teriam sempre seu análogo fisiológico, jamais seriam fenômenos novos e termos quantitativos definiriam a doença. Canguilhem demonstra alguns paradoxos presentes nesta concepção, como a confusão entre causa e efeito do estado patológico e a necessidade implícita que existiria em se reconhecer o caráter normativo do estado dito normal.

¹⁵ “De um modo geral, pode-se dizer que até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento regular do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais a qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar.” (CANGUILHEM, 2006, p.39).

Ora,

“esse estado normal ou fisiológico deixa de ser apenas uma disposição detectável e explicável como um fato, para ser a manifestação do apego a algum valor” (ibid, p.25)

Por falta de exemplos práticos, Broussais e Comte foram muito combatidos. A intenção deles era a de negar que existissem diferenças qualitativas entre os fenômenos normais e os patológicos, sob o argumento de que haveria apenas as diferenças quantitativas, mas na concepção de Canguilhem

“... pode-se notar a imprecisão das noções de excesso e falta, seu caráter implicitamente qualitativo e normativo, apenas dissimulado sob sua pretensão métrica” (ibid, p.25)

Um paradoxo descrito por Canguilhem, que reflete a divisão própria do pensamento humano, foi o de que Bichat, apesar de se opor a qualquer tratamento matemático dado aos fatos biológicos por considerá-los muito instáveis e irregulares, afirmava que, nos tecidos que constituem o organismo, as doenças deveriam ser explicadas através de suas propriedades quantitativas (ibid., 2006, p.30).

Claude Bernard (1813-1878) veio trazer ainda mais luz ao pensamento quantitativo, quando demonstrou, através da descoberta da glicosúria no diabetes mellitus, que as doenças realmente estavam relacionadas a diferenças de grau e intensidade em relação ao estado de normalidade. A ambigüidade entre o quantitativo e o qualitativo, que suscitava a distinção entre o normal e patológico, estava presente na definição de todos os autores que nela se aventuravam como em Bichat, Broussais, Comte como também em Claude Bernard.

Claude Bernard definia o estado patológico, ora como “o distúrbio de um mecanismo normal, que consiste em uma variação quantitativa, uma exageração ou atenuação dos fenômenos normais”, ora como um “exagero, pela desproporção, pela desarmonia dos fenômenos normais” (ibid., 2006, p.38). A questão, levantada com muita propriedade por Canguilhem, é a de que, se a primeira definição procura ser o mais objetiva e quantitativa possível, a segunda é mais subjetiva e qualitativa. Ou seja, apesar de acreditarem ter encontrado uma solução para a definição dos termos, o problema ainda se encontrava em seu cerne.

“E o problema é o seguinte: o conceito de doença será o conceito de uma realidade objetiva acessível ao conhecimento científico e quantitativo? A diferença de valor que o ser vivo estabelece entre sua vida normal e sua vida patológica seria uma aparência ilusória que o cientista deveria negar?” (ibid., 2006, p.43)

Podemos concluir com Canguilhem que, no afã de encontrar uma homogeneidade quantitativa exprimível, a moderna medicina científica teria encontrado uma forma de acreditar na equivalência entre aquilo que é e aquilo que se diz que seja:

“Em suma, Claude Bernard formulou no campo médico, com a autoridade de todo inovador que prova o movimento nadando, a exigência profunda de uma época que acreditava na onipotência de uma técnica baseada na ciência, e que se sentia à vontade na vida, apesar, ou talvez por causa das lamentações românticas.” (ibid., 2006, p.53)

3.5.5. Entre o saber e a ignorância

Segundo Foucault (2003, p.61), Hipócrates teria se dirigido ao campo do saber através da organização da medicina em um corpo sistemático.

“Durante muito tempo, sem dúvida, a experiência médica continuou aberta e soube encontrar, entre o saber e o ver, um equilíbrio que a protegesse do erro: «Nos tempos passados, a arte da medicina era ensinada na presença de seu objeto e os jovens aprendiam a ciência médica no leito do doente»”. (ibid., 2003, p.61)

Foucault referia-se àquela recompensa recebida pelo vigilante estudante de medicina ao lado de seu mestre, inclusive morando na residência deste. Em seu momento inicial, esta clínica era a mais “simples e pura”, mas toda a sistematização que se fez necessária, tendo por objetivo facilitar e abreviar seu estudo, introduziu na experiência médica uma nova dimensão: “a de um saber literalmente cego, porque não tem olhar” (ibid., 2003, p.61). E ele completa: “este conhecimento que não vê está na origem de todas as ilusões”.

“A decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo, (...) o que já se soube só era, a partir de então, comunicado aos outros e transferido para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber”. (ibid., 2003, p.60)

De acordo com Foucault, após Hipócrates ter reduzido a medicina a um sistema, a observação foi abandonada. “Contra os sistemas, que pertenciam ao tempo negativo” (esquecimento, ilusão, ocultação), “a clínica é o tempo positivo do saber”. Desta forma, a maneira de reescrever a história, sistematizando-a,

“mascarava-a, reduzindo o método clínico a qualquer estudo de caso, conforme o velho uso da palavra; e autorizava assim todas as simplificações ulteriores que deveriam fazer da clínica e que fazem dela

ainda em nossos dias um puro e simples exame do indivíduo.” (ibid., 2003, p.63)

Não era, portanto, o olhar do estudante que teria poder de análise e síntese; a própria clínica, no século XVIII, era pedagógica. Ela só tinha uma direção: a do saber constituído contra a ignorância.

“A clínica só diz respeito a esta instrução, no sentido estrito, que é dada pelo professor a seus alunos. Não é em si uma experiência, mas o resultado, para uso dos outros, de uma experiência anterior.” (ibid., 2003, p.68)

Assim, podemos falar da diferença existente entre a clínica e a experiência. A experiência pode se situar onde o saber vacila; vai acrescentar ao encontro entre médico e doente o julgamento médico, e acrescenta a este encontro a subjetividade do médico, sua vivência particular.

A palavra clínica deriva de *klinico*, que, em grego, é um adjetivo que caracteriza o médico que visita, que assiste. O verbo *klino* significa inclinar, fazer curvar, pender, deitar e tem como substantivo, *kline*, cama, leito. A palavra grega foi latinizada como *clanicus*. Foucault demonstra que o nascimento da clínica deu-se apenas no século XVIII, apesar de já esboçada pelo próprio Hipócrates. O uso do método clínico coincide com o momento do nascimento da medicina científica e com a necessidade de sistematização das classificações diagnósticas e propedêuticas.

“Antes de ser o encontro do doente com o médico, de uma verdade a decifrar com uma ignorância, e para poder sê-lo, *a clínica deve formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado.*” (p.65, grifo do autor)

Foucault descreve a forma sob a qual a clínica foi constituída. Ela não era

“um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente”. (ibid., 2003, p.66)

Era uma espécie de “teatro nosológico”. A partir dela, o doente não era convocado em seu saber, pois seria fator de confusão. Todo o saber era do médico que, então, o transmitia a seus alunos. “A clínica teria assim uma única direção: a que vai, de cima para baixo, do saber constituído à ignorância” (ibid., 2003, p.67). A partir da sistematização do saber médico, iniciada com os hipocráticos e reforçada no século XVIII com a medicina científica, a direção contrária foi sendo progressivamente abandonada.

Se, à época de Hipócrates, o doente era observado em seu saber sobre o que lhe dava alívio, e este saber do próprio doente era levado em conta dentre as atitudes que um médico deveria tomar, nesta nova medicina científica, ele é, não só ignorado, mas também evitado.

O indivíduo não será mais a forma inicial e mais aguda em que a vida se apresenta; ele será dado ao saber após longo movimento de espacialização. Movimento este que ficará, todo, a cargo do médico. O médico será, então, um ser de saber. O doente demandará deste médico todo o saber que ele pôde acumular; a medicina também demandará que este acumule mais e mais saber.

Saber que lhe será impingido de forma crescente à medida em que novas verdades vão sendo produzidas. O médico será cada vez mais exigido em seu saber científico. O espaço para o não-saber, com o qual Hipócrates dava mostras de se preocupar como sendo um dos limites do médico, embora de forma desconfortável, sofre um importante apagamento.

“Este conhecimento que não vê está na origem de todas as ilusões...” (ibid., 2003, p.61)

Capítulo 4. O homem e a técnica

A técnica pertence à ciência ou a ciência pertence à técnica? Esta questão é um dos focos não só da própria ciência, mas também da filosofia. A técnica é onipresente, uma atividade fundamental do homem moderno, mas de que se trata ela? E se pensarmos em termos de sua essência? O que se deu quando houve a passagem de *technē* à técnica? Qual a relevância destas questões para este trabalho, que, dirigido a um médico, trata de anorexia e bulimia?

Heidegger (2007, p.11-38) irá se pronunciar sobre o assunto em 1953, quando coloca em causa a essência da técnica em um belíssimo texto intitulado “*A questão da técnica*” e sobre o qual será importante fazermos uma nova digressão para situar o lugar do médico e do doente contemporâneos.

Heidegger chama a atenção sobre o perigo do que ele analisa nesse texto: a essência da técnica. E enfatiza que não é simplesmente um perigo, mas *o* perigo. A técnica não seria perigosa, a ameaça que pesaria sobre o homem não viria das máquinas ou dos equipamentos. Esta ameaça (que ele considera como já tendo atingido a essência do homem), consiste em vetá-lo em sua essência de homem livre, e viria da essência da técnica. Heidegger defende que a técnica não seja vista como algo demoníaco, mas que avancemos com ela, questionando sua essência, sua causa.

“A essência da técnica não tem nada de técnico e a técnica não é igual à sua essência”. Ele propõe que, para examinarmos a essência da técnica, devemos pensar de maneira não-técnica. Caso nos oponhamos a ela ou a afirmemos, ainda estaremos a ela presos, e se a considerarmos neutra, será ainda pior, nos tornaremos inteiramente cegos. Então, o que ela é? O difícil caminho tomado no estudo da *technē* deve ser aqui retomado.

Foi dito sobre a técnica que ela seja um meio para um fim, assim como é dito ser uma atividade do homem. A explanação de Heidegger leva-nos a perceber que a técnica não é simplesmente um meio, e que se ela é uma atividade humana, não se dá apenas *no* homem e, decisivamente, não *pelo* homem.

4.1. A TÉCNICA NÃO É SIMPLEMENTE UM MEIO

Heidegger coloca a pergunta: a que pertencem meio e fim?

“Um meio é aquilo pelo que se faz e obtém alguma coisa. Chama-se causa o que tem como consequência um efeito. Todavia, causa não é apenas o que provoca um outro. Vale também como causa o fim com que se determina o tipo do meio utilizado. Onde se perseguem fins, aplicam-se meios, onde reina a instrumentalidade, aí também impera a causalidade.” (ibid., 2007, p.13)

Costumamos associar a causa ao que é eficiente no sentido de alcançar resultados e efeitos. Mas Heidegger sustenta a causalidade baseado na definição aristotélica de causa. A filosofia ensina há séculos que existem quatro causas: *materialis*, *formalis*, *finalis*, *eficiens* e que elas são os quatro modos, coerentes entre si, de responder pela existência de alguma coisa - aquilo ou aquele que responde por alguma coisa ou se responsabiliza por ela. Desta forma, os quatro modos de responder e dever levam alguma coisa a aparecer, deixam que algo venha a viger. Responder e dever são um deixar-viger. Nas palavras dele:

“Onde, porém, se joga o jogo de articulação dos quatro modos de deixar-viger? Eles deixam chegar à vigência o que ainda não vige. Com isso, são regidos e atravessados, de maneira uniforme, por uma condução que conduz o vigente a aparecer.” (ibid., 2007, p.16)

Com isso ele nos leva a Platão, em “*Banquete*”, quando este escreve: “Todo deixar-viger o que passa e procede do não-vigente para a vigência é *ποίησις* (*poiésis*), é produção”. As coisas não teriam o eclodir da produção em si mesmas, mas o eclodir estaria no vigente, como relacionava Aristóteles ao agente produtor ao referir-se à *technē*. Temos a personificação de um vigente, por exemplo, no artesão do cálice de prata citado anteriormente. Então, o deixar-viger concerne à vigência daquilo que, na produção e no produzir, chega a aparecer e a apresentar-se. E, finalmente, a produção conduz do encobrimento para o desencobrimento, ela se dá na medida em que alguma coisa encoberta chega a se desencobrir. Este desencobrir, resgatado por Heidegger, era denominado pelos gregos de *ἀλήθεια*, de *veritas* pelos romanos e contemporaneamente é denominado *verdade*. Heidegger entende verdade como *o correto de uma representação*.

Ele nos leva, da técnica, ao desencobrimento de algo que estaria encoberto, à produção e à verdade.

Porque toda esta divagação?

Porque, ao longo do tempo, ocorreram corrupções nas interpretações dadas às causas aristotélicas, o que dificultou a reflexão sobre a essência da técnica. Não existe na doutrina aristotélica algo como causa “eficiente”, ou algo como “finalidade” no sentido de meta ou eficácia. Este não foi o sentido que emprestou Aristóteles ao termo *causa efficiens*. Os sentidos que hoje atribuímos ao termo são deturpações, que geraram na técnica moderna o sentido de eficiência e eficácia, características buscadas e enfatizadas pelo homem moderno que a utiliza como um fim, uma meta.

Ou seja, ambas, *technē* e técnica, são formas de desencobrimento, mas diferem entre si na forma em que este desencobrimento se dá. Numa, a *tychē* está incluída junto à *episteme*; na outra, está excluída.

Ao resgatar na técnica moderna a produção e a verdade, Heidegger nos aproxima novamente da antiga *technē*, já que, nesta, além de estar incluída a habilidade artesanal, também se incluem as belas artes. Mas, na *technē*, a produção é *ποίησις* (*poiésis*). Produção, no sentido de *ποίησις*, inclui o poético.

A técnica moderna não se desenvolve como uma produção no sentido de *ποίησις* (*poiésis*), mas como *exploração*. Ela dispõe da natureza no sentido de uma exploração que tem como característica o pôr. Extrair, transformar, estocar, distribuir, reprocessar são, todos, modos de desencobrimento. Entretanto, é um desencobrimento que se entrelaça numa trama múltipla e diversa onde se faz necessário o controle. “Pois controle e segurança constituem até as marcas fundamentais do desencobrimento explorador” (ibid., 2007, p.20).

Aqui, neste ponto, há um elemento importante que se desdobra em outros na vigência da técnica moderna: o controle, a avaliação e a eficácia. No afã de manipular a técnica, considerada como meio e instrumento, o homem pretende dominá-la e isto se faz mais e mais urgente quanto mais ela ameaça escapar ao controle do homem.

4.2. "A TÉCNICA É UMA ATIVIDADE DO HOMEM, MAS NÃO SEU FEITO"¹⁶

Quando realiza a técnica, o homem já se encontra comprometido com alguma forma de desencobrimento. "O desencobrimento já se deu, em sua propriedade, todas as vezes que o homem se sente chamado a acontecer em modos próprios de desencobrimento". (ibid., 2007, p.22)

Esta forma de desencobrimento da técnica moderna é chamada por Heidegger de composição. A composição rege a técnica, mas não é em si nada técnico.

"Na composição, dá-se com propriedade aquele desencobrimento em cuja consonância o trabalho da técnica moderna des-encobre o real, como dis-ponibilidade. (...) O homem da idade da técnica vê-se desafiado, de forma especialmente incisiva, a comprometer-se com o desencobrimento. Em primeiro lugar, ele lida com a natureza, enquanto o principal reservatório das reservas de energia. Em consequência, o comportamento dis-positivo do homem, mostra-se, inicialmente, no aparecimento das ciências modernas da natureza. O seu modo de representação encara a natureza, como um sistema operativo e calculável de forças." (ibid., 2007, p.24)

A física moderna, expõe Heidegger, não seria experimental por usar aparelhos e ferramentas, mas, devido à sua condição de pura teoria, ela levou a natureza a se expor como um sistema de forças previamente operável. A partir daí, o homem dispôs do experimento para testar se a natureza confirmaria tais condições teóricas. "A técnica moderna só se pôs realmente em marcha quando conseguiu apoiar-se nas ciências exatas da natureza" (ibid., 2007, p.25)

Heidegger introduz a noção de que tudo o que é essencial se mantém por toda parte e o maior tempo possível encoberto, mas sua regência antecede, porque é primordial. Desta forma, "o originário se mostra por último" (ibid., 2007, p.25). Se o início das ciências modernas se dá no século XVII, sendo que as máquinas só iriam se desenvolver um século e meio depois, a técnica moderna, em sua essência, surgiu antes dela própria. Esta é uma das razões porque, nos insurgir contra a técnica como se ela fosse algo de demoníaco, não levaria a lugar algum, além de nos deixar ainda mais fixados nela. Ou seja, não se trata de exorcizar a medicina tecnológica, mas de conhecer a sua essência, pois se o perigo se encontra aí, aí também está a sua solução, diz Heidegger.

¹⁶ HEIDEGGER, 2007, p.24

Não podemos dizer que o homem hoje seja mais técnico do que o era à época da *technē*. A diferença entre o homem da antiga *technē* com o da moderna técnica, está na forma de desencobrimento do real (realidade) e não no fazer, no manusear, ou na aplicação dos meios.

O perigo, nos diz, é de o homem se equivocar com o desencobrimento e interpretá-lo mal. “O homem se acha imerso na essência da com-posição” (ibid., 2007, p.27). O perigo da técnica moderna provém desta imersão do homem na com-posição, neste desencobrimento “*em que tudo é e mostra-se*” (ibid., 2007, p.29). Tudo se apresentaria dentro do nexos causa-efeito, é o que nos aponta aquele médico em 1810, já citado, que dizia: “para um médico cujos conhecimentos seriam levados ao mais alto grau de perfeição, todos os sintomas poderiam se tornar signos, todas as manifestações patológicas falaria uma linguagem clara e ordenada” (FOUCAULT, 2003, p.107). Ou seja, *tudo é e se mostra*. Este médico não estava advertido em relação ao que já dizia a filosofia antes mesmo de Heidegger: o perigo da ilusão, segundo Hipócrates, “naquilo que se vê e é”. No tratado *Arte*, ele discute a diferença entre o que é real e o que não é: o que não é real não significa que não exista. Ele chama a atenção do médico que não estivesse disto advertido: “Mas tome cuidado, não é assim que acontece; o que é se vê e se conhece sempre; o que não é não se vê nem se conhece” (GOUREVITCH, 1994, p.184). Hipócrates aponta para o que é passível de ser visto e conhecido, e para algo passível de ser não visto e não passível de ser conhecido, mas ainda assim, existente. É por esta via, afirma Heidegger (2007, p.29), que “o verdadeiro corre o perigo de se retirar do correto”.

Assim, o homem que também se faz componente da com-posição e se alardeia senhor da terra está imerso na aparência de que tudo que vem ao seu encontro só existiria por um feito seu. E “esta aparência faria prosperar uma derradeira ilusão, a ilusão de que em toda parte o homem só se encontraria consigo mesmo” (ibid., 2007, p.29). Ilusão, pois o homem se acharia tão entranhado na técnica e disposto em sua composição que provoca e explora que não se sentiria atingido pela ex-ploração. Com isso *o homem já “não se encontraria em parte alguma com sua essência*. Trancado na composição, o perigo estaria no homem abandonar sua essência de homem livre”. (ibid., 2007, p.30, grifo nosso).

Heidegger afirma que, por ser ambígua a essência da técnica, aí, nesta obscuridade, estão contidos o perigo e a salvação. A saída estaria no questionamento de sua essência, “pois questionar é a piedade do pensamento” (ibid., 2007, p.38).

Voltamos novamente com a questão levantada por Canguilhem (2006, p.6), já discutida na página 47 desta tese:

“A medicina nos pareceria, e nos parece ainda, uma técnica ou arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita.”

Mas, então, de que se trata a medicina? É uma técnica, uma arte, uma ciência? E o médico, é técnico, artesão, artista?

4.3. O HOMEM ENTRE A *TECHNĒ* E A TÉCNICA

Na passagem do período de trevas (Idade Média) para o período das luzes (Iluminismo), verificou-se a total separação dos termos que constituíam a *technē*: *episteme* e *tychē*. A tensão que trazia o termo *technē* foi resolvida com a separação de seus termos e partir daí nasceu o termo técnica. A intenção era obter o “conhecimento puro”, não-contaminado, sem ambigüidades.

Na *technē*, os artesãos se diferenciavam e a diferença, aquilo que fazia a individualidade de cada artesão, “não estava no seu conhecimento, mas nas suas habilidades” (EDELSTEIN, 1967, p.90). Como já foi discutido, na *technē* havia um componente de saber relacionado à experiência, à vivência particular de cada um, como também um saber universal, acadêmico, a *episteme*. Mas havia também lugar para o inesperado, o não-sabido, a *tychē*. Se a diferença entre os artesãos não se encontrava no seu conhecimento (na *episteme*), mas no uso que podiam fazer dele, isso incluía sem dúvida o particular de cada *technai*. O particular era a *tychē* e relacionados a ela se colocava-se a experiência vivida e o julgamento próprio que cada *technai* fazia sobre as coisas a fim de exercer sua *technē*.

Além disso, a *technē* tinha íntima relação com o agente produtor; algo passava a vigor em razão da causa *eficiens* deste agente produtor intimamente relacionado com a produção no sentido de *poiésis*.

O que se deu a partir do Renascimento? A técnica substituiu a *technē*. Não havia mais lugar para a habilidade como algo particular do indivíduo, aquilo que fazia dele um artesão/artista de seu ofício. Havia lugar apenas para o universal.

O sentido da técnica é o universal. Não há produção relacionada ao agente produtor, relacionada à causa *eficiens*, aquilo que faz viger o que não vige, mas sim produção, em termos e eficiência, de algo útil.

Foucault enfatiza que o nascimento da clínica, como a conhecemos hoje, coincide com esse momento de transformação da *technē* médica em técnica. O nascimento da ciência com Galileu, através dos fenômenos da física e da química, assim como o método introduzido por Descartes e uma nova visão de mundo foram incorporados de tal maneira pela medicina que seu objeto de estudo deixou de ser o homem como era compreendido até então. “O corpo da doença coincidiu com o corpo do doente” (FOUCAULT, 2003, p.1).

Se durante séculos havia sido travada uma luta feroz entre aquilo que era passível de ser sabido e aquilo que não era, o Renascimento e muitos descobrimentos sobre aquilo que se podia saber e ainda não se sabia culminaram com o abandono daquilo de que não se podia saber, de forma que ele não viesse a existir. Os alertas de Hipócrates sobre o que se vê e se conhece e o que não se vê e não se conhece (Arte, argumento 2), que Foucault (2003, p.61) traz como “este conhecimento que não vê está na origem de todas as ilusões”, foram ignorados. O que não se vê, por meio de microscópios eletrônicos ou deduções matemáticas, ou seja, através do método científico, não existe. A medicina seguiu esse rumo da ciência, tentando uma purificação do conhecimento de seu objeto de estudo, às custas da extração daquilo que faz do homem aquilo que ele é, às custas da extração da causa *eficiens* de sua causa. A medicina seguiu o caminho da técnica, ligada à produção de algo útil e eficaz.

Por este caminho, algo que se delineia nos séculos que se seguem ao Renascimento e que vai despontar com toda força nos séculos XX e XXI, não como força de destino, mas como resultado das escolhas do homem diante dos desdobramentos da história, vai se mostrar muito mais tarde. Como diz Heidegger “o originário se mostra por último”.

A técnica irá aportar com todas as suas conseqüências nos séculos XX e XXI. A *technē* terá sofrido a separação dos termos *episteme* e *tychē* e a evitação da *tychē* colocará progressivamente por terra tanto a experiência quanto o julgamento próprios das singularidades do *technai*. A técnica visa ao triunfo da *episteme* pura, acredita que isso seja possível, mas, como aponta Heidegger, isto que ela persegue custa ao homem sua essência.

Capítulo 5. O médico, o doente e a medicina nas eras moderna e pós-moderna

Os deslocamentos que ocorrem na medicina da era moderna, como conhecimento científico e como técnica, não podem ser tomados de forma isolada, devem antes ser situados num contexto mais abrangente, como em qualquer período da história. Desta forma, prosseguiremos a partir daqui com as evoluções sobre o lugar do médico, mas algumas digressões não poderão ser evitadas. Elas têm o objetivo de situar os deslocamentos da medicina diante das transformações do pensamento humano.

5.1. A AUTORIDADE MÉDICA

Uma vez constituída, a moderna medicina científica evoluiu com espantosa rapidez, mas, como nos chama a atenção Paul Starr, “o sonho da razão não levou em conta o poder” (STARR, 1991, p.17). Esse autor discorre sobre a transformação social sofrida pela medicina dos Estados Unidos da América na passagem do século XIX ao XX e demonstra que, de maneira alguma, a medicina moderna, “uma extraordinária obra da razão e um complexo sistema de conhecimentos especializados, procedimentos técnicos e normas de conduta”, tem em sua raiz elementos puramente racionais. São antes de tudo elementos determinados por interesses e ideais muitas vezes escusos e nada racionais. Starr introduz a questão da transformação da medicina em um importante sistema de poder e, se utilizamos seu trabalho, que se restringe à medicina dos Estados Unidos da América, é por acreditarmos que seu *modus operandi* traduz muitos aspectos da medicina ocidental como um todo:

“O que originalmente foi uma profissão débil e tradicional, de pouca importância econômica, se converteu em um sistema extenso de hospitais, clínicas, planos de saúde, companhias de seguros e uma miríade de organizações que empregam uma enorme força de trabalho. Esta transformação não se deveu unicamente ao avanço da ciência e a satisfação das necessidades humanas. A história da medicina é uma epopéia do progresso, mas também um relato de conflitos sociais e econômicos em relação com o surgimento de novas hierarquias de

poder e autoridade, novos mercados e novas condições de crenças e experiências.” (ibid., 1991, p.17)

De fato, no século XX, durante a era moderna, a profissão teve sua autoridade convertida em privilégio social, poderio econômico e influência política como nunca antes havia tido. Até o século XIX, os médicos lutavam por obtenção de prestígio social e reconhecimento de sua autoridade. “Já no século XVIII são visíveis os sinais da conversão da ciência numa força produtiva”, afirma Santos (2005, p.77). Assim, no século XX, assistir-se-á à consolidação da autoridade médica ligada à questão da força produtiva e do poder.

Starr (1991) nos lembra que, antes de a medicina consolidar sua autoridade, ainda no final do século XIX, alguns médicos gozavam de grande autoridade pessoal e opinavam sobre todo tipo de problemas, nem sempre restritos às doenças físicas. Eram os médicos das pequenas comunidades, respeitados por sua instrução, sua experiência, seu caráter e pelo conhecimento íntimo de seus pacientes. A mudança ocorrida na era moderna deu-se por meio da institucionalização desta autoridade em um sistema padrão de educação e titulação, que passou a conceder autoridade a todos os que superavam com êxito os trâmites acadêmicos. “O reconhecimento da autoridade de um médico determinado por parte de seus colegas e leigos se tornou, assim, um terreno relativamente pouco ambíguo” (ibid., 1991, p.35). A autoridade já não dependia mais do caráter do indivíduo, nem das atitudes dos leigos.

“O médico do sec. XIX, cuja autoridade pessoal residia em sua imponente personalidade e em suas relações com os pacientes, falava numa situação inteiramente distinta daquela do médico do séc. XX, cuja autoridade depende de contar com os títulos necessários e do pertencimento às instituições” (ibid., 1991, p.35).

Ou seja, os médicos passaram a ter autoridade, não mais como indivíduos, senão como membros de uma comunidade que validasse objetivamente sua competência. Os juízos e conselhos que o profissional irá oferecer, como sempre ofereceu, não serão mais preferencialmente pessoais, a partir de seu conhecimento formal aliado à sua experiência, segundo critérios particulares. O médico será o representante de uma comunidade de normas compartilhadas. Além disso, a constante exigência de recursos tecnológicos cada vez mais novos e o agrupamento dos profissionais em instituições deixará o médico vulnerável ao controle da ciência. O que vemos hoje, na era pós-moderna, é a autoridade da técnica, da medicina baseada em evidências e dos protocolos, batizados e validados pelos diversos serviços, muitos deles de alcance e

prestígio mundiais. A pretensa autoridade sócio-econômica e política alcançada pelos médicos no início da era moderna, durante os primeiros anos do século XX, caminhou rapidamente para seu desenlace: o poder do médico minguou e ele se encontra ainda mais dependente e vulnerável à autoridade da ciência.

Assim, na era pós-moderna, tornou-se possível, definitivamente e sem rodeios, aquilo que Aristóteles acreditava ser proibido: “pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (FOUCAULT, 2003, p.195).

Isso não bastasse, o que era veementemente combatido pelos filósofos na Grécia antiga - que o médico se convertesse numa autoridade que pudesse determinar ao homem o que este deveria desejar - encontrou terreno amplo e irrestrito para se manifestar nas eras moderna e pós-moderna. Hoje, o médico, apoiado no rigor da técnica, serve de porta-voz da ciência e diz ao homem o que este deve desejar, obtendo boa receptividade, já que assim o faz em nome da ciência e da, cada vez mais nova, tecnologia.

Ou seja, nas eras moderna e pós-moderna, torna-se possível um discurso científico sobre o homem; o médico tem amplos poderes sobre os desejos do homem, que está reduzido à consciência corporal – o que é, realmente se vê!

A partir da era moderna, sendo ainda mais evidente na era pós-moderna, o médico foi reduzido a um servidor da ciência. Nada se quer saber sobre aquilo que não é e não se vê. Acredita-se que, do que não se vê não se possa falar e, portanto, não exista.

O movimento, desde a formação em algumas escolas de medicina, umas atendendo às exigências do mercado mais do que outras, é o de se formar médicos que falem cada vez mais pela ciência, pela técnica. O médico entrou na produção, sua produtividade é exigida cada vez mais, assim como sua obediência às normas estritas das instituições. Exige-se sua constante atualização científica. Ele entrou de vez na composição da técnica, como alertou Heidegger (2007). Só há lugar para a produção, em seu sentido moderno, onde a *poiésis* não tem lugar; mas apenas a produção com suas exigências de quantidade, controle de qualidade, avaliações, normas, estatísticas, protocolos, relatórios etc.

A antiga tríade hipocrática, antes indissociável, teve seus três termos realmente dissociados quando se deu a “coincidência exata do corpo do doente com o corpo da doença” (FOUCAULT, 2003, p.1). Como consequência da dissociação dos três termos – doente, doença, médico – o homem foi absorvido dentro de um discurso. A doença tomou corpo e se exteriorizou em relação ao doente. O discurso passou do ser do doente

ao ter. O doente foi “coisificado”. Ele passou a ser percebido e falado como o portador da doença, como aquele que porta, que tem algo visível, ainda que microscópico ou molecular, e sobre o qual um outro, que não o próprio doente, possa emitir juízo de valor.

Nos primeiros séculos após o Renascimento, o doente foi reduzido a um objeto de discurso e de pesquisa da ciência, destacado de seu ser. O ser do médico também iniciou sua redução naquele momento, mas esta ficaria ainda mais explícita no início do século XX, quando o ser do médico foi diluído nas instituições médicas, nas normas e na técnica. A partir dali, o médico não falaria mais por si; a instituição científica é que falaria por ele. O discurso da técnica seria ainda mais reforçado.

A doença tomou corpo, o doente passou a ser menos escutado, os diagnósticos e tratamentos foram se refinando em relação às doenças. Entretanto, um médico ainda podia escutar seu paciente. O médico ainda tinha seu aspecto pessoal valorizado, sua autoridade de ser era validada pela comunidade. A partir do século XX, com o surgimento das instituições médicas em resposta às necessidades de uma ciência vista como força produtiva, é a vez de o médico apagar-se de vez na tríade hipocrática. Ele já não é mais considerado em seu ser, a ciência e as instituições falam por e para ele.

Além disso, os conflitos políticos e econômicos ficarão mais explícitos em relação à atenção médica. Se já não era possível entender a organização da atenção médica referindo-se unicamente à medicina ou às relações entre médicos e doentes, a partir dali outros mecanismos sócio-econômicos e culturais ficarão evidentes. Círculos mais amplos de poder e estrutura social passarão a influir na evolução da atenção médica, de forma ainda mais marcante.

5.2. DEUS, A POLÍTICA, A CIÊNCIA E OS HOMENS

Em um livro intitulado “Nunca fomos modernos”, Latour (1994) apresenta, através de uma polêmica protagonizada na Inglaterra do século XVII, a construção ideológica que fundamenta a modernidade. Esta construção trará amplas conseqüências à relação médico-doente, pois estender-se-á à figura da autoridade. Latour trata do confronto entre as idéias de Robert Boyle (1627-1691) e de Thomas Hobbes (1588-1679), com os

desdobramentos posteriores, quanto às noções de Deus, religião, política e ciência, no pensamento dito moderno e pós-moderno.

Boyle foi um filósofo natural que, entre outras coisas, estudou a natureza do ar, notadamente a câmara de vácuo e a bomba de ar. Hobbes foi um matemático, teórico, político e filósofo, autor de *Leviatã*. Nesta obra, explanou seus pontos de vista sobre a natureza humana, sobre governos e sociedades e, junto com seus seguidores, criou os principais conceitos que dispomos atualmente para falar do poder: representação, soberania, contrato, propriedade e cidadãos.

A tensão entre o que defendiam esses dois homens localizava-se nos meios de se alcançar o que ambos almejavam: um rei, um parlamento, uma Igreja dócil e unificada. Ambos eram adeptos da filosofia mecanicista; para ambos, a linguagem do poder era a do conhecimento. Não será possível expor aqui toda a argumentação de Latour. Resumidamente, o que ele demonstra é que Boyle não criou simplesmente um discurso científico e Hobbes não criou apenas um discurso político.

“... Boyle criou um discurso político de onde a política deve estar excluída, enquanto Hobbes imaginou uma política científica da qual a ciência experimental deve estar excluída. Em outras palavras, eles inventaram nosso *mundo moderno, um mundo no qual a representação das coisas através do laboratório encontra-se para sempre dissociada da representação dos cidadãos através do contrato social.*” (LATOUR, 1994, p.33, grifos nossos)

Também aqui observamos a dissociação homem-natureza. Latour questiona se os cientistas são os representantes escrupulosos dos fatos: “quem fala quando eles falam?”

“Em si, os fatos são mudos, as forças naturais são mecanismos brutos. Os cientistas, porém, afirmam não falar nada: os fatos falam por si mesmos. Estes mudos são portanto, capazes de falar, de escrever, de significar dentro da redoma artificial do laboratório...(...) Pequenos grupos de cavalheiros fazem com que as forças naturais testemunhem, e testemunham uns pelos outros que eles não traem, mas antes traduzem o comportamento silencioso dos objetos.” (ibid., 1994, p.34)

A Constituição moderna inventou uma separação entre o poder científico, encarregado de representar as coisas, e o poder político, encarregado de representar os sujeitos, reafirmando o método da divisão dos objetos para melhor conhecê-los e, assim, acreditar que se fala sobre eles a verdade.

Latour cita três garantias da Constituição moderna e afirma que “como para qualquer Constituição, é preciso medir as garantias que ela oferece”. Finalmente, ele acrescenta uma quarta garantia, consequência das anteriores, que particularmente nos interessa

neste trabalho, pois fará deslocar a autoridade de seu lugar. Na figura 2, retirada de Latour (1994, p.37), são apresentados dois paradoxos fornecidos pela controvérsia Boyle/Hobbes e três, dentre as garantias oferecidas pela Constituição:

Figura 2 – Paradoxos na controversa Boyle/Hobbes e garantias da Constituição moderna

Primeiro paradoxo	
A natureza não é uma construção nossa: ela é transcendente e nos ultrapassa infinitamente	A sociedade é uma construção nossa: ela é imanente à nossa ação
Segundo paradoxo	
Nós construímos artificialmente a natureza no laboratório: ela é imanente	Não construímos a sociedade, ela é transcendente e nos ultrapassa infinitamente
Constituição	
1ª garantia: ainda que sejamos nós que construímos a natureza, ela funciona como se nós não a construíssemos	2ª garantia: ainda que não sejamos nós que construímos a sociedade, ela funciona como se nós a construíssemos
3ª garantia: a natureza e a sociedade devem permanecer absolutamente distintas; o trabalho de purificação deve permanecer absolutamente distinto do trabalho de mediação	

Estas três grandes visões de conjunto irão permitir a mudança de escala do homem moderno. Através deste conjunto de garantias será possível aos modernos

“fazer com que a natureza intervenha em todos os pontos na construção de suas sociedades sem deixar, com isso, de atribuir-lhe sua transcendência radical; poderão tornar-se os únicos atores de seu próprio destino político sem deixar, com isso, de sustentar sua sociedade através da mobilização da natureza.” (ibid., 1994, p.38)

Então, será possível ao homem fazer tudo sem estar limitado por nada.

A quarta garantia virá resolver a questão de Deus, “afastando-o para sempre da dupla construção social e natural, deixando-o ao mesmo tempo apresentável e intercambiável”. (ibid., 1994, p.38)

“Ninguém é realmente moderno se não aceitar afastar Deus tanto do jogo das leis da natureza quanto das leis da República. Deus tornou-se o Deus suprimido da metafísica, tão diferente do deus pré-moderno dos cristãos quanto a natureza construída em laboratório o é da antiga *physis* ou quanto a sociedade o é do velho coletivo antropológico todo povoado por não-humanos.” (ibid., 1994, p.38)

Não que Deus seja, a partir daquele momento, suprimido inteiramente, mas pode-se aplicar a Ele o mesmo desdobramento aplicado à natureza e à sociedade: ao mesmo tempo que Deus está afastado, paradoxalmente ainda pode ser invocado em caso de conflito entre as leis da natureza e da sociedade.

“O homem moderno podia ser ateu ao mesmo tempo em que permanecia religioso. Podia invadir o mundo material e recriar livremente o mundo social, sem com isso sentir-se um órfão demiurgo abandonado por todos.” (ibid., 1994, p.38)

Assim, completa Latour, todas as possibilidades estariam fechadas numa redoma onde as garantias serviriam umas às outras: “nós não criamos a natureza; nós criamos a sociedade; nós criamos a natureza; nós não criamos a sociedade; nós não criamos nem uma nem a outra, Deus criou tudo; Deus não criou nada; nós criamos tudo” (ibid., 1994, p.39).

“... a quarta garantia constitucional estabelece como árbitro um Deus infinitamente distante que é ao mesmo tempo completamente impotente e juiz soberano.” (ibid., 1994, p.39)

A ideologia da modernidade estaria fundada nesses paradoxos e o fato do Pai ainda existir como figura, mas não como lei, trará profundas conseqüências ao homem moderno e pós-moderno. Uma das evidências será encontradas nos desdobramentos que se darão na medicina e no lugar do médico, como também nos lugares do doente e da doença.

5.3. ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS DO DECLÍNIO DA FUNÇÃO PATERNA

A impotência da lei, que tem no Pai seu representante, e que a psicanálise chamará de “declínio da função paterna”¹⁷, terá importantes desdobramentos na clínica moderna com as novas formas de adoecer. Ou seja, o Pai, a figura da autoridade, aquele que

¹⁷ Encontram-se referências sobre o assunto em LACAN, J. **Os complexos familiares na formação do indivíduo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002, 92p. e MILLER, J.A. **El Otro que no existe y sus comités de ética**. Buenos Aires: Paidós, 2006, 466p.

ditava a lei, interditando um lugar no caminho dos filhos, mas que, ao mesmo tempo, também os direcionava, passa a ser, a partir da era moderna, e com mais convicção na era pós-moderna, impotente. Um fenômeno que se inicia na modernidade e se intensifica na pós-modernidade progressivamente vai se tornando mais perceptível: já não há uma lei suprema à qual todos devam se submeter; a autoridade está esvaziada de seu poder. Ao homem tudo seria possível, entretanto, ao mesmo tempo, é como se ele estivesse perdido, sem saber que caminho seguir. Deus está lá, mas Sua lei já não serve.

Com esta mudança na figura da autoridade, assistimos aos excessos da vida moderna, às queixas sobre a falta de limites, ao surgimento das novas formas de adoecer e a tantas outras manifestações.

Para os médicos, já não há heróis. Sigerist dizia que “toda profissão necessita de seus heróis, inspirando exemplos para os jovens seguirem” (SIGERIST, 1951, p.12). Se até o século XIX pode-se dizer que os médicos tiveram na medicina de Hipócrates uma referência, a partir de então, principalmente nos finais do século XX, este foi reduzido a um juramento presente nas cerimônias de formatura.

Obviamente, não se trata aqui de fazer uma apologia à medicina hipocrática, como se esta fosse a medicina, assim como também não se trata de uma apologia ao retorno da função do Pai. A medicina científica tem muitos méritos; por outro lado, os hipocráticos também tinham seus empecilhos, seus entraves, e alguns deles a medicina científica soube superar.

Trata-se, antes, de expor o lugar originário do médico, que, como diz Sigerist:

“sempre que alguma coisa ia mal na medicina, quando a teoria e a prática não se harmonizavam, ou quando teorias fantásticas surgiam e começavam a dominar o campo, o grito «back to Hippocrates» era escutado.” (idem, 1961, p.60)

A imagem que os médicos tinham de Hipócrates, até então como a figura de um pai a quem recorriam quando alguma dificuldade era encontrada, foi abandonada. Antes de tudo, a medicina hipocrática tinha uma função norteadora do lugar do médico, que perdeu seu sentido quando, na era moderna e pós-moderna, a autoridade se tornou impotente.

A figura da autoridade hoje em dia ainda dita a lei, mas não é ouvida. Com isso, não há o apontamento de um caminho, seja este melhor ou pior, e os homens encontram-se desnoroados. Sem direção, o médico tem seguido a “autoridade” da ciência.

5.4. AS ERAS MODERNA E PÓS-MODERNA

O culto ao novo, a necessidade de renovação constante e a falta de limites claros estão presentes já na própria definição do moderno e do pós-moderno. Se, na história humana, tem-se delimitada as fases clássica e renascentista quanto à sua nomeação e definição, não se pode dizer o mesmo das eras moderna e pós-moderna. Ambas têm sua nomeação questionada por variados autores.

No livro *A era do vazio*, Lipovetisck (2005) coloca bem as bases do pensamento e da cultura na era moderna inaugurada por Baudelaire (1821-1867), para quem o belo é inseparável da modernidade, da moda, do contingente. O modernismo foi não só uma rebelião contra si mesmo, mas também contra todas as regras e valores da sociedade burguesa. Época de exaltação do eu e da autenticidade do prazer, valores hostis aos costumes da burguesia, que eram centrados no trabalho, na poupança, na moderação e no puritanismo. Entre 1880 e 1930, o movimento modernista era privilégio de alguns artistas e intelectuais. A partir de 1920, com o aparecimento do consumismo de massa nos Estados Unidos, ele conhecerá sua verdadeira revolução.

“Com a difusão em larga escala de objetos considerados até então de luxo, com a publicidade, a moda, a mídia de massa e, principalmente, o crédito – cuja instituição solapa diretamente o princípio da poupança -, a moral puritana cede lugar aos valores hedonistas encorajando a gastar, a aproveitar a vida, a ceder aos impulsos: a partir da década de 1950 a sociedade americana e até mesmo a européia se tornam fortemente presas ao culto do consumismo, do ócio e do prazer.” (ibid., 2005, p.63)

A cultura modernista teve como centro a glorificação de um individualismo ilimitado, e, com a oferta do crédito, todos podiam satisfazer seus desejos. O hedonismo generalizado e a liberdade não tinham limites.

Tratava-se de uma sociedade sem fundamento divino. A sociedade dedicava-se a se reinventar, de acordo com a razão humana. Não havia exterioridade não-humana, a sociedade já não possuía um modelo absoluto. O eixo central do modernismo era o indivíduo livre, igual a qualquer outro, que percebia a si mesmo como o fim último e conquistava o “direito da livre disposição de si mesmo” (ibid., 2005, p.72). No humanismo clássico do Renascimento, o homem se situava num universo imutável, onde o mundo exterior, mesmo infinito e aberto à ação, obedecia leis fixas e eternas.

“Com os modernos, a idéia de um mundo real, impondo suas leis torna-se incompatível com o valor da mônada individual ontologicamente livre.” (ibid., 2005, p.73)

O pós-modernismo veio qualificar um novo estado cultural iniciado na arquitetura da década de 1960. Não houve uma descontinuidade do modernismo para o pós-modernismo. O que ocorreu foi o prolongamento e generalização daquele, concordam autores como Lipovetsky e Latour. A fase do modernismo, situada entre o final do século XIX e meados do XX, “termina” quando o modernismo perde sua originalidade¹⁸.

O consumo de massa e a democratização do hedonismo, antes privilégio de alguns poucos artistas e intelectuais, perderam sua atitude provocadora, já que ninguém mais defendia a ordem e a tradição. No pós-modernismo, todos participam dessa onda cultural que já não é mais regalia de poucos, mas de todos. Já não há diferença entre os valores da esfera artística e do cotidiano. O pós-modernismo significa também “o advento de uma cultura extremista que empurra a lógica do modernismo até seus mais extremos limites” (ibid, 2005, p.83).

Lipovetsky (2005) localiza, como epicentro desta era, o hedonismo e o consumismo.

“É a revolução do cotidiano que toma vulto, depois das revoluções econômicas e políticas dos séculos XVIII e XIX, depois da revolução artística na virada do século XIX para o XX. Agora o homem moderno está aberto à novidades, apto a mudar seus estilo de vida sem resistência – ele se tornou cinético...”

Este é um aspecto importante do homem na atualidade – o indivíduo é pró-cinético – ele se tornou, como aponta Lipovetsky um átomo flutuante e reciclável:

“Com o universo dos objetos, da publicidade, da mídia, a vida cotidiana e o indivíduo não têm mais peso próprio, anexados que estão pelo processo da moda e da obsolescência acelerada: a realização definitiva do indivíduo coincide com sua dessubstancialização, com a emergência de átomos flutuantes esvaziados pela circulação dos modelos e por isso mesmo continuamente recicláveis”. (ibid., 2005, p.85)

Tudo corre, tudo muda, tudo é efêmero, flutua, varia. O indivíduo foi arrancado da estabilidade da vida cotidiana anterior, ele agora deve correr em busca de um mais alto nível de vida. As relações do indivíduo com os objetos, com os outros, com o corpo e consigo mesmo já não são imóveis como na era clássica.

¹⁸ Pode-se ver na obra dos dois autores, como também em outros que tratam do assunto, que a nomeação pós-modernidade é muito discutida já que não se trataria de uma nova era, mas do recrudescimento dos valores da anterior.

Ele próprio passa a ser considerado um objeto de consumo e entra no sistema de troca. Um médico já não é escolhido por suas habilidades, mas pelo conforto do consultório, já que, se a estrutura física oferecida, ou outro fator qualquer, não agrada ao paciente, este pode procurar outro objeto-médico, disponível no catálogo do convênio de saúde mais de acordo com as suas exigências de conforto. Se o corpo é incômodo, este também pode ser moldado de acordo com as exigências da moda, e por esta lógica, pode-se dizer que o corpo – um objeto perfeitamente moldável - faz o homem. O corpo é. E o que dita o molde são as exigências do mercado. Por sua vez, o papel do paciente é o de se submeter aos protocolos médicos, e caso não veja resultado, irá consumir outro protocolo ou outro médico.

O paciente também deve se submeter às regras do convênio de saúde, com exames pré-estipulados e destacados na assinatura de um contrato. O que tem vigência na era pós-moderna, já não é a lei, mas o contrato. A esse respeito, já existem várias discussões, como a posta em um colóquio entre Jean-Claude Milner (lingüista) e Jacques-Allain Miller (psicanalista) no livro *“Você quer mesmo ser avaliado?”* (MILLER J.A, 2006). Desde o momento em que há contrato, comentam os dois, há avaliação para averiguação do cumprimento das regras. Na avaliação, há a substituição do ser avaliado pelo ser a avaliar. Ela está presente em todo lugar como parte desse grande ciframento do ser iniciado com Descartes. Mas a avaliação, “apesar de se apresentar em nome da ciência, não é uma ciência” (ibid., 2006, p.16); ela é gerenciamento.

“Com o pretexto de que há medida, mede-se, escala-se, conta-se, compara-se, etc., imagina-se que é científico. Isso não tem nada de científico... (...) Não é porque há cálculo que há ciência.” (ibid., 2006, p.16).

O que se discute, com a vigência onipresente da técnica, é justamente a questão levantada por Heidegger: o risco de o homem perder sua essência de homem livre.

O mais paradoxal na era do consumismo é que, se há emancipação do indivíduo por um lado, há, por outro, uma “regulagem total e microscópica do social por outro”.

“A lógica acelerada dos objetos e mensagens leva ao ponto culminante a autodeterminação dos homens em suas vidas particulares, enquanto, simultaneamente, a sociedade perde sua espessura autônoma anterior e se torna cada vez mais objeto de uma programação burocrática generalizada: à medida que o cotidiano é elaborado em todas suas partes pelos criadores de projetos e pelos engenheiros, o leque de escolha dos indivíduos aumenta.” (LIPOVETISKY, 2005, p.85)

Vários são os paradoxos: na procura por personalização máxima - já que é possível a alguém escolher que tipo de objeto se lhe adéqua melhor, pois o consumo é direito de todos -, irá ocorrer também uma massificação dos seres, como se todos fossem um. O indivíduo pode e deve, a todo instante, escolher que automóvel comprar, a que filme assistir, que tipo de comida ingerir, para onde viajar nas férias etc., marcando, assim, o que parece ser o máximo de individualização. Ao mesmo tempo, não há mais, por exemplo, diferenças marcantes entre as faixas etárias. Todos têm o direito de ser iguais: o idoso já não é chamado de idoso, agora é chamado de indivíduo da terceira idade e tem direito à universidade, à academia, ao jeans, aos corpos nus, etc. Os mais novos têm direito ao nu, o tratamento entre professor e aluno perdeu a referência de autoridade. É a democratização total onde todos são convidados ao culto à juventude, onde a autoridade é impotente, onde a experiência não conta, como se esta fosse uma única faixa etária a que todos teriam, não só o direito, mas o dever de a ela pertencer. Todas as faixas etárias estariam resumidas em uma só, e justo naquela em que a sedução consumista tem maior liberdade de ação.

Não há mais uma diferenciação sexual bem delimitada entre homens e mulheres. O masculino e o feminino se confundem, a homossexualidade já não é considerada perversão e são inúmeras as designações para o comportamento sexual, como atesta uma visita rápida em sites brasileiros leigos sobre este assunto na internet.¹⁹

¹⁹ Uma revista eletrônica de moda comenta: “Florescem no futuro do presente a homossexualidade e a sexualidade ambígua, mostrada por novas tribos, como os emos. ‘A sociedade, e principalmente a juventude, está se desvencilhando de papéis sociais e culturais do passado, mas ainda não tem uma estrutura de valores bem desenhada que sirva como guia. Nisso, a facilidade da experimentação entra como formador da personalidade. Se há poucos anos provar o homossexualismo era uma experiência definitiva, hoje isso pode ser feito sem sair de casa, no computador. Uma das principais revoluções no comportamento jovem está nessa possibilidade de testar a sexualidade online’, diz Carla Tuny. Para ela, e para outros analistas, os relacionamentos do futuro serão mais baseados em afinidades do que no gênero de cada parceiro. Futuristas mais ousados dizem até que o fato de você ser homem ou mulher contará tanto quanto o seu tipo sanguíneo para a questão do relacionamento sexual. ‘Hoje já contamos pelo menos 17 transgêneros’, diz a escritora Rose Muraro, referindo-se a novas designações sexuais que vão dos homos aos transexuais, passando por bis, pansexuais, travestis etc. Segundo Rose, o futuro vai trazer uma variedade ainda maior de maneiras de viver a sexualidade. “As relações virão a partir da profundidade dos seres, e não simplesmente do sexo.” (Marketing de Moda, 2007)

Em um site com um glossário de termos sobre a identidade e gênero sexuais, disponibilizado por americanos encontra-se o seguinte comentário:

“As definições destas palavras não estão padronizadas na sociedade e são usadas diferentemente por pessoas diferentes e em regiões diferentes. Particularmente, estas definições assumem a existência de dois e apenas dois de cada sexo, gênero, e sexo/papéis sexuais, que são separados e distintos um do outro; mas muitas pessoas os vêem como se sobrepondo, intimamente relacionados, ou como uma visão limitada ou modelo de uma realidade muito mais rica. O significado das palavras muda ao longo dos tempos. Mudanças no pensamento e nas atitudes em relação à identidade e gênero sexuais estão acontecendo na sociedade como um todo e dentro das comunidades de identidade e gênero sexual. O significado destas palavras vai continuar a mudar.” (*Feminism and women's studies*, 2008)

De forma que, ao mesmo tempo em que o indivíduo tem maior liberdade de escolha também nesta esfera, o apagamento dos limites claros unifica a sexualidade em um só modelo. Isto foi apontado recentemente por um médico, ex-ministro da saúde italiano, Umberto Veronesi, como parte da evolução natural das espécies.

“O homem está perdendo suas características e tende a se transformar numa figura sexualmente ambígua, enquanto a mulher está se tornando mais masculina. *Desta forma a sociedade evolui para um modelo único.*” (VLAHOU, 2008, grifos nossos)

A tendência a essa unificação é apontada por vários filósofos e psicanalistas como uma consequência, uma face do domínio crescente do discurso da ciência. A ótica quantitativa apaga as diferenças: “ela é habitada por um certo *todos iguais*.”²⁰

A cultura pós-moderna não possui inovação e audácia verdadeiras; ela se contenta em democratizar a lógica hedonista e sua referência central é o consumismo.

Mas a revolução do consumismo tem, de fato, nos diz Lipovetisky (2005, p.83), um alcance mais profundo, que reside essencialmente na “realização definitiva do objetivo secular das sociedades modernas, a saber, o controle total da sociedade e, por outro lado, a liberação cada vez mais ampla da esfera particular...”

²⁰ Citação de Jacques Allain Miller em sua sexta aula do curso de orientação Lacaniana III, de 16 de janeiro de 2008, ainda não publicada.

“Cai, assim, o último bastião que ainda resistia à penetração burocrática, à gestão científica e técnica dos comportamentos, ao controle dos poderes modernos que abolem por toda a parte as formas tradicionais de sociabilidade e se dedicam a produzir-organizar o que deve ser a vida dos grupos e dos indivíduos, até mesmo nos seus desejos e intimidades. Controle suave, não mecânico ou totalitário; o consumismo é um processo que funciona à base da sedução.” (ibid., 2005, p.85)

O efeito paradoxal da era do consumismo é a liberdade de escolha por um lado e, ao mesmo tempo, a total submissão às regras, à técnica, à padronização, à despersonalização e, finalmente, à disciplina.

Em *Tempos Hipermodernos*, Lipovetsky (2004) define a disciplina, sobre a qual Foucault já havia mostrado seu aspecto corrompido na modernidade, cuja finalidade consistiria mais em controlar os homens do que em libertá-los.

“A disciplina é um conjunto de regras e técnicas específicas (vigilância hierárquica, sanção normatizadora, exame de avaliação) que têm por efeito produzir uma conduta normatizada e padronizada, adestrar os indivíduos e submetê-los a uma fôrma idêntica para otimizar-lhes as faculdades produtivas.” (ibid., 2004, p.16)

(...)

“...essa libertação em face às tradições, esse acesso a uma autonomia real em relação às grandes estruturas de sentido, não significa nem que desapareceu todo o poder sobre os indivíduos, nem que se adentrou num mundo ideal, sem conflito e sem dominação. Os mecanismos de controle não sumiram; eles só se adaptaram, tornado-se menos reguladores, abandonando a imposição em favor da comunicação. Já não usam decreto legislativo para proibir as pessoas de fumar; fazem-nas, isto sim, tomar consciência dos efeitos desastrosos da nicotina para a saúde e a expectativa de vida.” (ibid., 2004, p.20)

A pós-modernidade tem como alicerce três axiomas da fase anterior, agora generalizados: o mercado, a eficiência técnica e o indivíduo.

Capítulo 6. Imersos na com-posição da técnica

6.1. UM PARADIGMA PÓS-MODERNO NA MEDICINA?

Otimizar benefícios e minimizar riscos e custos, demonstrar validade, usar estratégias, fazer um contrato, alcançar objetivos: são expressões encontradas em abundância na área empresarial. Todas elas foram retiradas de um artigo médico publicado em 1992 no *Journal of the American Medical Association (JAMA)* no qual foram lançadas as bases para o que tem sido chamado ultimamente de “um novo paradigma da medicina”: a Medicina Baseada em Evidências (MBE).

De que se trata isso?

Num editorial do *British Medical Journal*, em 1995, os editores assim a definem:

“Em essência, a medicina baseada em evidências está enraizada em cinco idéias: primeiramente, *as decisões clínicas* devem ser baseadas na *melhor evidência científica disponível*; em segundo lugar, *o problema clínico* – mais que hábitos ou protocolos – deve determinar o tipo de evidência a ser procurada; em terceiro lugar, *identificar os melhores meios de evidência* usando modos de *pensamento epidemiológicos e estatísticos*; em quarto lugar, as *conclusões derivadas* a partir da identificação e avaliação crítica da evidência são úteis apenas se colocadas em ação no manejo de pacientes ou em decisões relacionadas à saúde; e, finalmente, *a performance* deve ser constantemente avaliada.” (DAVIDOFF, 1995, p.1085, grifos nossos)

A definição lista dois problemas e traça diretrizes para a sua resolução. São eles o problema e as decisões clínicas, como podemos extrair do editorial. As soluções devem ser baseadas na melhor evidência científica possível, para identificar-se os melhores meios de evidência, acompanhados de pensamentos epidemiológicos e estatísticos para se tirar as conclusões e decisões. Tudo isto é arrematado pela avaliação da performance. Em 1992, deu-se a primeira publicação sobre a experiência do serviço de onde foi lançada a MBE (Evidence-based medicine working group, 1992). A experiência havia sido iniciada na década de 1980, na universidade McMaster, no Canadá. Naquele artigo, os autores listaram três importantes pontos do novo paradigma.

O primeiro deles refere-se à experiência clínica e ao desenvolvimento do instinto clínico (principalmente quanto ao diagnóstico). Os autores concordam que tais elementos

cruciais para a formação de um médico competente, entretanto, “porque muitos aspectos da prática clínica não podem ser testados”, eles recomendam que, “na ausência de observação sistemática deve-se ter precaução na interpretação ou nas informações derivadas da experiência clínica e intuição, pois estas são, muitas vezes, enganosas” (Evidence-based medicine working group, 1992, p.2421).

O segundo ponto refere-se aos conhecimentos dos mecanismos básicos das doenças. Os autores apontam que eles são necessários, mas insuficientes:

“A análise racional para o diagnóstico e tratamento, a partir de princípios fisiopatológicos básicos, podem, de fato, estar incorretos, levando a previsões imprecisas...” (ibid., p.2421).

O terceiro ponto refere-se às normas necessárias para a interpretação correta da literatura: os clínicos devem consultar regularmente a literatura, ser hábeis em fazer avaliações críticas sobre os métodos e resultados, em resolver problemas clínicos e em fornecer ótimo cuidado ao paciente. Mas também, reconhecem os autores do artigo, “devem estar prontos para aceitar e viver com a incerteza”, além de admitir que “as decisões gerenciais são tomadas frequentemente em face da relativa ignorância sobre seu real impacto”.

Todavia, ainda há uma importante afirmação neste artigo a ser considerada aqui: “O novo paradigma coloca muito menos valor na autoridade.” E justificam-se: “A diminuição da ênfase na autoridade não implica na rejeição sobre o que alguém possa aprender dos colegas e professores...”

Deve-se observar que a linguagem é absolutamente técnica, a ponto de nos perguntarmos onde está o homem, médico ou paciente – o homem que trata e/ou o homem a ser tratado.

Entre os vários artigos sobre o tema, apenas esse artigo de 1992 se refere ao relacionamento interpessoal entre o médico e o paciente. E seus autores o fazem, chamando a atenção para que, dentre as novas habilidades do médico, deva ser acrescentada também uma “sensibilidade quanto às necessidades emocionais de seu paciente”. Eles já adiantam a melhor técnica para se alcançar este objetivo:

“O novo paradigma poderia clamar por usar as técnicas da ciência do comportamento para determinar o que os pacientes estão buscando de seus médicos e qual comportamento do médico e do paciente afeta o resultado do tratamento”. (Evidence-based medicine working group, 1992, p.2422).

A autoridade não é refutada, como se lê, mas ela é impotente. A MBE vem nos mostrar como foi incorporado, de forma tão adequada, o discurso da ciência pós-moderna. Se

era necessária aos médicos uma estratégia para não serem engolidos pela técnica, já que lhes são exigidos produtividade, aperfeiçoamento e atualização, a saída encontrada pela MBE foi a de inseri-los ainda mais nesse sistema. A literatura sobre a MBE coloca a serviço dos médicos novas técnicas para se adequarem ainda mais à técnica. Em um editorial, a publicação nomina-a de “*doctor effectiveness*” (ROWLAND, 1995, p.808) É certo que os médicos da era pós-moderna são muito mais exigidos em termos de conhecimento em relação ao passado. Um estudo revela (DAVIDOFF, 1995, p.1085) que, para se manter atualizado, um médico dedicado precisaria ler aproximadamente 17 artigos diariamente, todos os dias do ano, e justifica que uma das razões para o surgimento da MBE foi a de ensinar a filtrar os bons e maus artigos, para que o médico ganhasse tempo e eficiência. Outro estudo discorre sobre o tempo necessário para que os artigos na literatura médica tornem-se obsoletos e necessitem ser atualizados (SHOJANIA, 2007, p.224). Após extensa análise, os autores concluíram que a média de “sobrevivência” de um artigo é de 5.5 anos, mas 23% dos artigos de revisão dão sinais de necessitarem de atualização em dois anos e 15%, em um ano. Isto, quando a submissão do artigo e seu aceite ocorrem com rapidez, pois caso este processo leve mais de um ano, o artigo deverá ser revisado antes de ser publicado. Toda essa premência, tanto por leitura de uma grande quantidade de informação, quanto por uma atualização constante destas informações, deixam os médicos ainda mais comprimidos e oprimidos pela exigência da excelência técnica.

6.2. AUTO- CRÍTICAS AO PROPALADO NOVO PARADIGMA

Algumas críticas são ouvidas dentro do próprio discurso da medicina sobre este que se alardeia como novo paradigma.

Um interessante e bem elaborado artigo, publicado em 2005, tem por título “*Why most published research findings are false*” (IOANNIDIS, 2005). O autor desenvolve seu raciocínio provando que a maioria dos achados reivindicados pelas pesquisas são falsos. Concorda que o chamado padrão ouro (*gold standard*) seja um ideal impossível e sugere algumas alternativas para a melhora dos resultados. Entretanto, diz, “isto requer uma mudança na mentalidade científica que pode ser difícil de se atingir.” (ibid., p.701) Ele

lista seis corolários, através dos quais pode-se deduzir a probabilidade de um achado de pesquisa ser verdadeiramente falso. Entre esses corolários, de natureza mais técnica, como a interpretação dada ao uso do “*p-value*”(valor de *p*), ele lista duas situações de natureza mais humana. Uma delas se refere à preferência pela publicação das pesquisas com os melhores resultados. E afirma:

“... há fortes evidências de que a publicação de resultados seletivos, com a manipulação dos resultados e de suas análises é um problema comum, mesmo nos ensaios aleatórios.” (ibid., p.698)

Outra situação refere-se aos conflitos de interesse que, lembra o autor, são muitos comuns na pesquisa biomédica e, por isso, são tipicamente relatados de forma inadequada e esparsa. Ele chama a atenção para o fato de os conflitos não seguirem sempre a rota financeira.

“Cientistas de uma determinada linha podem se sentir prejudicados puramente pela sua crença em uma teoria científica ou pelo desempenho de seus próprios achados. Outros estudos, que pareceriam independentes, com sua base em universidades podem ser conduzidos por nenhuma outra razão que a de dar aos médicos e pesquisadores qualificações para sua promoção ou estabilidade no emprego. Estes conflitos não financeiros podem levar também a relatos e interpretações distorcidas.” (ibid., p.698)

Neste contexto, uma meta-análise de publicação recente coloca em xeque a eficácia dos antidepressivos tidos como de nova geração (KIRSCH, 2008, p.260). Os autores fizeram um estudo, que reuniu os ensaios clínicos sobre a eficácia de seis dos mais prescritos antidepressivos aprovados pelo *Food and Drug Administration* (FDA) entre os anos de 1987 e 1999. A diferença é que, nesta meta-análise, foram contabilizados os estudos publicados, mas foram incluídos também os não-publicados. Segundo a pesquisa, o efeito da nova geração de antidepressivos está aquém do critério recomendado como tendo significância clínica, e colocaram em discussão o uso indiscriminado deles.

As questões levantadas acima sobre os achados falsos em artigos relaciona-os, de acordo com Aristóteles, aos agentes produtores, às causas *eficiens*, àquilo que faz viger o que não vige. Ou seja, por trás das falhas nos achados dos artigos científicos, não está a própria técnica em si, mas aquilo que a técnica não controla. Porque o homem, apesar de “imerso na com-posição da técnica”, como afirma Heidegger, não é passível de ser “tecnificado”. Algo sempre escapa.

O mais interessante nos artigos que participam da querela sobre a MBE é o fato de que, na maioria deles, a questão se resume à procura da melhor técnica. Apesar da

impossibilidade de o homem ser assimilado pela técnica, o próprio homem busca que isto ocorra ao procurar insistentemente pela melhor técnica, ou seja, pela melhor forma de excluir o que há de humano e que contamina a técnica.

A subjetividade, tanto do médico quanto do doente, ainda está excluída, apagada, silenciada. A questão da perda, pelo homem, de sua essência de homem livre não é sequer mencionada.

6.3. O ABANDONO DA ESSÊNCIA DE HOMEM LIVRE E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOBRE A EXPERIÊNCIA E O JULGAMENTO MÉDICO

Constata-se que o homem, como já apontava Heidegger (2007), deixou prosperar e, mais ainda, cultiva sem questionamentos a derradeira “ilusão de que em toda parte ele se encontraria consigo mesmo”. O homem está “tão entranhado na técnica e disposto em sua com-posição que provoca e explora” que não se sente atingido pela ex-ploração. “O homem já não se encontra em parte alguma com sua essência”. Trancado na composição da técnica o homem vem perdendo sua essência de homem livre.

É o reino da técnica. Para não se sentirem enganados pela técnica, ensinam-se novas técnicas, muitas vezes de forma absolutamente apaixonada. E para o que de mais humano há no homem, a *tychē* - aquilo que os homens não controlam, o inesperado, o contingente - acredita-se hoje dispor das técnicas da “ciência do comportamento”, de forma que, para responder à técnica, tem-se mais técnica.

Na medicina pós-moderna, não há lugar para a produção que contemple a poética, aquela produção a que os gregos chamavam de *ποίησις* (*poiésis*), que fazia parte da *technē* e incluía, além da *episteme*, a *tychē*. A produção moderna e pós-moderna dá-se no sentido de eficiência, eficácia, finalidade. O homem moderno cedeu à finalidade da técnica e por ela é explorado, transformado, controlado, avaliado.

Tudo isso tem conseqüências para a própria experiência. Agamben (2005, p.21) abre um ensaio sobre o assunto dizendo que

“todo discurso sobre a experiência deve partir atualmente da constatação de que ela não é mais algo que ainda nos seja dado fazer. Pois, assim como foi privado de sua biografia, o homem contemporâneo

foi expropriado de sua experiência: aliás, a incapacidade de fazer e transmitir experiências talvez seja um dos poucos dados certos de que disponha sobre si mesmo.”

Mais à frente ele esclarece “não significa que hoje não existam mais experiências, mas *elas se efetuam fora do homem*” (ibid., 2007, p.23, grifo nosso).

Fora do homem, já que sendo a certeza o propósito da ciência moderna, a experiência precisa efetuar-se no experimento, “o mais completamente possível fora do homem: nos instrumentos e nos números” (ibid., 2007, p.26). A ciência não conta com a experiência, mas com o experimento.

Agamben tece algumas considerações sobre o fato de que, antes do nascimento da ciência moderna, a idéia de experiência era separada da idéia de conhecimento; experiência e ciência possuíam seu lugar próprio.

“O problema central do conhecimento não é, para a antiguidade, o da relação entre um sujeito e um objeto, mas o da relação entre o uno e o múltiplo. (...)... aquilo que se coloca, para nós, como problema da experiência, apresenta-se naturalmente, para o pensamento clássico, como problema da relação entre o intelecto separado e os indivíduos em sua singularidade, *entre o uno e o múltiplo, entre o inteligível e o sensível, entre o humano e o divino.*” (ibid., 2007, p.27, grifos nossos)

Podemos dizer que Agamben chama de uno o que nomeamos de *tychē* neste trabalho. O que a ciência procura é uma “refundição da experiência e uma reforma da inteligência” (ibid., 2007, p.28) de forma a abolir a separação entre o uno e o múltiplo, fazendo do “método” o caminho do conhecimento – o conhecimento e a experiência estarão fundidos no *ego cogito* cartesiano, na consciência.

“Mas, uma vez referida ao *sujeito da ciência, que não pode atingir a maturidade, mas apenas crescer os próprios conhecimentos*, a experiência torna-se-á, ao contrário, algo de essencialmente infinito, um conceito «assintótico», como dirá Kant, ou seja, algo que se pode somente *fazer* e jamais *ter*: nada mais, precisamente, do que o processo infinito do conhecimento.” (ibid., 2007, p.33, primeiros grifos nossos, os segundos do autor)

O conhecimento (episteme) é inesgotável, e não atinge a maioridade, como chama a atenção Agamben, pois é um processo infinito de soma de mais episteme. Este sujeito do conhecimento seria conseqüência da assimilação de todo o saber que é lançado na literatura médica; é com vistas à sua produção que são lançados diariamente no mundo pelo menos dezessete artigos médicos. É com ele que sonhava aquele médico de 1817 quando tentava definir o bom médico.

Campos (2007, p.131) aborda alguns autores que se debruçaram sobre o tema da experiência e comenta que “como não há mais memória, não há mais vivência e tampouco experiência, que desaparece devido à técnica e à informação, já que nem a informação, tampouco a técnica, se convertem em experiência para o sujeito.”

A MBE procura organizar, para o médico, uma excessiva carga de informação; ele não conta mais com a experiência e essa informação torna-se rapidamente obsoleta. Neste quadro, como fica a memória?

A MBE questiona a autoridade, a experiência clínica e a intuição, alertando para o fato de que elas podem ser enganosas. Na procura por uma técnica que se sobreponha aos enganos, exclui a subjetividade – do médico, do paciente - a própria fonte de engano. Engano que era conhecido pelos médicos da antiguidade e considerado útil na cura. Tanto assim que Hipócrates já se referia ao bom uso da *tychē*, como nos referimos anteriormente na página 57: “Ter *tychē* seria equivalente a fazer a coisa certa e não ter *tychē* seria equivalente a não fazê-la, fora da ignorância.” Podemos deduzir que Hipócrates relacionava o saber, “fora da ignorância”, com o erro, caso fosse considerado em sua forma pura na medicina. Por esta via, também Heidegger alertava para o perigo de o verdadeiro se retirar do correto.

A MBE questiona abertamente a autoridade do sujeito da experiência, pois abolido o uno, o sujeito da experiência, não há mais subjetividade, não há sequer autoridade, exceto a autoridade da ciência e da técnica.

O médico tinha, na medicina artesã, e não na *pret-à-porter*²¹, seu conhecimento teórico e sua experiência dos quais dispunha no momento do encontro com o paciente. Este encontro culminava com o julgamento do médico, absolutamente singular, que se dava através das considerações que sua bagagem anterior lhe fornecia e através do algo mais, inesperado, que se interpunha naquele instante.

O médico, na medicina *pret-à-porter*, está dispensado de seu julgamento. Aliás, é dele desencorajado, já que as evidências podem dizer o contrário do que um médico poderia julgar para aquele caso.

²¹ Pret-à-porter é expressão francesa, derivada do mercado da moda, que significa “pronto para uso” e é citada por Campos (2007, p.133) para dizer da medicina “pasteurizada”, entregue pronta pelos protocolos e pesquisas na tentativa de evitação dos enganos.

Privado da experiência, o médico agarra-se às evidências pré-julgadas, que são oferecidas pelos protocolos, pela MBE, pela ciência e seus métodos.

Já que não mais pode dispor de decisões baseadas em sua autoridade pessoal, no seu julgamento, ancora-se na autoridade dos protocolos, dos serviços e das instituições. É o caminho para o diagnóstico e tratamento virtuais, automáticos, feitos até mesmo por uma máquina.

J.A. Miller faz uma crítica a este impulso da ciência para o diagnóstico e tratamento automáticos, referindo-se ao sentido que dá Kant ao julgamento:

“... é uma utopia porque sutura o momento de julgamento, no sentido de Kant, o momento de julgar, que é logicamente necessário. O juízo ou julgamento que é toda prática que não é um conhecimento nem uma teoria, mas uma arte. Nesta dimensão, a prática não é uma aplicação da teoria.” (MILLER J.A, 2006, p.31)

Há algo que impede a universalização do julgamento, “entre o universal e o particular é sempre necessário inserir o ato de julgar, sendo que este ato não é universalizável” (ibid., p.). Porque o ato de julgar envolve o conhecimento teórico adquirido, ou seja, o conhecimento das regras aliado à experiência adquirida, singular a cada um. Com isto, um sujeito teria a capacidade de tomar uma decisão baseado na autoridade do seu saber e da sua experiência, para dizer se, naquele caso particular, determinada regra se aplica. Pode-se concluir que, na era pós-moderna, inversamente à idéia de que não existam mais experiência, autoridade ou julgamento, o que ocorre é que não só a experiência se dá fora do homem, mas também a autoridade e o julgamento.

Conseqüentemente, o médico nada seria além de um consumidor e executor das técnicas validadas pela ciência? O paciente nada mais seria do que o consumidor e executor das técnicas indicadas pelo médico?

Estamos no reino do consumo - consumo também de técnicas. Tudo é consumível e tudo é descartável, tudo e todos entram no mercado da troca. Novas técnicas têm que substituir as antigas (nem tão antigas). E até as psicoterapias quanto a psicanálise também entram aí como recomendação para consumo. Como indica o artigo da MBE, caso o médico necessite, poderá consumir também as técnicas da ciência comportamental.

Todos consomem e, ao mesmo tempo, também são objeto de consumo: o médico, o paciente. Este último também está plugado na rede, pode acessar, e assim o faz muitas vezes, as mesmas informações que o médico. O médico, antigamente considerado pelo

paciente como uma autoridade, um pai que apontava um caminho, encontra-se também impotente.

6.4. SOBRE O DESEJO DO MÉDICO

Desde Hipócrates uma questão surge e podemos situá-la em muitos escritos antigos e atuais: o que quer o médico? Hipócrates coloca em palavras o que vem a ser o desejo do médico. O desejo do médico é um desejo de cura²². O médico tem como alvo a eficácia terapêutica; quer a cura e o bem-estar de seu paciente. Para isso, está articulado com todo o saber construído pela medicina. Saber que terá de dar conta do que seria a doença, o normal e o patológico, a definição de bem-estar, de cura, e de muitas outras questões situadas fora do âmbito da medicina. Para respondê-las, a medicina antiga lançava mão da filosofia. Os médicos eram também filósofos - filósofos da natureza, quando homem e natureza se confundiam. Esse desejo do médico, desejo de cura, era colocado em suspenso pelos conflitos entre corpo e alma.

Mas, para além da cura, o desejo do médico é, além de tudo, o de ser um bom médico. E o que seria um bom médico é objeto de debates desde Herófilo, Hipócrates e Platão.

O médico estuda e trabalha incansavelmente para obter de saber e experiência, com a intenção de ser um bom médico. Quando um paciente o procura, traz uma demanda, demanda algo ao médico. Mas o que quer um paciente quando procura um médico? Será que o paciente quer aquilo que pede? Será mesmo a cura o que ele quer? Qual seria a definição de cura? Seria uma definição universal ou singular? Como colocado anteriormente, quem deveria determinar ao homem o que este deveria desejar?

O médico em geral, pensando no bem-estar de seu paciente, apresenta-se com um furor terapêutico – quer curar o paciente de seu sofrimento.

Muitas vezes, porém, ele se atrapalha diante do fracasso. Ao se deparar com a demanda do paciente, a essência da clínica, descobre que todo o saber adquirido não é o que faz dele um bom médico.

²² Lacan fala sobre isso no capítulo *Para-além do "Princípio da realidade"*. (ibid., 1998, p.84).

Mesmo porque, muitas vezes, como são exemplo os anoréxicos e bulímicos, alguns pacientes recusam-se obstinadamente a serem curados. Se a função do médico é a de curar seu paciente, espera-se que o desejo do paciente seja o de ser curado. Então, o que pode estar em jogo quando um paciente se recusa a seguir as recomendações médicas?

Esta é uma situação encontrada com muita frequência, principalmente nas doenças crônicas. O médico, possuidor do saber sobre a doença, oferece ao paciente as condições teóricas e práticas para sua cura da doença, mas ele não as segue em muitos casos. Ou, o que é mais surpreendente, o próprio médico, sabedor das condições para se ter saúde, não as segue ele próprio.

Com o médico, a medicina falha por não proporcionar a ele um saber que o alivie disso que será primordial e determinará seus limites: sua angústia diante do caso particular. A partir dos fracassos com os quais vai se deparar, na confrontação do saber médico com a demanda do paciente, o médico descobre que este saber não garante por si só o sucesso do tratamento e ele terá que desenvolver um certo “saber fazer com isso”. O médico vai ter que se posicionar diante de si e do paciente.

Diante de sua angústia, um médico pode se posicionar negando que este saber médico seja falho e aliando-se com ainda mais força à medicina científica. É o caso da BEM, que responde a esta falha aplicando novas técnicas. Outros se entregam às depressões, às novas formas de adoecer, ao uso de drogas às quais têm acesso facilitado, ou ao suicídio. Alguns procuram ramos da medicina alternativa. Outros terão sintomas que serão agrupados pela moderna psiquiatria como a síndrome de *burnout*²³. Alguns desistem da profissão. Outros encontram o sujeito do inconsciente.

São inúmeras as saídas, as tentativas de se fazer algo com esta angústia, que vai tomar um e outro médico de forma diferente, de acordo com a sua singularidade.

²³ Do ponto de vista psiquiátrico a síndrome de *burnout* é conseqüente a prolongados níveis de estresse no trabalho e compreende exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal. A prevalência da síndrome de *burnout* ainda é incerta, mas dados sugerem que acomete um número significativo de indivíduos, variando de aproximadamente 4% a 85,7%, conforme a população estudada. Pode apresentar comorbidade com alguns transtornos psiquiátricos, como a depressão. (TRIGO et al., 2007).

A partir da psicanálise, a explicação para a nomeação de mais esta síndrome estaria ligada “ao mal estar que a demanda cria no próprio trabalhador de Saúde Mental pelo fato de serem eles os portadores dos ideais contemporâneos de normalidade. Não só os pacientes suspeitam que os profissionais não conseguirão atender às suas demandas, como também os próprios profissionais tropeçam com um impossível do qual não podem dar conta”. (MILLER J.A, 1999, p. 23)

Elas não passam, porém, da busca por o que fazer com o engano, o engodo, a falha, a falta, o limite, a impossibilidade, a falta de garantias, a impossibilidade de qualquer técnica de dar conta daquele encontro entre o médico e seu paciente. Trata-se de se deparar com a falha da medicina em aliviá-lo no momento solitário de seu ato. Uma falha que era não só conhecida, mas aceita e trabalhada na medicina antiga, e que passou a ser ignorada, evitada e negada a partir do surgimento da medicina científica.

Um recente artigo de revisão, conduzido na Noruega, concluiu, reiterando várias outras publicações, que há uma alta prevalência, entre os profissionais de saúde, de desordens relacionadas ao estresse, assim como de transtornos mentais, particularmente depressão e suicídio. (TYSSEN, 2007, p.599)

A MBE vem, na corrente da ciência, oferecer, como listado acima em sua definição, garantias para a resolução de dois problemas colocados pelos médicos que a inauguraram, *o problema clínico e as decisões clínicas*, ou seja, o problema e a decisão dos médicos quando estão sós, diante daquele paciente único, na solidão de sua decisão clínica. Um problema que se situa entre o que o médico quer e o que ele pode.

O paciente demanda e o médico, em seu sonho de ser um bom médico, deve responder. O que a MBE vem fazer é atender a isso que ela interpreta como demanda dos médicos, apresentando-os a uma técnica que transforme aquele seu paciente único em uma massa de pacientes. Diversos pacientes feitos um pelos resultados estatísticos vai representar uma resposta única, e adequadamente baseada em evidências, a ser oferecida a esse médico que tem diante de si seu paciente único e singular. A MBE é uma forma encontrada por alguns médicos para responder a uma demanda, de acordo com a interpretação que fizeram dela e que tem sido aceita por muitos, a ponto de se falar em um novo paradigma.

Mas será que é disso mesmo que se trata quando um médico demanda ter realizado seu sonho de ser um bom médico?

A ciência oferece-se para resolver isto que os médicos colocam como uma necessidade - a necessidade de aliviá-los da angústia da solidão de suas decisões, a fim de se evitar os enganos.

Mas será que a demanda dos médicos equivale à sua necessidade? A ciência conseguiria atender a esta demanda? Seria esta demanda a de se evitar o engano e as “predições imprecisas?” Será possível resgatar isto que a medicina perdeu ao longo da sua história, um certo saber-fazer com os enganos e as predições imprecisas? Quando dizemos do

desejo do médico, podemos generalizá-lo a todos os médicos ou considerarmos que só poderíamos pensar em termos de desejo de um só médico?

6.5. CONCLUINDO

Algo aconteceu com o lugar do médico na transição entre a medicina antiga e a medicina científica, como consequência da separação dos termos constituintes da arte (*technē*) médica. O doente passou de protagonista a espectador. O médico passou progressivamente de artesão/artista a técnico. Deixou de trazer à vigência o que não vige para fazer algo útil.

As transformações pelas quais passou o pensamento do homem incluíram a destituição do pai de seu lugar de lei potente, o que trouxe consequências inclusive para a medicina. Se os pacientes ficaram perdidos ante aos apelos da ciência e do consumo, os médicos perderam também a figura organizadora que tinham em Hipócrates e se deixaram manipular pelos caminhos da ciência e do consumo. Como técnico, passível de treinamento, de adequação às normas, de avaliação e validação, o médico passou a objeto de uso da ciência e do poder. A experiência e o julgamento médicos estão sendo substituídos por uma medicina pronta, oferecida em pacotes pré-estabelecidos e validados, os protocolos.

Entretanto, na medida em que esta medicina vem se configurando com mais clareza e força, os doentes também vêm se apresentando com novas formas de adoecer. Formas que têm desafiado a medicina e os médicos pós-modernos que, atônitos, não sabem como responder aos novos impasses. Muitas vezes, ao responderem com mais técnica, deparam-se com impasses ainda maiores.

O que pode estar implícito nestas novas formas de adoecer? Anorexias, bulimias, toxicomanias, depressões inéditas, como as observadas no Japão, onde grupos de adolescentes se trancam anos a fio em seus quartos, sem qualquer contato exterior. E o que dizer dos jovens estudantes que inesperadamente matam colegas e professores e depois se matam, para citar apenas dois dos casos mais freqüentes na imprensa.

Existe uma relação entre o ofício do médico, agora técnico, e o fazer algo útil que se relaciona com a necessidade. Mas para o ser humano não basta ter suas necessidades

satisfeitas; isso é o que o faz humano, o que o diferencia do animal. Se considerássemos apenas as necessidades do homem, quem determinaria quais seriam elas? E as necessidades de cada homem?

A ciência as tem determinado através da técnica, a partir do universal, do princípio segundo o qual todos são iguais.

A medicina antiga, que compartilhava da dor de viver expressa pela filosofia, foi modificada para um campo onde nada se quer saber sobre o sofrimento psíquico. Para tanto, ele foi transformado de algo abstrato em algo concreto. Com isso, o homem tem encontrado formas de defender seus desejos, o que se sobrepõe às suas necessidades e o faz humano, com as armas que a técnica tem-lhe oferecido. Esses desejos são defendidos através da transformação do abstrato em concreto, por meio das manifestações concretas em seu corpo. A ciência “coisificou” o homem e age com todos os direitos sobre seu corpo, através de seu representante médico - e o homem vem reagindo exatamente neste ponto.

Seguiremos na próxima parte trazendo uma análise a respeito das respostas aos impasses oferecidos pela clínica da anorexia e bulimia quando abordados pela medicina da era moderna e pós-moderna, e algumas saídas para a sua compreensão e manejo que foram encontradas através do diálogo com a psicanálise.

PARTE II

A CLÍNICA DA ANOREXIA E BULIMIA COMO IMPASSES OFERECIDOS AO LUGAR DO MÉDICO

“Os classificadores de coisas, que são aqueles homens de ciência cuja ciência é só classificar, ignoram, em geral, que o classificável é infinito e portanto se não pode classificar. Mas o em que vai meu pasmo é que ignorem a existência de classificáveis incógnitos, coisas da alma e da consciência que estão nos interstícios do conhecimento.”

Fernando Pessoa

Capítulo 1. Anorexia e Bulimia: concepção médica

1.1. DOENÇA, SÍNDROME, PATOLOGIA, CONDIÇÃO, SINTOMA, TRANSTORNO OU DISTÚRBO ALIMENTAR?

Observa-se na literatura que as definições para anorexia e bulimia variam tanto em diferentes campos do saber quanto dentro de um mesmo campo, o que demonstra a dificuldade para se caracterizar esses problemas. Em um mesmo livro, com desenvolvimento teórico sistematizado, e que adota a visão médica a partir da perspectiva psiquiátrica aliada às técnicas cognitivo-comportamentais, é possível encontrar referências a elas como sendo tanto uma *doença*, quanto um *sintoma*, uma *síndrome*, uma *condição* ou um *transtorno* (NUNES, 2006). Em outro livro, organizado por médicas brasileiras, são utilizados os termos *síndrome*, *transtorno*, *distúrbio* e *entidade nosológica* (CLAUDINO, 2005). Ainda em outra publicação brasileira, que também parte do ponto de vista psiquiátrico aliado à antropologia médica, os autores utilizam preferencialmente as palavras *patologia* e *doença* (BUSSE, 2004). Publicado em Málaga, na Espanha, um livro escrito por médicos sob uma perspectiva psicanalítica, refere-se ao problema como uma *patologia*, um *sintoma*, um *problema clínico* e um *transtorno* (MADUEÑO, 2003).

Um parágrafo de um livro de referência, escrito por médicos brasileiros, exemplifica de forma clara esta confusão:

“A anorexia nervosa (AN), descrita quase que simultaneamente por Lasègue, na França, e por Gull, na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, corresponde a uma *nova condição* descrita pela medicina moderna *resultante do Iluminismo*. Entretanto, a prática de jejuar existe há séculos, o que nos leva a questionar se a anorexia nervosa é realmente uma *doença nova*, produto das pressões sociais atuais, ou se configura *uma forma mais profunda de auto-expressão* adotada por indivíduos de outras épocas e culturas. A bulimia nervosa (BN), por sua vez, apresenta uma história bem mais recente, tendo sido descrita como *síndrome relacionada à anorexia nervosa* na década de 1970.”
(NUNES, 2006, p.31, grifos nossos)

Por este parágrafo, pode-se entender que elas corresponderiam a uma nova condição resultante do Iluminismo; poderiam ser novas doenças, secundárias às pressões sociais, ou uma forma de auto-expressão.

Afinal de contas, de que se trata a anorexia e a bulimia?

Em uma de suas primeiras descrições, datada de 1873, o médico Charles Lasègue afirmava:

“Se o termo anorexia é geralmente adotado para representar um estado patológico, não há o correspondente fisiológico e a palavra orexia não pertence à nossa língua. Disso resulta que nos faltam expressões para designar os graus ou variedades da inapetência: aqui, como além, a pobreza do vocabulário responde à insuficiência do saber.” (LASÈGUE, 1971, p.136)

Lasègue descreveu a anorexia como uma “afecção histérica” e lamentava a falta de palavras que pudessem melhor descrevê-la. Como médico clínico sensível que demonstra ter sido, percebia que havia uma barreira neste estado patológico ao qual faltava o correspondente fisiológico. Ao ler todo o artigo, percebe-se que ele enfrentou a clínica da anorexia a partir de seu conhecimento acumulado, adquirindo experiência a partir dos atendimentos de casos particulares, e mais: percebe-se em seu julgamento que ele tinha clara noção de seus limites como médico. Ele ainda considerava que a insuficiência do saber ligava-se à insuficiência das palavras, de forma que havia espaço para não se deixar iludir pelo jogo entre “o que é e que se vê e o que não é e não se vê”. Ainda havia espaço para algo do singular de cada homem, sobre o qual as palavras são insuficientes para dizer.

1.2. SOBRE AS CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Muitos livros, textos ou artigos médicos que tratam do tema abordam diretamente os critérios diagnósticos evitando entrar na seara da etiologia, das causas (PILAR, 2002; SPERLING, 2002; FLIER, 1998). Quando muito, descrevem sucintamente alguns estudos sobre a etiologia desses transtornos, como aqueles relacionados com as causas genéticas, sócio-culturais, traços de personalidade, história familiar, entre outras. Os critérios diagnósticos limitam-se a descrever os fenômenos resultantes das causas, estas,

obscuras. Mas se as causas são obscuras, os fenômenos resultantes delas se fazem bem visíveis e, desta forma, pode-se pronunciar algo sobre eles com mais facilidade e acerto. Os critérios que descrevem os fenômenos, mundialmente aceitos, são utilizados tanto para fins clínicos e de pesquisa como estatísticos e são fornecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/DSM-IV (AAP, 2002) e pela Classificação Internacional de Doenças/CID-10 (OMS, 1993), citados neste trabalho respectivamente nos anexos B, C, D, E. O DSM é uma classificação organizada pela Associação Psiquiátrica Americana, enquanto o CID é organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Observa-se que, na grande maioria dos artigos científicos os critérios do DSM-IV são os mais citados. A confecção deste sistema classificatório, paralelo à CID-10, foi justificado pelos psiquiatras norte americanos com a alegação de que a CID-9 era inespecífica, tinha utilidade apenas na coleta de dados estatísticos básicos e não oferecia nomenclatura para clínicos e pesquisadores.

Do que se tratam esses critérios?

A CID-10, publicada em 1993 em sua décima versão, traz, em seu capítulo V, a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento. Desde a CID-8, na década de 1960, a OMS vinha se empenhando em um programa para melhorar o diagnóstico e a classificação dos transtornos mentais, trabalho que envolveu “representantes de diferentes disciplinas, várias escolas de pensamento em psiquiatria e todas as partes do mundo no programa” (OMS, 1993, p.xi). No capítulo introdutório, é esclarecida a razão do uso do termo “transtorno”:

“O termo “transtorno” é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como “doença” ou “enfermidade”. “Transtorno” não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui definido.” (ibid., p.5)

O DSM-IV é um manual que, assim como o CID-10, está fundamentado em ampla base empírica e tem como um de seus objetivos a determinação de uma nomenclatura oficial em saúde mental. Observa-se que esta tendência não é apenas ser oficial, mas mundial. A primeira edição do DSM deu-se em 1952 e, ao longo do tempo, foi-se modificando até a penúltima versão, o DSM-IV, publicado em 1992. Laurent (2005) faz um apanhado histórico acerca das modificações que o DSM foi sofrendo ao longo de suas edições e expõe o fato de que nas versões I e II prevalecia um compromisso entre a

psicanálise e a concepção psicobiológica. Este compromisso era mais determinante que os fatores genéticos, metabólicos e constitucionais. Mas aquela era uma época em que prevalecia, principalmente, a psiquiatria dita clássica, época em que se assistia a uma desmedicalização psiquiátrica e o assento era dados às psicoterapias que, por sua vez, eram diversificadas.

Entre as versões II e III houve uma ruptura metodológica importante, conseqüência das críticas sobre a falta de consenso diagnóstico, que, por sua vez, resultou da diversidade de doutrinas psiquiátricas e do desacordo sobre as causas das doenças. Esta ruptura é enfatizada no capítulo introdutório do manual:

“O DSM-III introduziu várias inovações metodológicas importantes, incluindo critérios explícitos de diagnósticos, um sistema multiaxial e um enfoque descritivo que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas.” (OMS, 1993, p.23)

Mas esta neutralidade é contestada por Laurent, que chama a atenção para o momento de publicação do DSM-IV, o qual seguiu a linha do DSM-III:

“A mudança de estilo operada pela classificação do DSM (IV) acoplada à epidemiologia se produziu no momento em que as neurociências abriram suas asas.” (LAURENT, 2005, p.54)

A versão que vigora atualmente é o DSM-IV revisado, publicado em 2002, em um processo do qual participaram inúmeros consultores imersos em seus campos de visão e entendimento:

“O objetivo do exame bibliográfico para o DSM-IV era a obtenção de informações abrangentes e *isentas*, a fim de garantir que o texto refletisse a *melhor bibliografia disponível*. Por tal motivo, valemo-nos de buscas computadorizadas sistemáticas e revisões críticas realizadas por *grande grupo de consultores...*” (AAP, 2002, p.24, grifo nosso)

É importante esclarecer que o DSM é um trabalho de psiquiatras, a perspectiva de entendimento está ligada à visão médica psiquiátrica e, como aponta Laurent, aliada à epidemiologia e às neurociências. Desta forma, não há como ser isento, já que a isenção não existe em nenhum campo.

O DSM questiona qual seria a definição de transtorno mental:

“..., embora este manual ofereça uma classificação dos transtornos mentais, devemos admitir que nenhuma definição específica adequadamente os contornos precisos do conceito de “transtorno mental”. (ibid., p.28)

Entretanto, define-a logo depois:

“... os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que

ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p. ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (p.ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve constituir meramente uma resposta previsível e culturalmente aceita diante de um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, a síndrome deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo.” (ibid., p.28)

E esclarece em seguida:

“Um equívoco comum consiste em pensar que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas, quando na verdade o que se classifica são os transtornos que as pessoas apresentam.” (ibid., p.28)

De forma que o DSM-IV evita o uso de expressões como “uma anoréxica” ou

“um alcoólico”, em vez disso, utilizando expressões mais precisas, ainda que claramente incômodas, tais como ‘um indivíduo com Esquizofrenia’ ou ‘um indivíduo com Dependência de Álcool’. (ibid., p.28)

Contudo, a diferença é apenas semântica, pois a natureza da coisa está igual. Quando se diz uma anoréxica ou uma moça com anorexia, a moça, ainda assim, estará reduzida a um conjunto de sinais e sintomas nomeados como anorexia. Ou seja, o sistema classificatório - feito para auxiliar os médicos e cientistas em seu trabalho, ensino e pesquisa -, ao tentar dar um corpo de palavras àquilo que é por eles observado, reduz e enquadra os indivíduos, crendo e fazendo crer na equivalência entre o fenômeno e o doente. Reduz e enquadra os indivíduos sob a perspectiva nada isenta da psiquiatria. Faz acontecer o grande sonho daquele médico que viveu em 1810, ao qual se referiu Foucault, de equivaler às doenças as palavras. A classificação do DSM, como também a da CID, faz aquilo que é obscuro se transformar em um discurso claro e ordenado, dando-lhe nome. Encontrar um nome é apaziguador, mas não afasta aquilo que é obscuro, e torna-se problema quando carrega a crença da eliminação desta obscuridade. Lasègue (1971), ao discorrer sobre a impropriedade do termo anorexia não deixou de usá-lo, pois o diagnóstico é importante, faz-se necessário para tratar, construir e para transmitir o saber adquirido. Lasègue chama a atenção para o fato de que ele sabia que esta nomeação era um artifício intelectual utilizado para trazer à tona outra coisa, desconhecida. Assim, como na medicina antiga, ele considerava as doenças como “ferramentas intelectuais que permitiam apreender certas regularidades dos processos naturais”. Não eram os processos naturais, eram formas de apreender algo sobre eles.

Pois, no DSM-IV e no CID-10 ainda há a possibilidade de, na dificuldade de enquadrar diferentes quadros para um mesmo indivíduo, nomeá-los como co-morbidades.

“O termo co-morbidade foi introduzido na medicina em 1970 (Feinstein,1970) para descrever situações em que um paciente passa a apresentar uma “entidade clínica distinta” na presença de uma doença índice.” (NUNES, 2006, p.83)

Uma moça com anorexia, por exemplo, que se apresente ansiosa ou depressiva, será uma moça com anorexia nervosa, apresentando o Transtorno de Ansiedade como uma co-morbidade, já que o quadro de ansiedade não está contemplado no quadro de anorexia. Como também pode ser uma moça com anorexia e um dos Transtornos do Humor, nos quais se incluem as depressões, ou ainda outros transtornos mais. Desta forma, a anorexia, a ansiedade e a depressão quase que se destacam dela.

Observa-se que o caminho encontrado pela medicina classificatória do século XVII ainda é o mesmo percorrido pela psiquiatria do século XXI. O ser da doença é reduzido a um nome, e o nome designa, não só a doença, mas também o doente. A articulação se dá entre o médico e a doença por ele nomeada, que, assim classificada, é confundida com o doente. O que se fez do doente, o inclassificável por excelência?

1.3. UMA EPIDEMIA PÓS-MODERNA?

Um dos livros brasileiros de referência faz um comentário que nos convida à reflexão:

“Embora tenha sido denominada há mais de 100 anos, a AN, primeiro transtorno alimentar classificado, só teve critérios diagnósticos específicos desenvolvidos no início dos anos de 1970. A BN, por sua vez, foi concebida como entidade separada da AN apenas em 1979.” (CLAUDINO, 2005, p.26)

Pode-se observar que a definição e ampla divulgação dos critérios diagnósticos coincidiu com o relato no aumento da incidência e prevalência dos casos. A própria literatura enfatiza esse ponto. Não poderá ter sido por acaso que, ao ser concebida como entidade médica, a incidência de anorexia tenha se elevado. Hilde Bruch, médica psiquiatra muito citada na literatura relativa aos transtornos alimentares, assim escreveu no ano de 1978, após vários anos de prática clínica:

“Eu chamo isso de uma nova doença porque nos últimos quinze ou vinte anos a anorexia nervosa está ocorrendo numa taxa rapidamente acelerada.” (BRUCH, 1978, p.xix)

De acordo com Nunes (2006, p.52), as pesquisas epidemiológicas têm demonstrado que as taxas de prevalência para anorexia e bulimia giram em torno de 0,5 a 1%, respectivamente. São problemas raros, não há evidências que tenham atingido proporções epidêmicas, mas vários estudos vêm consistentemente mostrando um aumento de sua incidência nas sociedades industrializadas do ocidente. Parece ter havido um *boom* nos Estados Unidos da América até a década de 1980, quando então atingiu um platô (NUNES, 2006, p.52). Alguns artigos médicos recentes vêm apontando para o aumento do número de casos ao redor do mundo, no que podemos chamar de globalização do problema, atingindo um pouco mais tardiamente os países menos desenvolvidos, inclusive no oriente.²³

Observa-se que o aumento no número de casos coincide também com a nomeação desses transtornos ocorrida a partir da década de 70. O encontro de um nome para um mal-estar pós-moderno não poderia ter possibilitado a precipitação deste? Como nos diz Canguilhem (2006, p.58), “A doença, que jamais tinha existido na consciência do homem, passa a existir na ciência do médico”.

Nos anos 80 verificou-se a existência de outros transtornos alimentares que não se encaixavam nos dois quadros nosológicos principais e foram classificados como “atípicos”, “sem outra especificação”, ou “não especificados”, acrescenta Claudino (2005, p.26). Alguns deles são transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), quadros de ruminação, hiperfagia reativa, síndrome do comer noturno etc.

Podemos nos perguntar até onde poderíamos ir com as classificações, já que o comportamento alimentar pode assumir dimensões não imaginadas, e, por isso, ainda não classificadas, justamente por estar relacionado com o doente.

Isto nos remete às diferenças de pensamento entre duas das mais importantes escolas na Grécia Antiga, *Cós* e *Cnidos*.

“*Cnidos* era criticada por formar um sistema diagnóstico muito artificial, pois cada sintoma experimentado pelo paciente era reunido para constituir uma doença e recebia um nome diferente. Os médicos de *Cós* os criticavam, concordavam que os sintomas podiam ser ilimitados, mas perceberam que estes só adquiriam sentido médico se fossem integrados a uma perspectiva histórica.” (SINGER, 1961, p.290)

²³ HAY, 2008; JACKSON, 2007; TSENG, 2007; MANCILLA-DIAZ, 2007; TAYLOR, 2007; HERSCIVICI, 2205; HOCK, 2003; NUNES, 2003.

Os médicos da antiguidade e outros tantos, já na medicina científica, estavam advertidos de que as doenças eram uma abstração intelectual do homem. O médico na medicina pós-moderna é levado a crer que o objeto doença substitui o homem do qual ele trata. Com a dissociação da tríade hipocrática e com os caminhos cada vez mais científicos encontrados pela medicina contemporânea, assistimos à equivalência do doente com o objeto doença de forma cada vez mais enfática e sem questionamentos.

1.4. ASPECTOS IMPORTANTES DE SUA CONSTITUIÇÃO COMO ENTIDADES NOSOLÓGICAS

Bruch (1978) descreve em um capítulo de seu livro *Eating Disorders* como o jejum foi, ou ainda é, uma tradição na relação social de certas culturas. No Japão antigo, um homem podia humilhar e desonrar seu inimigo jejuando contra ele, à sua porta (ibid., 1978, p.12). No ocidente, greves de fome foram e ainda são utilizadas como forma de rebelião. Na Índia, Gandhi utilizou várias vezes o que é chamado de “*sitting dharna*”, na tentativa de obter a atenção das autoridades em sua luta pela independência do país. Se práticas de jejum já existiam, numa clara alusão ao fato de que para o ser humano a alimentação serve a outros propósitos além da satisfação de suas necessidades biológicas, a medicina reuniu os sintomas do que chamaria de anorexia nervosa, passando a constituí-la como uma entidade nosológica no final do século XIX. Vários relatos esparsos de práticas auto-infligidas de jejum já haviam sido lançados anteriormente na literatura médica.

O primeiro a levar este crédito foi Richard Morton (1637-1698), médico inglês, que, em 1689, descreveu a história de uma moça de 18 anos de idade que se recusava a comer e recusou também a medicação dada por ele, vindo a falecer após três meses, e de um rapaz de 16 anos de idade, que não faleceu, mas teve sua anorexia cronicada.

Philippe Pinel (1754-1826), médico francês fundador da psiquiatria, no início do século XIX, fez uma primeira reflexão sobre a conduta alimentar e suas particularidades, desde a abstinência dos brâmanes e dos faquires até as orgias romanas e as francesas sob o reino de Luís XIV e XV. Considerava que as práticas alimentares participam de um conjunto de regras, rituais e interdições, que convém situar no contexto de cada época.

Na sua própria considerava os desvios desta função como “neuroses das funções nutritivas” (BIDAUD, 1998, p.16).

Freud contava com 17 anos de idade quando o psiquiatra francês Ernest-Charles Lasègue (1809-1883) publicou, em 1873, um trabalho em que descrevia os sintomas da anorexia em oito mulheres entre 18 e 32 anos de idade, nomeando-os *anorexia histérica*. (LASÈGUE, 1971, p.135-150). Dizia que, apesar de pouco numerosos, tinham entre eles uma tal similaridade que, nos últimos casos ele já não tinha nenhuma indecisão, nem quanto ao diagnóstico, nem quanto ao prognóstico.

Logo em seguida, 1874, Willian Gull (1816-1890), psiquiatra inglês, publicou um estudo onde apresentava sintomas semelhantes em três pacientes, mas chamou a entidade clínica de *anorexia nervosa*. Ele já havia descrito esta condição seis anos antes, só que na época, durante um encontro da *British Medical Association* em Oxford, descrevera-a sob o título de “*Apepsia Histérica*” e a atribuíra à tuberculose latente ou à doença mesentérica (BUSSE, 2004, p.33).

Portanto, o que se observa desde a caracterização médica desta síndrome, são controvérsias sobre sua etiologia.

Gull, de maneira absolutamente pragmática, relata em seu artigo que acreditava ser a anorexia um estado mental mórbido de origem central, orgânica, uma afecção dos nervos, e assim a nomeou: nervosa.

Lasègue descreve detalhadamente sua experiência com as pacientes e insistia que fosse uma afecção histérica. Naquela época, a histeria era concebida da forma como ele afirmava:

“A histeria jamais foi definida e é certo que nunca o será; seus sintomas não chegam a ser constantes, semelhantes ou iguais em duração e intensidade para que um tipo descritivo compreenda todas as [suas] variedades.” (QUINET, 2003, p.7)

O diagnóstico de histeria era feito com base em sinais negativos de doença orgânica e em alguns sinais preconceituosos, como a imaginada irrigação da genitália, mas também por seus sintomas inespecíficos e pela exagerada importância atribuída à simulação. Coube a Jean-Martin Charcot (1825-1893) descrever e classificar suas manifestações, afirmando sua autenticidade e objetividade contra o preconceito e a suposição de que fosse apenas simulação dos doentes, além de descrevê-la também em homens e crianças (ibid., 2003). Essa organização permitiu a Freud prosseguir com a descoberta de que a histeria era uma estrutura psíquica.

Mas, foi a partir de Lasègue, que os fenômenos anoréxicos puderam ser organizados no discurso médico. Ele os descreve com muita propriedade, e, desde então, já captava a presença da dimensão de algo que ia além da compreensão médica:

“O que domina no estado mental da histérica é, antes de tudo, uma quietude, diria quase uma satisfação verdadeiramente patológica. Não somente ela não suspira pela cura, mas se satisfaz na sua condição, apesar de todas as contrariedades que esta lhe suscita.” (LASÈGUE, 1971, p.143)

Fez também alguns alertas aos médicos, desde o fato de que a anoréxica era “todopoderosa em sua anorexia”, como

“Ai do médico que, desconhecendo o perigo, tratar como um capricho passageiro e sem significado essa obstinação que ele espera resolver através de medicamentos, de conselhos amigáveis ou do recurso ainda mais ineficaz da intimidação. Com as histéricas um primeiro erro médico jamais é reparável. (...) Neste período inicial a única conduta sensata é observar e calar-se...” (ibid., p.138)

Tanto Lasègue, quanto Gull, apesar de discordarem quanto às causas da anorexia, concordavam que o tratamento deveria ser moral, um pensamento corrente na psiquiatria como já foi dito anteriormente. Mas, ainda assim, uma diferença crucial entre os dois deve ser ressaltada. Lasègue faz uma longa narrativa sobre os fenômenos observados por ele, coloca-se como observador expectante, duvida do sucesso médico e se furta à ação imediata. Assim escreve:

“Quando, depois de muitos meses, a família, o médico, os amigos vêem a inutilidade persistente de todos os esforços, a inquietude começa e com ela o tratamento moral, é a esse momento que vai se designar perversão mental, que lhe é quase característica e que justifica o nome que propus na falta de outro melhor, *de anorexia histérica*.” (LASÈGUE, 1971, p.142, grifo do autor)

Gull, de forma assertiva, coloca a obviedade do tratamento, denunciando sua certeza:

“O tratamento requerido é obviamente aquele adequado para pessoas alienadas. Os pacientes devem ser alimentados em intervalos regulares e rodeados por pessoas que deverão ter controle moral sobre eles; parentes e amigos são geralmente os piores assistentes.” (GULL, 1874, p.26)

Charcot também reconhece na anorexia um sintoma puramente histérico e inaugura o isolamento como única forma terapêutica. Bidaud (1998) descreve este momento como sustentado pela ideologia psiquiátrica da época, para a qual era necessário trancar, encerrar, conter o “alienado” no hospício e só deixá-lo sair com pleno discernimento:

“Na ausência de luzes teóricas esta prática do isolamento é sustentada por critérios puramente empíricos: a retomada do peso” (BIDAUD, 1998, p.18)

Já a bulimia, era mencionada nos dicionários médicos desde o começo do século XVIII. Em 1743, R. James descreveu esta “grande fome” baseando-se nos relatos do grego Galiano(130-200) (BRUSSET, 2003, p.16). Apesar de mencionar a intensa preocupação desses pacientes com a alimentação, ele acreditava que o problema se devesse a uma disfunção digestiva. Desde então, tiveram lugar na literatura várias publicações, nas quais eram discutidos os fenômenos bulímicos e se travavam os debates entre as causas orgânicas e psíquicas (ibid., p.16-20). Entretanto, o primeiro caso bem documentado a sugerir bulimia como síndrome clínica foi relatado por Ludwig Biswanger em 1944 (NUNES, 2006, p.36). Outros trabalhos, também desta época, tentavam abrir caminho para o reconhecimento da presença de uma nova síndrome alimentar onde eram discutidas as diferenças e similaridades com a anorexia nervosa. Em 1979, Gerald Russel publicou um trabalho no qual descrevia os sintomas em 30 mulheres, intitulado *Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*, propondo uma nova síndrome com seus critérios (RUSSELL, 1979, p.429-448). No ano seguinte o DSM-III incorporou a bulimia como um novo transtorno alimentar.

1.5. RECOMENDAÇÕES DA LITERATURA

1.5.1. Tratamento em equipe: multi ou interdisciplinar?

O desconhecimento sobre as causas, a gravidade dos casos, o desafio ao saber médico, a demanda por melhora rápida vinda dos familiares, entre outros fatores, leva a uma proliferação de diferentes métodos de tratamento, cada qual refletindo diferentes abordagens. Sobre os transtornos alimentares, só há consenso quanto ao fato de que devem ser tratados por uma equipe, mas independentemente dos prefixos utilizados para a nomeação da equipe, há que se reconhecer, na prática, as diferenças.

Em âmbito mundial, assim como nacional, não existem muitos serviços especializados nos tratamentos da anorexia e bulimia²⁴. A Inglaterra é o país com maior estruturação

dos serviços, a maioria deles centrada na terapia cognitivo-comportamental, a partir de uma iniciativa governamental. No Brasil, a maioria dos serviços tem como base os hospitais universitários e a maior parte de seus integrantes é constituída por profissionais voluntários, não remunerados.

Appolinário (in CLAUDINO 2006, p.179) argumenta que isso traz certa instabilidade para o quadro de profissionais, mas, por outro lado, podemos pensar que, além de qualquer outra coisa, estaria o desejo dos profissionais de trabalhar com esses pacientes, desejo nem tanto ligado a uma determinação institucional.

E como se dá, e o qual o objetivo da interação entre as disciplinas nestas equipes?

Geralmente, a equipe multidisciplinar consta de profissionais que se identificam e têm algum interesse e saber sobre o assunto (o objeto de estudo), mas é uma equipe que não vai além da somatória de seus conhecimentos. Os pacientes são encaminhados de consultório a consultório, entre os vários especialistas. As condutas são tomadas de forma independente, não havendo uma articulação efetiva entre os profissionais no sentido de troca de saberes. Os profissionais, embora cooperem entre si, guardam as fronteiras de seus campos de saber.

Na equipe interdisciplinar, os profissionais compartilham suas dificuldades, há troca de saberes, as fronteiras são afrouxadas entre os diversos campos disciplinares que se aproximam.

Não é objetivo discutir a fundo aqui as diferenças entre estas formas de abordagem do conhecimento, às quais também se soma a transdisciplinaridade - apesar desta ser uma importante discussão -, pois esses modelos escorregam facilmente para a ilusão da completude do saber.

Na forma de funcionamento adotada pelo NIAB o diálogo com a psicanálise introduz na medicina a impossibilidade da apreensão da dimensão humana como um Todo. Funcionando desta forma, um dos resultados no NIAB é a formação de uma rede de suporte para a angústia que, inevitavelmente acomete seus profissionais. Também há abertura para a ampliação de cada campo de saber, tanto o médico (incluindo outras disciplinas não-médicas, mas afins) quanto o psicanalítico. Esta forma de funcionamento da equipe é um avanço, mas tem também suas dificuldades.

²⁴ Sobre o assunto consultar: Appolinario J.C, Moya T. **Serviços de transtornos alimentares no Brasil e no mundo**. In: Nunes, M.A et al. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.169-181.

Independentemente de a equipe seguir a forma multi ou interdisciplinar, as recomendações da literatura quanto à sua composição têm por base, na maioria dos serviços, as seguintes áreas do conhecimento: a psiquiatria, a clínica médica, suas especialidades e sub-especialidades, o profissional de nutrição, enfermagem, e algum tipo de psicoterapia.

O psiquiatra é o médico de referência na maioria dos textos e artigos e a razão principal para isto reside na própria definição desses problemas como transtornos psiquiátricos.

O clínico generalista ou especialista também se faz necessário na assistência a esses pacientes em decorrência das complicações médicas associadas, potencialmente graves ou até mesmo fatais. O profissional da área de nutrição, o nutrólogo (que é médico) ou o nutricionista, também é citado, principalmente quando o enfoque é sobre o sintoma alimentar - é caso da maioria dos serviços. Este profissional vai orientar o paciente com dietas e comportamento alimentar. Em alguns serviços, há também a equipe de enfermagem hospitalar ou domiciliar, que se responsabilizará, principalmente, pela vigilância do cumprimento das normas estabelecidas pela equipe.

Quanto à psicoterapia, o que se observa é uma grande variação nas concepções teóricas. Todos concordam em que este campo do saber deva estar incluído na equipe, alguns de forma marginal, outros de forma mais central, mas não há consenso sobre qual seria a psicoterapia mais adequada.

A concepção teórica que vem ganhando maior notoriedade mundial é a terapia cognitivo-comportamental, a TCC. Há muitos artigos afirmando sua superioridade em relação às outras técnicas, a ponto de vários autores já declararem ser esta uma técnica de consenso para o tratamento da anorexia e bulimia ou, pelo menos, da bulimia nervosa. (HAWTON, 1997, p.396; NUNES, 2006, p.125,130,132)

1.5.2. A Terapia Cognitivo-comportamental

Qual a razão desta propalada superioridade?

Uma parte da resposta foi-nos fornecida por uma autora desta área:

“A TCC é a intervenção psicológica mais estudada em transtornos alimentares, provavelmente por ser baseada em um *manual bastante estruturado*, o que torna sua reprodução, aplicação e aferição mais

fáceis que as outras intervenções...” (CLAUDINO, 2005, p.139, grifos nossos).

Ou seja, é a mais adequada à linguagem científica, está mais à vontade em sua imersão na técnica. Entretanto, não há nenhum método que possa se afirmar superior e uma das razões para isto pertence ao próprio terreno da técnica. Os resultados divulgados na literatura estão cobertos de vieses, desde o diagnóstico, passando pelos relatos de resultados em curtíssimo prazo (poucas semanas), até a variação considerável no conceito de melhora ou cura. Mas há também outras razões, mais complexas e centrais, que já vêm sendo discutidas ao longo deste trabalho.

O sistema pós-moderno da supremacia da técnica necessita e é movido pelas avaliações de eficácia, pelo gerenciamento dos custos, pela produtividade, pela aplicação universal de seus métodos. Baseado em suas próprias ferramentas, procura a técnica mais eficaz de tratamento para sua posterior globalização, na tentativa de fazer desaparecer a diversidade e promover “um certo todos iguais”.

Mas até na própria literatura das TCC vêm surgindo dúvidas sobre a afirmação desta superioridade. Alguns se mostram um pouco céticos, como Palmer (2000), outros afirmam essa superioridade apenas para a bulimia (HAWTON, 1997, p.429), outros a questionam até mesmo na bulimia. (ibid, 1997, p.396).

O que é a TCC?

É uma abordagem psicoterápica que remonta ao início do século XX com a terapia comportamental que teve como base os trabalhos de Pavlov sobre o condicionamento animal aplicado ao ser humano. Nos anos 70, a partir de fracassos nos resultados com esta terapia, os terapeutas juntaram a ela a terapia cognitiva, dando origem às TCC. A partir de então, houve um crescimento exponencial desta prática.

Um livro-texto de autores americanos e brasileiros assim a caracterizam:

“Terapia cognitivo comportamental é um termo genérico que abrange uma variedade de mais de 20 abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental. (...) Três proposições fundamentais definem as características que estão no núcleo das terapias cognitivo-comportamentais: 1. A atividade cognitiva influencia o comportamento. 2. A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada. 3. O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.” (KNAPP, 2004, p.19)

Os tratamentos para os transtornos alimentares são geralmente ambulatoriais, duram de três a seis meses e envolvem de dez a vinte sessões. Um dos autores com mais publicações nesta área enfatiza que o tratamento é semi-estruturado, voltado para o

problema alimentar e basicamente preocupado com o presente e o futuro, e não com o passado. (HAWTON, 1997, p.397)

Todo o trabalho da TCC baseia-se nas modificações do comportamento alimentar e nos sentimentos relacionados a ele. Trata-se de uma técnica pré-concebida, à qual o sujeito deve se moldar e não o contrário, ou melhor, uma técnica que visa a modificações no comportamento. O sujeito, o doente, está novamente excluído. Novamente, a ênfase está posta no que poderíamos chamar de uma doença – de um comportamento anti-social.

1.5.3. O tratamento oferecido no NIAB

O NIAB é um serviço que funciona em um hospital universitário, como a maioria dos serviços que estão estruturados no Brasil, segundo dados de um levantamento conduzido por Appolinario (NUNES, 2006, p.169-181). É constituído por dezesseis profissionais com as seguintes formações: quatro médicos clínicos gerais, um nutrólogo, dois endocrinologistas, três psiquiatras e sete psicanalistas.

O trabalho desta equipe baseia-se na constatação de que a medicina oferece subsídios valiosos, porém insuficientes, à compreensão e ao cuidado desses pacientes e que a clínica médica e a psiquiatria se enriquecem ao buscar contribuições em outros campos do saber, em especial na psicanálise. Desta forma, o discurso em que se baseia o trabalho da equipe é a interface entre psicanálise e medicina.

Parece ser uma experiência pioneira no Brasil, já que não sabemos, até o momento, de nenhum outro serviço em funcionamento no país que trabalhe com esta integração interdisciplinar para o atendimento da anorexia e bulimia. Sabe-se que a Argentina, Espanha e Itália possuem serviços que atuam nesta interface, sendo o mais conhecido o Instituto Jonas em Milão.

Quando chegam ao NIAB, os pacientes nem sempre são acolhidos por um médico. A partir daí, os encaminhamentos são feitos, quando necessários, de acordo com a escuta deste profissional sobre a demanda do paciente e suas necessidades clínicas. Todos os profissionais reúnem-se duas vezes por semana para discussão dos casos e para discussões teóricas. Tem-se um grande número de casos muito graves, mas a discussão e a escuta psicanalítica proporcionam um suporte aos profissionais, de forma a tratar

suas angústias para que consigam sustentar seu lugar na clínica com os pacientes. Nas reuniões, dá-se o que foi chamado por Viganó de “construção do caso clínico”²⁵. Trata-se de uma nova localização da equipe de profissionais em relação aos diversos campos do saber. A equipe parte de uma posição onde muito pouco está construído *a priori*. O saber prévio é importante, mas é colocado de lado para dar lugar ao surgimento de um novo saber, que terá sua matriz construída a partir do doente.

No NIAB, todos os profissionais envolvidos, sejam ou não psicanalistas, sabem que “não se trata disso”, não se trata da doença, não se trata da anorexia ou da bulimia. Acima de tudo trata-se do sujeito que há no doente, sujeito que se apresenta à equipe com sua anorexia e/ou bulimia, reflexo dos tempos pós-modernos.

O doente passa, então, de espectador a protagonista.

“Construir um caso é partir da posição de não-saber. A história do paciente, com seus registros de memória e significações próprias, só ele sabe. Isso não se aprende na universidade e deixa toda a equipe numa posição de igual ignorância, ou seja, só quando o paciente começa a falar de sua história é que aprendemos os caminhos de sua subjetividade. Portanto, *isso implica em operar com o saber do paciente e não, um saber sobre o paciente*. Significa, também, criar um ‘vazio do tempo clínico, que não é um vazio de assistência, mas um vazio de saber’, que permite que o paciente faça suas próprias perguntas sobre seu mal estar.” (ALKMIM, 2003,p.44, grifos nossos)

O enfoque não é dado aos problemas alimentares, mas ao sujeito que os apresenta. O trabalho focaliza a emergência de um sujeito com sua queixa subjetiva, naquele paciente que procura o serviço representado por um fenômeno. Os problemas alimentares não são negligenciados, mas considerados em sua dimensão de sintoma de algum mal-estar psíquico e são acompanhados quanto à gravidade clínica. O enfoque não é dado ao peso, ao mesmo tempo em que se dá assistência às complicações orgânicas de acordo com a gravidade de cada um. Todos os profissionais estão alinhados na construção do caso clínico do paciente e não no patrulhamento alimentar. O caso é construído ao longo do tempo, de acordo com a escuta em relação à definição da estrutura psíquica, às demandas do paciente, ao manejo da transferência na equipe, e ao modo como aquele paciente se relaciona com seu sintoma no que tem de mais singular.

Ao mesmo tempo são muitas as dificuldades nesse tipo de trabalho em equipe.

²⁵ O termo é desenvolvido no texto VIGANÓ, C. Construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, v.13, p.50-59, 1999.

Como todo grupo, os profissionais estarão envolvidos em questões interpessoais e institucionais. O NIAB não é um serviço ideal, mas vem tentando construir uma base sólida, porque há um desejo comum entre seus membros. A partir desse desejo, desenvolvem-se esforços. E, como nos outros serviços brasileiros a grande maioria de seus membros é voluntária.

Uma situação freqüente com a qual nos deparamos é com a escolha do profissional de referência. Esta escolha é feita pelo paciente. Muitas vezes o paciente foi acolhido por um profissional e após algum tempo é encaminhado a mais um ou dois. Pode acontecer de o paciente desenvolver a transferência analítica com outro que não aquele que o acolheu, ou pode ser que a transferência não se dê com aquele que se nomeou psicanalista no início do tratamento. A equipe deve estar atenta e afinada para estes movimentos e respeitá-los.

Outra grande dificuldade enfrentada neste tipo de serviço é a exposição das próprias falhas. Ao ter um caso debatido, cada profissional envolvido expõe-se perante seus pares. Nem todos suportam esse tipo de prática, por isso é primordial que o trabalho neste tipo de equipe parta de uma escolha, de um desejo pessoal.

O NIAB é um serviço recente, foi constituído oficialmente em 2003 no Hospital das Clínicas da UFMG, conta com mais de duas centenas de pacientes atendidos e ainda vem construindo sua experiência. Ainda não existem dados estruturados para publicação, apesar da percepção subjetiva de que os resultados sejam bem satisfatórios diante do que é relatado na literatura.

1.6. UM BREVE RETORNO NO TEMPO

As práticas bulímicas e de jejum extremo são muito antigas na história humana. Não é nosso interesse nos desviarmos por este caminho, apesar de ser tentadora uma reflexão sobre o significado destas práticas no contexto social de cada época. Entretanto, vamos voltar apenas alguns anos na história humana, para um breve panorama que nos servirá de guia para a discussão sobre o conceito atual de transtorno alimentar.

Hilde Bruch (1904-1984), psiquiatra judia alemã, radicada nos Estados Unidos da América, trabalhou durante muitos anos com pacientes com anorexia e bulimia e

produziu uma vasta literatura a partir de sua experiência clínica. Ela é citada em vários trabalhos relacionados ao tema. Muitas vezes, trabalhos com diferentes abordagens teóricas, cada qual tirando as conclusões que lhes convêm. Na segunda metade do século XX, Bruch lança, para aquela época, um novo olhar sobre os transtornos alimentares, a partir da psiquiatria e baseada principalmente no atendimento de grande número de pacientes. Em um de seus livros, *The Golden Cage*, Bruch (1978) descreve a história de uma paciente a quem chamou de Willa. No capítulo onde discorre sobre o tema da correção do peso corpóreo na anorexia, ela faz um relato do calvário de Willa, que será resumido aqui:

Willa tinha 16 anos de idade e pesava por volta de 45 kg, quando decidiu perder peso. Se afastou da família e dos amigos, caiu facilmente para os 40 kg e se sentiu glorificada. A vida familiar se deteriorou, pois todos viviam em “pé de guerra” tentando de tudo para que ela se alimentasse. Ela continuava perdendo mais peso até que, muito fraca, pediu para ser levada a um hospital na cidade próxima. Nas palavras de Bruch: “ela imaginava o hospital como um lugar onde pudesse ser trazida novamente à vida...” Nas palavras de Willa: “eu imaginava que estaria num quarto branco, numa cama branca, deitada e eles trariam comidas saudáveis”. Entretanto, as nutricionistas perguntaram do que ela gostava mais e, quando ela lhes disse sorvete e bolo, esta era a única comida que lhe era servida. Desgostosa, perdeu ainda mais peso e caiu para 30.8 Kg. Quando eles planejaram alimentá-la através de sonda nasogástrica, em desespero, ela começou a comer de tudo. Em menos de dois meses, foi considerada como tendo tido uma “grande melhora” e recebeu alta pesando 43.5 Kg. Todos estavam em júbilo, exceto Willa. Ela se sentia como tendo perdido o controle, passou a ter crises de compulsões alimentares e a praticar vômitos em casa. Após duas semanas já havia perdido mais de 5 kg quando foi, então, enviada a outro hospital para um programa de “modificação comportamental”. Nos dias em que não apresentava o ganho de peso estipulado ela recebia três refeições através de sonda nasogástrica. Em três meses seu peso subiu para 52 kg. Apesar de estar se sentindo seriamente deprimida e pensando em suicídio foi novamente considerada como tendo uma “grande melhora” e recebeu alta. Ela se sentia humilhada pelo procedimento de ser coagida a se entupir sem sua vontade. Voltou com as compulsões, seguidas de vômitos. Era vista por um médico para o qual produzia o peso requerido de 45 kg através da ingestão de uma enorme quantidade de alimentos e líquidos que regurgitava assim que o peso era registrado. Quando foi atendida por Bruch, um ano mais tarde, pesava 32 kg e estava desesperadamente infeliz. (ibid.,p.91)

Não é necessária a compilação de um número de casos estatisticamente significantes como o de Willa para intuímos o que pode acontecer diante de abordagens terapêuticas semelhantes às que ela passou. O caso de Willa é paradigmático, e principalmente, diferente de todos os outros. Podemos inferir, através dele, o que ocorria, quando a autora alemã chama a atenção para aquilo a que todos chamavam de “grande melhora”. Percebe-se que não se trata na anorexia de uma questão de ganho de peso. É algo mais

complexo, algo que envolve Willa e não seus modos à mesa. Mas em momento algum, os profissionais, ou seus pais, se perguntaram pela causa de ela não se alimentar. Ela não se alimentava, era um fato. Ela precisava se alimentar, custasse o que custasse, foi esta a reação.

Este relato não dista de alguns anos, mas ainda é atual, pois muitos profissionais, muitos serviços e muitos critérios de melhora divulgados na literatura baseiam-se no ganho ponderal e muitos ainda se debruçam sobre a discussão sobre qual seria a melhor técnica para se alcançar este objetivo.

Ainda neste mesmo capítulo sobre a questão da correção do peso corporal, Bruch faz uma crítica ao que era chamado na época de “modificação comportamental” e que se baseava no pressuposto de que a recusa alimentar fosse um comportamento aprendido, necessitando, portanto, ser modificado. Isto seria atingido através de um sistema de premiação ou punição. O ganho de peso seria premiado ou positivamente reforçado pelo acesso às atividades desejadas, e a falha nesta programação seria desencorajada, tornando-se as coisas desagradáveis para o paciente. Tal foi o que se deu com Willa, que recebia três dietas através de sonda nasogástrica por dia.

“Agora é uma prática comum colocar uma paciente recém-admitida na cama de um quarto único sem acesso a telefone, televisão ou outros pacientes ou membros da família. Um sistema de pontos é estabelecido no qual, para cada unidade «contratada» de peso ganho, a paciente recebe uma premiação na forma de acesso às atividades desejadas. Em condições suficientemente desagradáveis a paciente fará qualquer coisa para sair do hospital.” (ibid., p.102)

Esta situação tem atualmente uma roupagem mais moderna, mais velada, mais simpática. Algumas delas são mais impositivas, como no caso de Willa, outras mais sutis e elegantes, mas a questão ainda está centrada na educação e no convencimento do paciente para o abandono das práticas alimentares. É o método mais adequado à supremacia da técnica, pois apresenta alta e rápida eficácia, segue normas bem estabelecidas dentro de um contrato, presta-se à quantificação dos resultados, e, principalmente, interessa-se apenas pelos fenômenos de desacordo em relação àquilo que é chamado de normalidade daquele objeto sem desejos e vontades – o doente.

1.7. ALGUMAS RECOMENDAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA

Disponível na internet, com livre acesso, há um guia prático de tratamento para pacientes com transtornos alimentares divulgado pela Associação Americana de Psiquiatria (AAP) e será utilizado aqui como base para a discussão sobre os tratamentos recomendados. Publicado em 2006, em sua terceira versão, são 128 páginas contendo desde a questão diagnóstica até o tratamento, além de uma revisão sobre as evidências disponíveis (AAP, 2006). Esta referência foi escolhida, pois a AAP serve de modelo para muitos serviços, como pode-se observar através da literatura médica mundial.

Os critérios diagnósticos recomendados pela AAP são aqueles do DSM-IV.

Quanto às recomendações de tratamento, observa-se que pouco mudou neste aspecto em relação ao caso descrito (de Willa). Acredita-se que se trata de uma pessoa que se recusa a se alimentar, ou que pratica vômitos, e a questão praticamente se resume ao fato de que ela deva voltar a se alimentar da forma socialmente aceita. Não são feitos questionamentos sobre as razões para as “Willas” precisarem agir assim.

Esta visão está explícita quando são descritos, na página 44, os quatro alvos da intervenção psicossocial. São eles:

“1) *entender e cooperar* com sua reabilitação física e nutricional, 2) *entender e mudar os comportamentos e atitudes disfuncionais* relacionadas ao transtorno alimentar, 3) *melhorar sua função* interpessoal e social, e 4) *tratar as comorbidades psicopatológicas e os conflitos psicológicos* que reforçam ou causam a manutenção do comportamento alimentar.” (AAP, 2006, p.44, grifos nossos).

Pode-se argumentar que, no item 4 haja uma abertura para os “conflitos psicológicos”. Entretanto, como o próprio item ressalta, são conflitos “que reforçam ou causam a manutenção do comportamento...”.

Ou seja, trata-se de um comportamento alimentar que pode e deve ser corrigido. Para isso, a partir da página 35 desse guia prático, algumas técnicas são recomendadas sob o título: “Desenvolvendo um plano de tratamento para o paciente individual”. Para os pacientes com peso inferior a 85% de seu peso saudável, recomenda-se um *programa altamente estruturado*. O “plano” (ou “programa”) é o mesmo para todos, mas, lembrem-nos, o paciente é individual.

Na página 36, algumas recomendações são dadas para a determinação do nível de cuidados necessários com os pacientes:

“... o consenso de especialistas indica que é importante considerar a situação geral clínica e social mais do que confiar apenas no critério do peso. Além disso, *o peso em si* não deve ser nunca utilizado *como único* critério para a alta hospitalar. Os pacientes precisam *tanto ganhar* um peso corporal saudável *quanto aprender a manter esse peso* antes de receberem alta hospitalar; pacientes que alcançam um peso corporal saudável mas são liberados antes *que este aprendizado* ocorra estão em risco de diminuir imediatamente sua ingestão calórica em níveis excessivamente baixos e geralmente são insuficientes em sustentar seu peso corpóreo. (...) Pacientes com motivação ou suporte inadequados que recebem alta de programas de hospitalização parcial antes de estarem *cl clinicamente prontos* geralmente têm alto risco de recaída precoce, lutas mais ferrenhas para a recuperação e taxas mais lentas de progresso, necessitando futuras internações mais prolongadas.” (ibid., p.36, grifos nossos)

O peso em si não deve ser utilizado como o único critério; deve-se ter em conta se o paciente aprendeu as técnicas de forma a conservar este peso e também se estão clinicamente prontos. Peso, técnicas de aprendizado, estado clínico, clinicamente prontos: onde está o doente?

A importância posta na recuperação do peso é tão enfatizada, que há inclusive indicação para a hospitalização parcial ou a participação em programas de hospital-dia para pacientes que apresentam sintomas mais suaves. Diante de pacientes que recusavam-se a se alimentar, ou que provocavam vômitos após a ingestão de grandes quantidades de comida, as primeiras técnicas descritas na literatura envolviam, em sua maioria, internações prolongadas por meses, ou mesmo anos. Atualmente o que se propõe é que apenas os casos graves sejam indicados para internação e uma das razões, além do insucesso dessa prática geral e da necessidade de reinternações, está ligada ao número crescente de pacientes que chegam aos serviços, bem como na inviabilidade de o sistema de saúde manter esse tipo de técnica. Ou seja, delineiam-se limitações de ordem econômica, diante do grande aumento no número de casos, para a manutenção dessa prática. Com isso, programas ambulatoriais são desenvolvidos e aperfeiçoados para os pacientes com menor gravidade clínica, mas, ainda assim, centram-se na recuperação do peso corporal. Para os casos graves, a proposta ainda está voltada para a internação hospitalar com o objetivo primordial do ganho de peso.

Uma interessante medida recomendada nesse guia prático refere-se à realização freqüente de exames de urina para avaliação da densidade urinária. A explicação,

colocada também de forma explícita, é a de que o médico não pode ser enganado pelo paciente quanto à ingestão hídrica excessiva, feita antes da consulta na tentativa de mascarar o peso real. Há também a recomendação de, no mínimo, uma pesagem semanal a ser aferida pelo profissional.

Por estas recomendações, podemos vislumbrar a existência de um clima tenso entre os profissionais e os pacientes fundado em mentiras e trapanças, revelado pela procura de meios de enganar o médico por parte do paciente e meios para não se deixar enganar por parte do médico.

O tratamento específico para a anorexia nervosa, ainda de acordo com o manual, inclui a reabilitação nutricional, as intervenções psicossociais e as medicações. Como um todo, os objetivos do tratamento são:

“1) *restaurar o peso* saudável (associado ao retorno das menstruações e ovulação normal em pacientes do sexo feminino, desejo sexual e níveis hormonais normais em pacientes do sexo masculino e desenvolvimento físico em crianças e adolescentes); 2) tratar as *complicações físicas*; 3) intensificar a motivação dos pacientes em *cooperar com a restauração dos modelos alimentares saudáveis e participação no tratamento*; 4) *educar o paciente* em relação a nutrição saudável e modelos de hábitos alimentar; 5) ajudar o paciente a *renovar e mudar o centro das disfunções* cognitivas, das atitudes, dos motivos, dos conflitos, e dos sentimentos *relacionados ao transtorno alimentar*; 6) tratar as *condições psiquiátricas associadas*, incluindo déficits no humor e impulsividade, auto-estima e comportamento; 7) recrutar o suporte familiar e providenciar aconselhamento e terapia familiar quando apropriado; 8) *prevenir a recaída* do paciente.” (ibid., p.40, grifos nossos)

As recomendações para o tratamento da bulimia nervosa seguem nesta mesma linha corretiva e será desnecessário entrar em detalhes. O que se deseja enfatizar é o aspecto corretivo como linha geral do “programa” ou “plano”.

Trata-se de um transtorno, no sentido estrito da palavra²⁶, que deve ser normalizado. O “incômodo causado a outrem” deve cessar. Pode-se dizer, então, que o médico opera muito mais na correção de um comportamento defeituoso. Esta foi a abordagem utilizada com Willa. O que Bruch já criticava, como chamado à época, “modificação comportamental”, ainda é o enfoque atual que serve de referência para muitos serviços,

²⁶ Houaiss: ato ou efeito de transtornar 1) situação que causa incômodo a outrem; contratempo 2) situação imprevista e desfavorável; contrariedade, decepção 3) leve perturbação orgânica (HOUAISS, 2001, p.2754)

como se pode verificar na página 76 do manual da AAP, onde apresentadas algumas evidências (com o suporte da MBE) de que os programas de comportamento mostram bons efeitos terapêuticos a curto prazo.

Ainda nesta página, podemos ler:

“Estudos de pacientes com anorexia nervosa hospitalizadas consecutivamente encontraram que, programas comportamentais *permissivos* que usam o repouso no leito e a advertência em retornar o paciente ao leito se o ganho de peso não continuar, são tão efetivos e, em algumas situações, possivelmente mais efetivos do que os programas *estrictos* nos quais a ingestão calórica de cada refeição ou o peso diário estejam ligados precisamente a um esquema de privilégios (p.ex., período fora do leito, período fora da unidade, permissão para se exercitar, ou receber visitas).” (ibid., p.76, grifos nossos)

Poderíamos continuar com outros exemplos coercitivos, centrados na correção alimentar, apontados pela AAP, como as possibilidades de intervenção legal para a alimentação forçada, na ausência de consentimento por parte do paciente e suas implicações éticas, como é discutido entre as páginas 36 e 40 deste guia prático. Entretanto, vamos nos ater ao pano de fundo desta intervenção que, como já adiantado aqui, possui variadas expressões, mais ou menos veladas, na atualidade.

Intervenção que pretende, no final das contas, “educar a doença” e silenciar o doente. Mas, como não cansa de repetir Canguilhem (2006, p.138), “o doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo”. Ou, como disse Viganó (1999), em uma conferência:

“O homem, quando é tomado por uma doença mental, não se transforma por isso num animal pavloviano. Ao contrário: se ele adocece, é exatamente porque o homem não pode ser domesticado.”

1.8. QUANDO UM PACIENTE CONVOCA MÚLTIPLOS CAMPOS DO SABER

Com a fragmentação do saber médico e os relatos de complicações em praticamente todos os órgãos e sistemas, potencialmente, um paciente com anorexia e bulimia pode demandar que dele se ocupem inúmeras especialidades médicas, senão praticamente todas. Mas também podemos incluir outras especialidades não-médicas, como a odontologia, a fisioterapia, a terapia ocupacional, a nutrição, a enfermagem e a

educação física. Nesta listagem não foram incluídas as especialidades não-médicas ligadas à saúde mental, porque a intenção neste momento é focar as outras abordagens.

Nos capítulos anteriores, muito destaque foi dado à abordagem psiquiátrica, o que pode dar a entender que os problemas estejam localizados numa distorção dos fenômenos por parte desta disciplina, isentando-se as outras especialidades de reflexões sobre o assunto. Mas não se trata disso.

O pensamento corretivo e coercitivo liderado pela psiquiatria também se verifica em outras especialidades médicas. Como já delineamos, trata-se de um caminho que a medicina vem percorrendo junto com a ciência e a passagem de *technē* (arte) à técnica abarca o campo médico como um todo. Desta forma, a resposta que os outros especialistas não-relacionados à saúde mental encontram para lidar com esses pacientes assemelha-se à resposta encontrada pela psiquiatria. A tendência do clínico, seja gastroenterologista, endocrinologista, neurologista, nutrólogo, ginecologista ou dermatologista, será a de também demandar ao paciente que ele ganhe peso, dentro de um pensamento corretivo e coercitivo, e poderá fazê-lo de variadas formas.

A anorexia e bulimia são condições às quais é impossível ao médico ficar indiferente. Com seu conhecimento sobre o funcionamento do organismo, ele sabe o quanto o paciente está em risco de morte, ou pelo menos, em riscos que implicam em menor nível de saúde e qualidade de vida. Do seu lugar de médico, ele precisa fazer alguma coisa. E faz.

Não se coloca em discussão o fato de o paciente necessitar ganhar peso, ou pelo menos, diminuir a frequência das purgações para haver melhora clínica. Este é um fato óbvio e desejável. Nem se coloca em discussão se o médico deveria ou não fazer alguma coisa; é óbvio que deve, e, sobretudo, este é o seu lugar: cuidar de seu paciente, que está doente. O que é discutido aqui é a forma como o médico poderia pensar em fazê-lo, uma ação tomada pela medicina antiga no terreno da arte e, atualmente, no terreno da técnica.

No terreno da arte, a dimensão do homem comandava os estudos sobre a dimensão do que acontecia em seu corpo. Os médicos lidavam com as doenças como abstrações intelectuais que utilizavam para lidar com a dimensão do que acontecia no corpo do homem. Os doentes eram a razão de sua arte, não as doenças, pois estas eram inerentes ao homem. Havia uma tensão concernente a esta arte que não era ignorada, mas sim debatida e assegurada pelos filósofos, que se mesclavam aos médicos. Esta tensão trazia

à tona uma importante discussão: quem determinaria que a saúde fosse um dos mais altos bens de um homem? Ele próprio ou seu médico?

Não é intenção aqui fazer a defesa de que, se um paciente anoréxico diz que quer morrer, o médico deve aceitar o fato e cruzar os braços em respeito àquele desejo. A questão é muito mais a de colocar em jogo os motivos do paciente do que a de expor os motivos do médico. Na verdade, está-se inaugurando uma dialética.

Quando um médico reage a um paciente anoréxico ou bulímico, forçando-o a comer de alguma forma ou através de súplicas ou ameaças, não há dialética; há, antes, uma guerra de poder. O médico coloca-se na posição de quem “diz ao homem o que ele deve desejar”, uma grande polêmica na medicina antiga e, em se tratando de anorexia e bulimia, um grande erro.

Capítulo 2. Quando o médico diz ao homem o que ele deve desejar

2.1. O NORMAL E O PATOLÓGICO

Não se coloca aqui em discussão o diagnóstico e tratamento para as complicações médicas da anorexia e bulimia, que decorrem geralmente do processo de desnutrição ou do desequilíbrio hidroeletrólítico, potencialmente graves e constatados através das alterações fisiológicas.

O que se deseja discutir aqui é algo anterior: em que se baseia a definição de anorexia e bulimia?

O diagnóstico é baseado na definição médica de normalidade, não na normalidade biológica em si (já que o organismo encontra-se em funcionamento fisiológico, exceto quando passa a sofrer as complicações clínicas), mas na normalidade de um comportamento. O diagnóstico está baseado nos critérios do normal e do patológico para um comportamento que, reunidos, irão compor uma síndrome. Anorexia e bulimia estão definidas como transtornos mentais. Na página 27 do DSM-IV, é reconhecida a dificuldade para a definição dos transtornos mentais e a solução é colocada nos seguintes termos:

“... os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p.ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (p.ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. (...) *Qualquer que seja a causa original*, a síndrome deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo.” (AAP, 2002, p.27, grifos nossos)

“Para agir, é preciso ao menos localizar”, diz Canguilhem (2006, p.9) em seu livro *Normal e o Patológico* ao se referir à necessidade terapêutica de procurar a teoria ontológica das doenças. Poderíamos traduzir para uma forma corriqueira: tratar do que? Para a concepção atual da anorexia e bulimia, consideradas transtornos mentais,

poderíamos desvirtuar a frase do médico-filósofo da seguinte forma: “não é necessário localizar, é preciso ao menos agir”. *Qualquer que seja a causa original*, diz-nos o DSM-IV na citação anterior.

O que foi tratado no caso de Willa? Cito, novamente, Canguilhem:

“O que é um sintoma, sem contexto, ou um pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ela complica? Quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção *na totalidade indivisível de um comportamento individual.*” (ibid., p.54)

Canguilhem também se refere ao patológico em relação a um comportamento individual, relacionando-o ao seu pano de fundo, um contexto relacionado àquilo que ele complica; no caso, à Willa e suas razões. Como agir com ela sem localizar suas razões? De acordo com o DSM-IV, deve-se agir na disfunção, naquilo em que é possível construir-se todo um sistema descritivo sob o qual se pode operar de modo universal e técnico.

“Ao médico, lhe interessa diagnosticar e curar”, continua Canguilhem (2006, p.83), “o sentido destas palavras (saúde e doença) ou lhe é excessivamente vulgar ou excessivamente metafísico”. Para resolver este impasse

“o médico geralmente tira a norma de seu conhecimento da fisiologia, dita ciência do homem normal, de sua experiência vivida das funções orgânicas, e *da representação comum da norma em um meio social em dado momento.*” (ibid, 2006, p.83, grifo nosso)

Para os transtornos alimentares, na falta de evidências fisiológicas que sustentem a definição de normalidade, a medicina baseia-se na “representação comum da norma em um meio social em dado momento”.

“Se não é na biologia, em que a psiquiatria se fundamenta para a classificação internacional de transtornos mentais e de comportamento? Não há outra resposta: a norma de que se trata é a norma social.” (BARRETO, 2005, p.8)

2.2. O HIGIENISMO

Na história humana através dos tempos, quem passou a ditar as normas sobre a doença mental?

Elas foram determinadas pela psiquiatria a partir do momento em que a loucura – caracterizada como doença mental – tornou-se verdade médica, no fim do século XVIII e início do XIX, momento este muito bem explicitado por Foucault (2005) no livro *História da Loucura*.

Birman (1978) descreve a mudança ocorrida no estatuto da loucura, que acompanhará o movimento científico da medicina e a separação entre o homem e natureza. Após o Renascimento o homem passou a ser definido por ter um corpo anatômico, animal, mas que também transcendia ao ser-animal para se tornar possuidor de uma escala superior de valores que identificava a sua própria humanidade.

“Ficar retido nesta animalidade é ficar preso no nível dos instintos, ou, para ser mais preciso, é estimular a presença dos maus instintos, aqueles que não foram trabalhados para se manifestar senão entre certos *limites de validade*, não sendo educados pelos valores superiores da Ordem humana.” (ibid., p.97, grifo nosso)

Inseriu-se um duplo sistema de regras, um que se articulava no nível do corpo e outro no nível da história vivenciada. O discurso da história vivenciada representava a escala superior dos valores humanos que educavam o corpo animal.

“Individualizando o sujeito, demarcado pelo duplo discurso (do corpo e da experiência vivenciada), a alienação mental será transformada em falha da suprema harmonia humana, que é o corpo e simultaneamente é mais do que corpo, *submetendo-se a um sistema de regras* que estaria além da mera animalidade.” (ibid., p.98, grifos nossos)

O sistema de regras será regido pela moral e pelos bons costumes. O homem não deveria se desviar do regime,

“conceito criado pela Higiene, trazido para o interior do conhecimento psiquiátrico, para traduzir a idéia do homem equilibrado, que se alimenta de modo ponderado. Com todos os ingredientes, para manutenção de sua saúde. Homem harmônico, sintetizador das várias tendências morais que nele existiriam, ponderador de todos os princípios.” (ibid., p.114)

A psiquiatria, como salienta Birman, era vigilante da Moral. Quando visava ao espaço externo, denominava-se “higiene moral”; quando operava no espaço interno, denominava-se “tratamento moral” (ibid., p.257).

“A medicina mental atuava pela eliminação no espaço social de tudo que perturbasse a manutenção de suas regularidades. Era um meio de proteção social.” (ibid., p.258)

Em primeiro plano para essas medidas de higiene moral e proteção social estava o isolamento. Pretendia-se afastar o alienado mental do conjunto de situações que poderiam ser obstáculo para a sua recuperação. A medicina mental encarava este artifício técnico como terapêutico, para isolar o alienado das possíveis forças externas que manteriam a doença, mas também, indica-nos o autor, para poder exercer medidas ativas sobre ele. O isolamento poderia ser completo, colocando-se o alienado em um asilo, ou incompleto, no regime domiciliar. Birman destaca que a psiquiatria do século XIX oferecia três grandes formas de tratamento aos alienados: o tratamento físico, o moral e o higiênico. O físico dizia respeito aos meios que atuavam sobre o corpo, medicamentosos ou não. O higiênico correspondia à realização de medidas gerais como exercícios físicos, formas de alimentação, vestimentas etc. O tratamento moral era formulado como um conjunto de medidas morais, feitas em nível pedagógico, que atuassem diretamente no espírito do alienado.

O essencial, a propósito da constituição histórica da doença mental, diz Foucault (1968, p.82-83), “não é a *medicalização*: é a confusão, num mesmo discurso, de controle moral e intervenção médica”. Esse discurso veicula a mistura entre a concepção orgânica, a moral e a psicológica: a de que a loucura é uma doença e, ao mesmo tempo, a de que a loucura é um erro. “Um erro, no sentido moral”, nos indica Francisco Paes Barreto (no prelo).

É a ordem pública que se tenta restabelecer quando se insiste na “modificação comportamental” a que se referia Bruch, seja lá qual for sua nomeação atual. Esta é a força motriz da “correção” alimentar na anorexia ou bulimia, seja a correção feita de maneira explicitamente coercitiva ou de maneira mais velada. O objetivo é a “eliminação do espaço social de tudo que perturbe a manutenção de suas regularidades”, como filosofa a psiquiatria. De forma muito semelhante aos métodos dos séculos XVIII e XIX, verifica-se que, ainda hoje, tenta-se uma abordagem da anorexia e bulimia através do isolamento e de uma pedagogia moral.

2.3. O NEO-HIGIENISMO

O higienismo que resultou na fundação da psiquiatria tinha como sua força motriz, desde então, a técnica. Entretanto, quando nos referimos à ordem pública, é bom situá-la nas políticas do Estado. Foucault esclarece esta relação respondendo a uma pergunta por ele mesmo colocada:

“Ora, por que a situação dos loucos mudou do final do século XVIII ao início do século XIX? Diz-se que Pinel liberou os loucos em 1793, mas os que ele liberou não eram senão enfermos, velhos, ociosos e prostitutas; ele deixou os loucos dentro dos estabelecimentos. Se isso se produziu nesta época, é porque a partir do início do século XIX a velocidade do desenvolvimento industrial se acelerou e, como primeiro princípio do capitalismo, as hordas de desempregados proletários eram consideradas como um exército de reserva da força de trabalho.” (FOUCAULT, 2006, p.266)

A uma questão técnica, o poder respondeu com a técnica higienista, separando entre capazes e incapazes aqueles que interessavam ao poder estatal, à produção capitalista. A medicina se prestou bem a estas estratégias políticas do Estado contemporâneo, como vem se prestando nesta nova fase que Santiago (2004) chama de neo-higienismo na qual alguns movimentos, em governos de diversos países, tentam regulamentar o exercício dos profissionais relacionados à saúde mental. O intuito desses governos seria o de sanear os ‘charlatães’ e submeter suas práticas a uma ‘avaliação’ amplamente dominada pelo poder médico. Mas, nos alerta o autor:

“É bastante claro que se a bio-política – expressa nessas práticas –, faz entrar a vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos, o que a ideologia da avaliação deseja, por sua vez, é que cada prática “psi” torne-se um fator que favoreça a engrenagem dos dispositivos normalizadores e das técnicas de fabricação de indivíduos úteis para a sociedade disciplinar. Evidentemente, que o que se designa como neo-higienismo diz respeito ao modo como a nossa época se mostra inteiramente submetida à racionalidade e às práticas de ‘avaliação’.” (ibid., p.3)

Neste texto, Santiago busca em Foucault as configurações modernas do Estado ocidental.

“Para Foucault, mais importante do que perguntar-se pelo soberano, é averiguar em que medida os corpos se constituem como sujeitos pelos efeitos e dispositivos do saber/poder.” (ibid., p.4)

Foucault aponta para um modelo de poder pastoral, antiga técnica de poder que, nascida nas instituições cristãs, volta-se para os indivíduos e os dirige de maneira contínua e permanente. O pastor participa dos atos e pensamentos mais íntimos de cada um de seus fiéis e “cada ovelha tem com seu pastor uma relação pessoal de submissão e obediência, guiada pela renúncia e mortificação”.

“Se antes a finalidade do Estado-providência era salvaguardar a paz, protegendo a vida dos indivíduos que a ele pertencem, agora, *o Estado –estratégia, aparece pela afirmação de seu poder pastoral sobre os corpos vistos, antes de tudo, sob o prisma da quantificação.*” (ibid, p.7, grifos nossos)

Esta quantificação (quantitativa ou qualitativa) está relacionada com a norma, como já dava mostras a era do higienismo, em oposição à lei. Na lei há o sim e o não, uma distinção clara entre o que está fora e o que está dentro e a lei funciona tanto pelo que ela diz quanto pelo seu silêncio. A lei coloca um limite.

O ideal democrático da norma é o de ser ilimitada, sem distinção clara entre o fora e o dentro. O ideal democrático da norma é do ilimitado.

O mais importante a frisar aqui talvez seja o fato de que, como avalia Milner em seu livro *Você quer mesmo ser avaliado?* (MILLER J.A, MILNER J.C, 2006, p.7)

“A lei, (...), diz respeito ao *sic volo, sic jubeo*; a voz imperativa que se faz assim ouvir não se coloca em pé de igualdade com aqueles que devem ouvi-la e segui-la. O contrato, ao contrário, baseia-se na igualdade dos parceiros. (ibid., p.7)

A voz deixou de ser imperativa quando, no início da era moderna, Deus foi afastado da “dupla construção social e natural e ele se tornou, ao mesmo tempo, apresentável e intercambiável” (LATOUR, 1994, p.38). Quando o homem já não é ou ateu ou religioso, quando já não há limites rígidos, ele pode ser os dois, dependendo do momento. Na falta dos limites e na igualdade entre os parceiros, aí se imiscui o contrato, no qual “prevalece o ideal de que tudo deve ser legislado” (SANTIAGO, 2004, p.7).

Esse Deus, ao mesmo tempo presente e impotente, é resgatado pela psicanálise para dizer do Outro que não existe mais. Não se trata de dizer que Deus não existe, ainda mais numa época em que assistimos a tantas guerras em seu nome, e sim Deus como representante da lei do Pai, como cita Freud nos textos *O mal estar da civilização* FREUD (1930), *Moisés e o monoteísmo* (idem, 1939) e *Totem e tabu* (idem, 1913). O Pai ou o grande Outro, como diz Lacan, que interdita - diz o que pode ou não pode-,

mas que também aponta um caminho a partir desta interdição - este grande pai, que não passa de uma figura metafórica da lei - tornou-se impotente.

Já não há o apontamento de um caminho, o que explica

“porque a pastoral neo-higienista do estado faz reinar de forma implacável a racionalidade da avaliação e da quantificação, nos tempos em que o Outro inexistente. Afirmar que o Outro não existe é admitir a volatilização das fontes identificatórias, dos valores e dos sentidos que permitem os indivíduos se orientarem quanto ao destino de suas vidas.” (SANTIAGO, 2004, p.6)

Se o higienismo, no final do século XVIII, tinha a técnica como força motriz, o neo-higienismo apóia-se ainda mais nela. O neo-higienismo está presente de forma disseminada. Alguns exemplos são a tentativa de regulamentação do exercício dos profissionais da saúde mental, como também os questionários utilizados para avaliação dos transtornos alimentares, em que a pessoa avaliada responde questões de múltipla escolha sobre seus hábitos alimentares e de vida, como em qualquer contrato que somos convidados/obrigados a assinar hoje em dia, não só os relacionados a questões de saúde. Todas essas ferramentas dos técnicos (administradores, advogados, médicos, engenheiros) participam da necessidade de se colocar o indivíduo e sua subjetividade em cifras, de forma que se verifica “a substituição do ser avaliado pelo ser a avaliar” (MILLER J.A, MILNER J.C, 2006, p.8).

Todavia, como aponta Miller J.A,

“os avaliadores apresentam-se em nome da ciência” (...), mas a avaliação não é uma ciência, mas uma arte de gerenciamento. (...) Isso não tem nada de científico.” (idid, p.16)

2.4. ACERCA DAS RESPONSABILIDADES

Ivan Illich (1975) traz em seu livro *A expropriação da Saúde* outro aspecto da medicina pós-moderna, que tem conseqüências profundas na forma de adoecimento contemporâneo, nos tratamentos, no lugar do doente e no lugar original do médico.

Illich tece vários questionamentos, calcados em fortes evidências quantitativas, sobre o que chama de “empresa médica” e sobre a iatrogênese e a eficácia técnica do ato

médico. Ele tem uma pergunta e tenta respondê-la sob um ponto de vista diverso do de Canguilhem: por que os homens necessitam da medicina?

Por meio de levantamentos estatísticos, ele chegou à conclusão de que, exceto para o caso das doenças infecciosas, a medicina seria mais iatrogênica do que benéfica. E que não seria preciso estar doente para se transformar num paciente, referindo-se ao que ele chamou, em 1975, de “*não-doença iatrogênica*”, ou seja, uma doença inexistente, criada pela mania de se descobrir novas epidemias, o que no século XXI será chamado de *disease mongering* (fabricação de doenças).

O que se deseja aqui é pinçar, dentre suas muitas considerações, a questão da responsabilidade pela doença. Canguilhem já apontava para um ponto crucial, também apontada pelos hipocráticos na Grécia antiga:

“Portanto, existe medicina, em primeiro lugar, porque os homens se sentem doentes. É apenas em segundo lugar que os homens, pelo fato de existir uma medicina, sabem em que consiste sua doença.”
(CANGUILHEM, 2006, p.176)

A medicalização da vida promovida pela medicina pós-moderna implica que todos têm direito a seu check-up, e ainda mais, têm este dever. Criou-se o direito e o dever de se perseguir a vida saudável e para isso há a disseminação de regras de saúde, a divulgação de estudos estatísticos e a idéia de que a saúde esteja ligada diretamente à sua medicalização. O temor manifestado pelos filósofos da antiguidade, o de que o médico pudesse dizer ao homem o que este deveria desejar, concretiza-se na idade moderna. O médico o diz sem nenhum pudor, e parece ser assim aceito. A medicina abriu-se à possibilidade de ser aliada do Estado estratégico, ao modelo de poder pastoral voltado para os indivíduos, dirigindo-os constantemente. Para o Estado estratégico, interessa esta medicina regulada e defensora das normas, dos contratos, das quantificações, dos questionários, das avaliações e da técnica. Deste modo, a afirmação feita por Canguilhem, e também pelos hipocráticos, por Illich e por tantos outros, poderia sofrer uma distorção para: “em primeiro lugar, os homens se sentem doentes porque existe medicina”.

Illich comenta que o fato de o homem biológico estar identificado com o indivíduo estatístico cria uma demanda insaciável por recursos limitados e uma subordinação às necessidades superiores da coletividade.

“Os cuidados preventivos se tornam obrigatórios, e o direito do paciente de dar seu consentimento para os tratamentos que lhe são infligidos é progressivamente escarnejado” (ILLICH, 1975, p.64).

O paciente entra numa linha de produção na qual ele parece não ter escolhas. Sobre isto, diz Illich:

“Durante os anos cinqüenta, especialmente nos Estados Unidos, o papel de doente veio a identificar-se quase totalmente com o papel de paciente. *O doente tornou-se alguém de quem aos poucos se retira toda a responsabilidade sobre sua doença.* Ele não é considerado responsável pelo fato de ter caído doente, nem capaz de recobrar a saúde por si mesmo. O atestado médico de seus sintomas isenta-o das obrigações relativas ao seu papel social e dispensa-o de participar de suas atividades normais. Tem um novo papel: o de portador legítimo de anormalidade. *Porém essa exoneração de responsabilidades habituais só é tolerada na medida em que ele considere a doença como um estado indesejável e que procure assistência técnica no sistema médico.*” (ILLICH, 1975, p.72, grifos nossos)

Illich leva a questão da responsabilidade para o lado político e social, onde o médico, na função de homem da lei, teria o poder de isentar o paciente de seus deveres normais de cidadão, permitindo-lhe retirar dinheiro dos cofres públicos ou de planos de saúde. E, numa função de padre, seria cúmplice do paciente na criação de um mito segundo o qual o doente seria apenas vítima inocente dos mecanismos biológicos. Devemos acrescentar aqui algo além desta linha de produção capitalista, sua força instigadora neste caso: a isenção de responsabilidade, pelo próprio doente, sobre sua doença é reforçada e desejada, na medida em que resta à medicina entrar com um discurso onde quem sabe é o médico.

Mas podemos perguntar: o médico sabe a partir de que? E respondemos que ele tem o saber que lhe proporciona o modelo dominante na medicina em dado momento.

No momento contemporâneo, o modelo dominante na medicina pós-moderna é o modelo científico-tecnológico. Através deste modelo, que tem na ciência sua verdade, a verdade para o médico será a da ciência. Não que a ciência seja a verdade, mas é uma verdade vitoriosa. E a partir desta verdade vitoriosa, o médico vai pensar e agir, acreditando equivaler a ciência à verdade. Nesta crença, ele se presta à manipulação pelo poder pastoral do Estado, o que fecha novamente o círculo.

Ao paciente, “vítima inocente de mecanismos biológicos ainda não esclarecidos”, mas que têm suas explicações sempre perseguidas pelos cientistas, restaria conformar-se e proceder de forma a se oferecer sem objeções ao tratamento pela técnica, como um objeto? Jacques Alain Miller trará em seu texto *O Homem sem qualidades* o princípio da epidemiologia em saúde mental: a teoria do homem mediano (MILLER J.A, 2005, p.2). Um homem sem qualidades, pertencente à mediana, em seu conceito estatístico,

absolutamente passível de cálculo, desencantado, tipificado. Ou seja, como vaticinou Heidegger, aquele que perdeu sua essência de homem livre. Este é o moderno homem que adentra o século XXI, qualificável por normas morais e quantificável por meio de questionários epidemiológicos, nos quais o lugar que lhe é cedido pertence às opções de múltipla escolha feitas de forma rigorosamente técnica para evitar-se a ambigüidade nas respostas, para evitar o engano, para evitar a *tychē*. O homem sem qualidades, que perdeu sua essência de homem livre, está imerso na composição da técnica e se tornou máquina.

2.5. UMA ESCOLHA POLÍTICA

Todavia, apesar de ser mais difícil ir contra a norma da mediana do que contra a lei, J. A. Miller afirma: “... decidir conformar-se à norma, fazer da norma lei, é uma escolha política.” (ibid, p.2)

Assim já havia afirmado Heidegger, quando disse sobre a questão da técnica e do destino do homem:

“O destino do desencobrimento sempre rege o homem em todo o seu ser, mas *nunca é a fatalidade de uma coação.*” (...) “Quando pensamos, porém, a essência da técnica, fazemos a experiência da com-posição, como destino de um desencobrimento. Assim, já nos mantemos no espaço livre do destino. *Este não nos tranca numa coação obtusa, que nos forçaria uma entrega cega à técnica ou, o que dá no mesmo, a arremeter desesperadamente contra a técnica e condená-la, como obra do diabo. Ao contrário, abrindo-nos para a essência da técnica, encontramos-nos, de repente, tomados por um apelo de libertação.*” (HEIDEGGER, 2007, p.27, grifos nossos)

Pois, ao homem, este ser de ambigüidade, resta se responsabilizar por suas escolhas, já que sua imersão na com-posição da técnica não é uma questão de destino, nem de coação. A esta responsabilidade ninguém mais do que os próprios pacientes vêm chamando os médicos. Novas formas de adoecer, das quais não há saber que dê conta, inexplicáveis, incoerentes, ilógicas, intratáveis pela técnica. Comportamentos alimentares cada vez mais intrigantes, assassinatos em massa praticados por alunos em suas escolas de países desenvolvidos, jovens japoneses que chegam a passar anos trancados em seus quartos sem nenhum contato exterior, novas formas de toxicomania,

auto-mutilações, compulsões, suicídios, depressões. Não seriam indivíduos que saem da norma de forma extremamente mortífera aceitando pagar por isso com a própria vida? Que tipo de expressões poderíamos nisto antever?

A medicina pós-moderna alia-se convenientemente à técnica já que a medicina é produto dos que estão nela imersos. Imersos na técnica, nas escalas de avaliação, o paciente, assim como o médico, não passa de mais uma variável do questionário²⁷.

Entretanto, quando um médico discorda deste tipo de abordagem, ou ela se mostra falha e ele se encontra face a face com o paciente, vamos dizer, insuportável, sua primeira tendência, muitas vezes após valentes tentativas de tratamento, é encaminhá-lo a um profissional para psicoterapia. Nas escolas de medicina, pelo menos no caso das brasileiras, o que se aprende sobre psicoterapias geralmente está confinado ao campo da psiquiatria, de domínio médico. De modo que, o muito que se sabe sobre as psicoterapias limita-se às experiências, interesses ou leituras pessoais de um médico em particular.

Para muitos médicos, um profissional que trabalhe na área *psi* já serve de alento quando eles desejam fazer um encaminhamento, mormente no serviço público, independentemente de sua formação. A noção corrente é a de que, em se tratando de profissionais *psi*, um psiquiatra seja melhor do que um terapeuta não-médico, já que o primeiro também está autorizado a prescrever, e é médico; subtende-se, mais confiável, mais científico. Quando muito, um médico sabe diferenciar entre psicoterapia e psicanálise, mas já se tem como estabelecido, “através das evidências”, que a psicoterapia apresenta resultados mais rápidos e a psicanálise, além de mais cara, é muito prolongada.

Além disso, há carência de psicanalistas no serviço público, já que psicólogos e psicanalistas, não-médicos no primeiro caso e nem sempre médicos no segundo, são menos valorizados e considerados menos necessários do que os médicos. Outra razão que distancia os médicos da procura por um conhecimento mais aprofundado sobre as diferenças entre os diversos profissionais *psi* é a percepção de que isto não lhes diz respeito. Estas questões talvez lhes pareçam “excessivamente vulgares ou excessivamente metafísicas”, como diz Canguilhem (2006, p.83).

²⁷ Estas escalas são instrumentos de auto-avaliação nos quais os pacientes preenchem questões pré-estabelecidas, de múltipla escolha, sobre seus sintomas. Exemplos podem ser encontrados nos *Eating Attitudes Test* (EAT) ou *Eating Disorders Inventory* (EDI); mas existem escalas de avaliação para outros transtornos como, pelo menos, os de ansiedade e depressão.

PARTE III

A psicanálise e o Homem

*“Não desejo suscitar convicção; desejo estimular o pensamento e derrubar preconceitos. Se, em decorrência da falta de conhecimento do material, os senhores não estão em condições de emitir um julgamento, não deveriam nem acreditar, nem rejeitar. Deveriam ouvir atentamente e permitir que atue nos senhores aquilo que lhes digo.”
(FREUD, 1916-1917, p.251)*

CAPÍTULO 1. A PSICANÁLISE

1.1. DE QUE SE TRATA?

A psicanálise foi criação de Sigmund Freud (1856-1939) nos anos finais do século XIX e início do XX. Médico neurologista, clínico e pesquisador, ele colocou, desde o início da sua lida com os pacientes, perguntas para as quais não encontrava respostas dentro do campo de estudo da neurologia ou da medicina geral. Assim ele descreveu o que acreditava ser o objetivo inicial da psicanálise:

“No início, tinha apenas um único objetivo – o de compreender algo da natureza daquilo que era conhecido como doenças nervosas ‘funcionais’, com vistas a superar a impotência que até então caracterizava seu tratamento médico.” (FREUD, 1924, p.215)

Freud desejava saber sobre as doenças que o intrigavam como neurologista e cientista e nas quais não eram encontradas alterações dentro da fisiologia ou anatomia. Queria saber sobre elas, dentro do desejo do médico de curar²⁸ e de ser um bom médico, e terminou por descobrir algo a mais no doente. Descobriu que, no doente, há um sujeito do inconsciente. “No inconsciente, que é menos profundo do que inacessível para o aprofundamento consciente, *isso fala*: um sujeito no sujeito, transcendente ao sujeito...” (LACAN, 1998, p.438, grifo do autor)

Este sujeito do inconsciente manifesta-se nos atos falhos, nos chistes, nos sonhos e *no sintoma*.

Freud fez o seguinte comentário sobre a dificuldade dos médicos de sua época para tratar as doenças nervosas ditas funcionais:

“Eles não sabiam que fazer do fator psíquico e não podiam entendê-lo. Deixavam-no aos filósofos, aos místicos e – aos charlatães; e consideravam não científico ter qualquer coisa a ver com ele. (...) Naturalmente, essa falta de compreensão afetava também bastante o *tratamento* desses estados patológicos. Em geral, ele consistia em medidas destinadas a ‘*endurecer*’ o paciente – na prescrição de remédios e em tentativas, na maioria muito mal imaginadas e executadas de maneira inamistosa, de aplicar-lhe influências mentais por meio de ameaças, zombarias e advertências, e exortando-o a decidir-se a ‘*conter-se*’.” (ibid., 1923, p.215, grifo do autor)

²⁸ Lacan fala sobre isso em *Para-além do “Princípio da realidade”*. (ibid., 1998, p.84).

Este texto de Freud resume o destino do fator psíquico dos pacientes naquele final do século XIX. Por não entendê-lo, este fator era apartado do tratamento, que tomava o caminho de uma via só - aquela que ditava o médico. Esta via não admitia nenhuma dialética; ali, apenas o saber do médico era admitido e restava ao paciente obedecer a ela, ou burlá-la.

Infelizmente isso é algo que pode ser transposto para o início do século XXI, quando analisamos as recomendações do guideline da APA, ou as recomendações da *American Dietetic Association* (ADA, 2006), ou ao estabelecimento deste novo paradigma da MBE.

Após um século, a medicina ainda permanece atada a “medidas destinadas a endurecer os pacientes”, ou a “aplicação de influências mentais por meio de ameaças, zombarias e advertências”, como dizia Freud. É ainda ao que se assiste na maioria das medidas de orientação alimentar e dos programas de tratamento nutricional durante as internações de anoréxicos e bulímicos, que, podemos inclusive extrapolar para outras tantas intervenções médicas. As conseqüências são vistas a todo instante, no caso da anorexia e bulimia, quando um médico opta por este tipo de tratamento. Já alertava Lasègue para o destino temerário que teria o médico que se dispusesse a tratar uma anoréxica através da intimidação, “neste período inicial a única conduta sensata é observar e calar-se” (LASÉGUE, 1971, p.138).

Calar-se e ouvir. Observar, escutar.

Freud dispensou a técnica da hipnose, através da qual havia uma forte interferência médica, logo no início de sua prática e passou a usar o método da associação livre, quando uma paciente, Elisabeth Von R., chamou sua atenção para que ele se calasse e a escutasse²⁹. Este método consistia em que os pacientes “assumissem o compromisso de se absterem de qualquer reflexão consciente e se abandonarem em um estado de tranqüila concentração, para seguir as idéias que espontaneamente lhe ocorressem...” (FREUD, 1924, p.219).

Com a demonstração inequívoca do sucesso de seus tratamentos e o aglutinamento em sua volta de outros profissionais, no início médicos e, posteriormente, não-médicos, foi-se formando um grupo de transmissão de conhecimentos e de experiência.

²⁹ Referências a este episódio podem ser encontradas em: FREUD, 1983, p.170; e The Breuer period, in: **The life and work of Sigmund Freud**, volume 1, Ernest Jones, New York: Basic Books, 1953, p.243.

Esse grupo cresceu, expandiu-se, ao longo do tempo ramificou-se e se diversificou a partir da dissidência de alguns. Termos psicanalíticos como ‘ato falho’, ‘recalque’, ‘complexo de Édipo’ e tantos outros acabaram por fazer parte da cultura popular contemporânea.

Com a disseminação da psicanálise, Freud deparou-se com o que mais tarde Lacan iria chamar de “fenômenos de grupo”: situações inerentes à formação de qualquer grupo e que concorrem fatalmente para a sua dissolução.

Após a sua morte, e mesmo antes disso, formaram-se várias correntes em relação às terapias que se diziam freudianas, um fenômeno que se verifica até hoje.

Jacques Lacan, médico psiquiatra, iria retomar a obra de Freud a partir dos anos 50. Iniciando com uma releitura, ele depois acrescentou à psicanálise novas elaborações. Atento aos fenômenos de grupo e às dificuldades na transmissão e no ensino deste campo, ele promoveu uma redução dos conceitos psicanalíticos em matemas. Esse procedimento diminuiu os equívocos de interpretação, mas dificultou a compreensão da teoria, fazendo-se necessária a presença de um desejo decidido para a sua apreensão.

Pode-se dizer que o grande feito de Freud foi criar o sujeito do inconsciente. Ele desenvolveu a psicanálise centrada no fato de que “o mental não coincide com o consciente, que os processos mentais são, em si próprios, inconscientes” (idem, 1924, p.221).

Se há a particularidade do indivíduo, como o chama a medicina ou a psicologia, referindo-se aos processos conscientes, há a singularidade do sujeito do inconsciente, a qual será o determinante do consciente. O que Freud iniciou foi o desejo de querer saber sobre o sujeito do inconsciente, desejo pouco tolerável para alguns.

Esta dificuldade, inerente à psicanálise, será uma das razões pelas quais, após a rápida disseminação dos trabalhos de Freud pelo mundo, ele vai escrever em 1924:

“Uma falha na compreensão deste fato ²² levou a muitos abusos (particularmente na Inglaterra e nos Estados Unidos), porquanto pessoas que adquiriram *apenas um conhecimento literário da psicanálise a partir de leituras se consideram capazes de empreender tratamentos analíticos* sem ter recebido qualquer formação especial. As conseqüências de tal comportamento são prejudiciais tanto para a ciência quanto para os pacientes e acarretam muito descrédito para a análise.” (ibid., p.227, grifo nosso)

Por sinal, esta ainda é, e será sempre, uma dificuldade, pois a psicanálise não se adquire mediante o conhecimento literário e, como o próprio Freud já adiantava, não se forma um psicanalista através da concessão de um diploma, como no caso dos médicos.

Freud logo entendeu que certas vinculações, que não puderam ser previstas num primeiro momento estabeleceram-se com a psicologia (idem, 1925, p.240), e considerava como desvantajosa a posição intermediária da psicanálise, entre a medicina e a filosofia:

“Os médicos a vêem como um sistema especulativo e recusam-se a acreditar que, como toda outra existência natural, ela se fundamenta numa paciente e incansável elaboração de fatos oriundos do mundo da percepção; os filósofos, medindo-a pelo padrão de seus próprios sistemas artificialmente construídos, julgam que ela provém de premissas impossíveis e censuram-na porque seus conceitos mais gerais (que só agora estão em processo de evolução) carecem de clareza e precisão.” (ibid., p.243)

Uma pergunta é importante: porque a psicanálise foi criada naquela época?

A resposta foi produto do brilhantismo de Freud ao perceber que algo em seus pacientes ultrapassava aquilo que podia ser visto e dito. Mas também há o fato de que aquela era uma época em que a ciência tomava para si a explicação dos fenômenos inexplicáveis e a medicina científica se encarregava do organismo do homem, tomado em seu lugar. Se numa época anterior este lugar era ocupado pela relação entre a igreja e as bruxas, no final do século XIX, com a era moderna, este passou a ser o lugar ocupado pela relação entre os representantes da ciência, os médicos, e os representantes dos doentes, as doenças. Pode-se dizer que foi Freud quem primeiro escutou os gritos do sujeito. A psicanálise surgiu do desejo do psicanalista, que nasceu com Freud, e que em muito difere do desejo de ser psicanalista.

Freud escutou aquilo que já era escutado pelos hipocráticos, mas que vinha sendo negligenciado a partir do advento da medicina científica: haveria no doente algo que não se podia saber, conhecer, não se podia ver. Se a medicina teimava em dar à doença uma definição completa e sem furos, o doente restava como aquele que furava, a todo instante, a completude da doença. Freud tomou o caminho do doente, enquanto a medicina científica tomou aquele da doença. Desta forma, podemos dizer que psicanálise nasceu da medicina. A falta, o furo, o vazio, a incompletude, a incerteza, o desequilíbrio, a relatividade não são aspectos específicos da psicanálise, são específicos do homem, objeto de estudo tanto da medicina pré-científica quanto da científica. A especificidade da psicanálise está em construir um saber fazer possível com isso que a medicina científica evita em seu campo, mas que, originalmente, lhe pertence.

CAPÍTULO 2. O lugar da psicanálise na medicina

Uma mesa redonda realizada no Colégio de Medicina, na França, em 1966, reuniu médicos e psicanalistas para discutirem entre si o lugar da psicanálise na medicina. Participavam desta mesa um professor de endocrinologia, Henri-Pierre Klotz, um professor de nefrologia pediátrica, Pierre Royer, e os psicanalistas Jacques Lacan, Ginette Raimbaut e Jenny Aubry. (AUBRY, 2004, p.243-272) Esta última, outrora pediatra, trabalhava há três anos como psicanalista, com os outros dois médicos, no Hospital de Crianças-Doentes. Ela iniciou a discussão constatando o fato de que haveria grande confusão a respeito do que era a psicanálise. Os primeiros pedidos de atendimento que havia recebido referiam-se ao âmbito da psicologia ou da psicometria, e a tendência primeira dos médicos era a de encaminharem ao “«psi» não sei o que” (ibid, p. 244) os pacientes dos quais não davam conta.

Passados quarenta anos, pode-se dizer que a situação não mudou. Passados cem anos, desde Freud, também não. Se à época dele, uma das explicações mais usadas para justificar a incompreensão dos médicos em relação à psicanálise era de ordem moral, relacionada à teoria da sexualidade infantil, o que escandalizou o meio científico, no século XX esta já não poderia mais ser a razão.

A razão, como lembra Vieira (2005), “está no lugar em que cada um se encontra”, médicos e psicanalistas, ou, se pudermos dizer melhor, no discurso que cada um representa; os primeiros, o discurso da ciência, os segundos, o discurso do analista.

As discussões daquela mesa redonda foram transcritas e publicadas na íntegra. Ao analisarmos o debate, é simples concluir que cada um falava do ser do doente a partir de lugares diferentes. Dr. Klotz ansiava pela democratização da psicanálise, tanto para o atendimento gratuito, quanto em relação ao seu ensino, que, esperava, fosse mais científico. Seu objetivo, como ele muito bem assegurou, era “a medicina do homem total” (AUBRY, 2004, p.271). Dr. Royer, sensibilizado pela necessidade de um profissional com “técnicas psicológicas” adaptadas à demanda em um serviço de doentes crônicos ao qual recorriam o paciente, sua família e seus dramas, solicitava um estudo psicológico, de pesquisa, para que trabalhos desse gênero fossem estendidos a outros ramos da medicina.

O que fez Lacan foi apontar as diferenças entre o lugar dos médicos e o dos psicanalistas: enquanto os médicos falavam sobre o corpo morto, os psicanalistas falavam sobre o corpo vivo. Entretanto, ao verem apontada esta diferença, os dois médicos praticamente encerraram a discussão. Dr. Royer, que já havia se apresentado como um médico orientado para os problemas da biologia e da bioquímica, disse haver caído numa arapuca, rejeitou completamente a idéia de que os médicos seriam, a partir do lobby das indústrias farmacêuticas, “simples distribuidores de remédios”, e terminou aí a sua participação. Dr. Klotz tinha alguma introdução nos conceitos psicanalíticos e colocou importante questão sobre o significado da demanda dos pacientes aos médicos, fazendo-se notar sua experiência e sensibilidade clínica. No entanto, logo introduziu a localização, no cérebro, daquilo que ele poderia chamar de mental. Endocrinologista, ele descreveu as partes essenciais deste órgão, como também alguns neurotransmissores que estavam sendo descobertos, e, apesar de sua vivência clínica de que “muitas amenorréias se desencadeiam após uma emoção forte ou numa situação conflituosa prolongada” (ibid., 2004, p.268), acreditava que um dia o progresso da ciência poderia “trazer luz àquilo que, por hora, era curado pela terapia de inspiração analítica” (ibid., 2004, p.269).

A fala de Lacan, suscitou, como já havia escrito anteriormente Freud em relação às resistências à psicanálise no meio científico,

“explosões de indignação, derrisão e escárnio que, com desprezo de todo padrão de lógica e bom gosto, caracterizavam os métodos de seus oponentes. Uma reação desse tipo sugere que outras resistências além de puramente intelectuais foram excitadas, e despertadas poderosas forças emocionais. E deveras muitas coisas podem ser encontradas na teoria da psicanálise, calculadas para produzir um efeito desse tipo sobre as paixões dos homens de toda espécie e não somente dos cientistas.” (FREUD, 1925, p.243)

Lacan referia-se ao que Foucault apontou em *O nascimento da clínica*: para a medicina manipular o corpo vivo foi preciso transformá-lo em cadáver através da anatomia patológica, da fisiologia. Como cadáver, ou seja, como um corpo orgânico desligado de sua causa de vida, a medicina pôde assumir que todos os homens seriam iguais, sendo então possíveis as quantificações, as comparações e as considerações sobre a técnica mais adequada ao discurso científico. Para se apropriar do homem doente foi preciso transformá-lo em doença e, ao nomear a doença dentro de características universais da ciência, sacrificou-se o doente em sua flagrante singularidade. Este é o corpo morto, objeto da medicina, mas que não se adéqua bem à ação do médico, já que a ele se traz o

corpo vivo, objeto de desconhecimento e confusão para o médico. Era sobre isso que falava Aristóteles ao afirmar que a respeito do homem não era possível o pronunciamento de um discurso científico. Era sobre isso que falavam os hipocráticos quando diziam ser a medicina uma *technē*, palavra que incluía a *episteme* e a *tychē*, esta última, fonte de confusão, mas que não deveria ser ignorada. A moderna medicina científica abriu mão do homem e se contentou com seu corpo morto, orgânico.

O corpo vivo, ponto de partida da psicanálise, inclui outras instâncias, inclui o sujeito do inconsciente ao qual é inerente o gozo. O gozo precede ao sujeito do inconsciente, e este último precede seu corpo puramente orgânico.

2.1. O GOZO VIVO SOBRE O CORPO

Se a medicina sacrificou o sujeito do inconsciente que há no doente, Freud escutou seus gritos através das “doenças nervosas funcionais”. Não que Freud tenha se dedicado pacientemente a deixar que os pacientes falassem o que quisessem através da associação livre, como se os outros médicos não os deixassem falar. Quando se diz que Freud teve uma escuta diz-se que ele escutou que ali havia outra coisa, que algo pulsava e se repetia por trás dos ditos. Foi a isso que Lacan se referiu quando naquela célebre mesa redonda, incluiu a expressão “falha epistemo-somática” (AUBRY, 2004, p.256). A falha epistemo-somática, que existe entre o que o sujeito diz e o que ele deseja, e entre o que a medicina pode e o que ela quer, é uma falha que indica o lugar do gozo.

“A dimensão do gozo está completamente excluída do que chamei a relação epistemo-somática. Pois a ciência não é incapaz de saber o que ela pode, mas ela, não mais que o sujeito que ela engendra, não pode saber o que ela quer.” (ibid., p.256)

O conceito de gozo não é de fácil apreensão e não será explicitado aqui em todas as suas nuances, mas vamos tentar clareá-lo, já que Lacan insiste nele para apontar isto o que nomeou de falha epistemo-somática.

Lacan insiste que o corpo é feito de gozo e que o corpo goza, resgatando de Freud o conceito de pulsão de morte no texto *Além do princípio do prazer*. Este conceito traz certo mal-estar ao médico quando é levado a considerar que algo no doente aponta para a morte e não para a harmonia da vida, que algo no homem, seja são ou doente,

persegue a morte a todo momento. Esta morte equivaleria ao gozo absoluto, mítico, por isso relacionado ao sexo genital onde se acredita que o gozo de dois faça um. No texto *Além do princípio do prazer*, Freud demonstra que o gozo inconsciente, apontando em direção ao seu objetivo mais absoluto, mas ao mesmo tempo impossível, por ser este a morte, alcança no prazer a dor:

“... existe na mente uma forte tendência no sentido do princípio de prazer, embora essa tendência seja contrariada por certas outras forças ou circunstâncias, de maneira que o resultado final talvez nem sempre se mostre em harmonia com a tendência no sentido do prazer.” (FREUD, 1920, p.19).

O ser humano é um ser de gozo. Quando Lacan se refere a esta falha, é preciso, como esclarece Vieira,

“que não se confunda: a falha de que falamos em nada retoma o dualismo somático-psíquico, ou psicológico e orgânico. Entre a anatomia das zonas erógenas e o prazer que elas proporcionam há um salto a ser feito, *um salto entre a imagem e a escuridão* e não um abismo entre dois mundos distintos. Trata-se de uma falha que se estabelece entre algo que existe, o corpo epistêmico, e um gozo absoluto, que, sem corpo, não existe no mundo dos objetos.” (VIEIRA, 2005, p, grifo nosso)

Os gregos já intuíaam algo sobre isso quando, no segundo parágrafo de seu tratado *Arte*, Hipócrates diz que “o que não é não se vê nem se conhece” (GOUREVITCH, 1994, p.184), sobre o qual o médico deveria estar alerta. Os diversos saberes construídos pelo homem tentam interpretar essa falha. A especificidade da psicanálise é trabalhar nela; a da medicina científica é desconhecê-la, nada querer saber sobre isso. Essa falha é a própria *tychē* a qual se referiam os gregos quando tentavam definir a *technē*, é aquilo que o homem não controla e que pertence ao acaso, à contingência. Como diz Edelstein (1967), para os hipocráticos o acaso não estava fora da realidade da medicina.

Sobre esta falha, Santiago irá escrever:

“Em outras palavras, a medicina baseada nas evidências, com seu pragmatismo objetivante, está longe de dar-se conta das falhas que o progresso da ciência introduz sobre a relação da medicina com o corpo. Se existe falha na relação epistemo-somática é porque para a medicina contemporânea radicaliza-se o reducionismo entre corpo e o organismo e a exclusão da dimensão do gozo.” (SANTIAGO, 2007, p.17)

2.1.1. O gozo para a psicanálise e para a medicina

Uma jovem paciente, ao sair de uma grave condição de anorexia, adquiriu o hábito de praticar vômitos, que, inicialmente, acreditava fossem para controlar seu peso. Já consciente de que esses vômitos tinham uma razão que estava além do controle de peso, confessou: “Eu quero parar, é muito ruim comer e vomitar, mas é difícil, porque é como se fosse algo ruim, mas ao mesmo tempo bom, sinto que há um prazer nisso.”

“O sintoma anorexia é exemplar do que é a falha epistemo-somática do saber médico, pois, se a medicina tem a pretensão de saber o que se pode fazer com as formas debilitadas e degradadas do corpo anoréxico, ela desconhece porque o sujeito almeja e quer esse corpo.” (ibid., p.17)

Ocorre que o paciente também desconhece, desconhece não só o que quer, mas que algo nele queira sem que o saiba. Inicialmente o psicanalista desconhece qual seja o gozo em questão para essa jovem, mas sabe que ele existe e é determinante. O trabalho entre o analista e o paciente fará surgir a forma singular de gozar do inconsciente daquele paciente. No caso desta moça, o gozo passa pelo sintoma de comer e vomitar, mas está muito além disso. O analista trabalha para que algo nisto que faz sofrer o sujeito, ao mesmo tempo em que lhe dá prazer, possa ser subjetivado e que, a partir daí, o paciente se implique em seu sofrimento. O que move um trabalho de análise é o desejo de querer saber sobre isso que faz o sujeito gozar – uma repetição que lhe causa dor e prazer, mas que é ao mesmo tempo incontrolável. O objetivo final de uma análise não é que o paciente adquira um saber sobre seu gozo, pois aí há uma falha no saber, mas que este gozo seja nomeado, para ser inserida a possibilidade de o sujeito escolher gozar de outra forma – a possibilidade de ele sair da repetição automática e sem fim.

Na anorexia e bulimia algo acontece em certas frestas do corpo conhecidas como zonas erógenas, já nomeadas por Freud e estendidas por Lacan. Estas frestas deixam revelar o incrivelmente obscuro que, estranhamente, pode dar prazer.

“Para além das bordas dos orifícios, tudo se mistura, o que tem e o que não tem imagem. Por esta razão estes pontos parecem esconder alguma coisa, não mostram claramente o que há neles.” (VIEIRA, 2005, p.119)

“Para a psicanálise o sujeito *tem* um corpo, com o qual ele goza. Para a medicina científica o indivíduo *é* um corpo.”

A medicina científica trabalha no sentido de que nada disso seja sequer tocado, mesmo porque deve se situar em seu campo e não há possibilidade de trabalhar sob o gozo do

paciente da forma como a psicanálise trabalha. O questionamento lançado por Lacan está endereçado ao que a medicina poderia saber disso. Porque ela trabalha com um corpo que sofre as conseqüências de um gozo que ela própria ignora. Desta ignorância os médicos vivem prestando contas quando se encontram diante de impasses na clínica. Sofrem as conseqüências e ficam atordoados, pois nem mesmo têm noção de algumas das razões para os impasses.

“A medicina é a ciência das eróticas do corpo” nos diz Erixímaco, personagem médico de Platão. A medicina antiga incluía a erótica em seu campo (relacionada à *tychē*). Da medicina científica, ela foi excluída e só foi possível repensá-la com Freud, fora da medicina, no final do século XIX. Equivale ao conceito de libido em Freud e de gozo em Lacan. Interessante notar que a psicanálise, com seu conceito de libido-gozo, nasceu dos seios da medicina.

Hipócrates não era psicanalista, era médico. Na medicina atual, existem alguns médicos, não-psicanalistas, que têm uma escuta privilegiada e se diferenciam dos outros. Conservam algo deste lugar de onde se originou a medicina.

Com Freud e a invenção da psicanálise, foi possível a construção de um saber sobre isto que era intuído na medicina antiga e que se perdeu com o advento da medicina científica. Testemunham esta intuição algumas palavras de Hipócrates no seu tratado *Arte* (GOUREVITCH, 1994, p.184):

(...) Pois, se fosse possível ver o que não é como se vê o que é, eu não concebo como se negaria disso a realidade, visto que se veria pelos olhos e compreender-se-ia a existência através da razão. Mas tome cuidado, não é assim que acontece; o que se é se vê e se conhece sempre; o que não é não se vê nem se conhece.”

(...) “...pedir à arte o que não é da arte ou à natureza o que não é da natureza é ser ignorante e ser de uma ignorância que está mais ligada à loucura do que a falta de instrução.”

(...) “Então, quando um homem sofre um mal mais forte que os instrumentos da medicina, não se pode sem dúvidas esperar que ela triunfe.”

2.2. A DEMANDA

Apontando para o lugar do médico na atualidade, Lacan alertava para a mudança muito rápida que estava ocorrendo naquele ano de 1966 no que chamou “a função do médico e em seu personagem” (AUBRY, 2004, p.251). Com a entrada da medicina na sua fase científica, o médico havia perdido seu lugar privilegiado e via-se confrontado com problemas novos.

“O médico é solicitado na função de sábio fisiologista, mas ele sofre outros apelos mais: o mundo científico despeja em suas mãos o número infinito do que ele pode produzir como agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos, que ele põe à disposição do público, e ele pede ao médico, como a um agente distribuidor, para pô-los à prova. Onde está o limite em que o médico deve agir e a que ele deve responder? A algo que se chama a demanda.” (ibid., 2004, p.254)

Dr. Royer sentiu-se muito ofendido com as palavras de que os médicos fossem simples “distribuidores de remédios”, no que disse ter sido um “julgamento inaceitável”.

Contudo, Lacan referia-se à demanda do doente:

“É no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica.” (ibid., 2004, p. 255, grifos nossos)

Pois há algo que “permanece constante e todo médico sabe bem do que se trata”, dizia Lacan (ibid., 2004, p.255). Dr. Klotz também fez uma boa colocação sobre isto quando disse ter

“encontrado na prática um problema ao qual os médicos não dão atenção suficiente quando um doente se apresenta diante deles: eis o que me pede, mas na verdade o que deseja ele realmente?” (ibid., 2004, p.267, grifos nossos)

Já que no modo de resposta a esta pergunta, implícita a toda e qualquer consulta médica, é onde reside a posição da qual se distingue um médico de um simples distribuidor de medicamentos, o que quer um doente quando aborda um médico?

“... não digam que ele disso espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é inteiramente diferente, pois isso pode implicar que ele está inteiramente ligado à idéia de conservá-la. Ele às vezes vem nos pedir para autenticá-lo como doente, em muitos outros casos ele vem, da maneira mais manifesta, nos pedir para preservá-lo em sua doença, para tratá-lo da maneira que lhe convém, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença.” (ibid, 2004, p.255)

2.2.1. "Eis o que me pede, mas na verdade o que deseja ele realmente? "

Esta pergunta é primordial e deve ser feita pelo médico para si próprio. O que quer este paciente quando me pede algo? Alguma indicação sobre a resposta pode estar no que é dito, não de maneira explícita, e sim nos interditos.

A seguir serão citados, como exemplos de algumas dificuldades na prática clínica, dois pequenos fragmentos de casos de pacientes que recebiam de seus médicos aquilo que explicitamente demandavam.

PACIENTE 1.

Uma moça que apresentava um gravíssimo quadro de desnutrição conseqüente à anorexia e práticas bulímicas, com um índice de massa corpórea (IMC) de 8.6 (considerado pela ciência como incompatível com a vida³⁰), apresentava-se bem viva para manter e repetir uma prática rotineira de procurar o serviço de urgência do hospital quando bem lhe aprouvesse. Com esta repetição automática, ela sentia um imenso prazer a ponto de fazer chacota dos médicos. Estes sim, desesperavam-se. Mas, ao mesmo tempo, ela sofria, já que é desnecessário dizer o que um IMC tão baixo pode trazer de conseqüências para um ser humano em sua vida, além de seu corpo concreto.

Quando nos encontramos, recusei-me a atender a todas as suas demandas, o que não implicou em negligenciar as necessidades de seu corpo. Ela pôde confessar, sabendo que não seria censurada, sobre um episódio ocorrido em um serviço de urgência: "já tinha uma ambulância na porta me esperando, ele (o médico) balançava o exame correndo e gritando meu nome pelo corredor, dizendo que a pessoa dona do exame deveria estar morta, pois eram exames de um morto!" Ela completou de forma irônica: "pois eu estava vivinha e fiquei rindo com minha mãe, nós tínhamos colhido o exame e andado bastante na rua antes de voltar ao hospital".

Atente-se que este pequenino fragmento relatado não tem a intenção de despertar, nos

³⁰ Índice de Massa Corporal de Quetelet (IMC) = (peso(kg)) / ([altura(m)]²). Valores entre 19 e 24,9 são considerados saudáveis. Um estudo revela que IMC menor que 12 é incompatível com a vida (HENRY, 1990), mas o consenso da maioria é de que índices menores que 10 o sejam (RIGAUD, 2000).

médicos, emoções em relação aos pacientes que se apresentam nas emergências com anorexia e bulimia, mas alertar para o fato de que, para aquela paciente em particular, essa maneira de funcionar (gozar) era importante. Enquanto a ela eram oferecidos cuidados, objetos e potássio, em resposta ao que ela parecia solicitar; enquanto não se percebeu que ela pedia algo além do que parecia pedir, a paciente não teve chance daquela situação, mesmo diante dos sérios riscos para sua vida. Além disso, tudo era fonte de grande angústia para os inúmeros médicos que trabalhavam, de forma incansável, para tirá-la de um lugar de onde ela não conseguia sair.

O que o paciente pede pode não ser o que realmente deseja – há uma falha estrutural entre a demanda e o desejo. Ao médico cabe saber que esta falha existe para endereçar as coisas de forma a reafirmar sua posição de médico e não apenas de representante da ciência.

Na clínica da atualidade vemos pacientes que já se endereçam aos médicos de posse de várias informações sobre o que sentem, muitas vezes obtidas por meio da internet, desde um possível diagnóstico até os possíveis procedimentos relativos à propedêutica e ao tratamento. O médico deve se situar no lugar de interrogar do que sofre aquele que o procura, porque pode não ser bem o que parece? Ou deve informar melhor o paciente sobre as questões científicas que não tenham ficado bem esclarecidas através da pesquisa na internet? Para o primeiro lugar, não há substituto na ciência, já que o médico não é pura técnica, ele conserva algo da *technē*. Para o segundo, o problema está em um aprimoramento dos protocolos e programas de computador. Quando aprimorado, o próprio computador pode substituir o médico, como pura técnica.

PACIENTE 2.

Outra adolescente procura, com sua mãe, um terceiro endocrinologista para avaliar a indicação de uso de um hormônio que vem sendo usado como suposto promotor do crescimento e que havia sido prescrito pelo médico anterior. Esta adolescente não apresentava seu desenvolvimento puberal fisiológico, estava como que embotado e assim não crescia como o esperado, o que lhe causava intenso sofrimento ao se comparar com as colegas. Não contentes com o primeiro médico que não percebia o que já era visível para elas, procuraram um segundo que verificou o problema do crescimento da qual se queixavam, solicitou dezenas de exames e indicou o uso deste hormônio como a única solução. O uso deste hormônio está indicado apenas para pacientes que apresentem deficiência na sua produção ou na sua ação, embora

atualmente as indicações já não estejam tão rígidas por pressões da sociedade, dos laboratórios e dos próprios médicos. Além de tudo, seu custo é extremamente elevado (não só o financeiro, que já é altíssimo). Ao me procurarem, como a terceira da série, porque queriam saber o que havia por trás do embotamento puberal, percebi que se tratava, na verdade, de uma anorexia velada. Isto fez aparecer todo o drama que envolvia a relação entre mãe e filha, entre o casal parental, e também entre a filha e seu pai. Era costume dele pegá-la no colo e dizer que ela era sua “namorada” até os dezoito anos. Do ponto de vista fisiológico, a puberdade não progredia, porque a menina não se alimentava o suficiente para seu crescimento e desenvolvimento corporal alcançarem pleno potencial. Do ponto de vista psíquico, seus sintomas anoréxicos sustentavam o funcionamento familiar em relativo equilíbrio, em meio a problemas que iam muito além daquela brincadeira do pai. Estava por aí algo do seu modo de gozar, da sua maneira de fazer com a falha epistemo-somática.

A mãe resolveu interromper o tratamento quando a menina começou a subjetivar um sofrimento que até então vinha colocando no corpo. “É minha cabeça”, dizia, já percebendo tratar-se de algo psíquico e não orgânico. A mãe, por sua vez, em pânico, perguntava: “E se não tiver nada orgânico, doutora?” E escolheu manter-se neste gozo ao procurar um quarto médico que pudesse reafirmar esse algo orgânico, bem como a necessidade do tal hormônio - um objeto da medicina científica que acreditavam fosse atender a “necessidade” de crescimento; um quarto médico que pudesse dar a elas o que pelo menos a mãe pedia, o hormônio e a reafirmação de causa orgânica; um quarto médico que fizesse a demanda equivaler à necessidade.

2.2.2. “Vendedores de doença”

Se o lugar de “distribuidor de remédio” tanto incomodou o dr. Royer, ele se tornou muito discutido no raiar do século XXI, tanto na literatura médica quanto na leiga³¹. Uma revista médica eletrônica, *PLoS Medicine* (2006), traz na edição de abril de 2006

³¹ Discussões sobre este assunto podem ser encontradas nas seguintes referências: AVORN, 2007; ROSS, 2007; MOYNIHAN, 2006; LEITE, 2006.

importante dossiê com onze artigos sobre o que já é chamado de *disease-mongering*, algo como “apregoar doenças” e que foi traduzido por “fabricação de doenças”.

Um livro escrito por Payer em 1992 lançou o conceito de *disease-mongering* para nomear as estratégias da indústria farmacêutica, chamada de *big pharma*, destinadas a “criar” doenças, criar a necessidade de cura e logo apresentar um medicamento. O autor lista os dez mandamentos para a fabricação bem sucedida de uma nova doença: 1) tomar uma função normal, insinuar que há algo errado com ela e que precisa ser tratada; 2) encontrar sofrimento onde ele necessariamente não existe; 3) definir uma parcela tão grande quanto possível da população afetada pela “doença”; 4) definir a condição como uma moléstia de deficiência ou como um desequilíbrio hormonal; 5) encontrar os remédios certos; 6) enquadrar as questões de maneira muito particular; 7) ser seletivo no uso de estratégias para exagerar os benefícios do tratamento disponibilizado; 8) eleger os objetivos errados; 9) promover a tecnologia como magia sem riscos; 10) tomar um sintoma comum, que possa significar qualquer coisa, e fazê-lo parecer um sinal de alguma doença mais séria.

Assim foram criadas a disfunção erétil, tendo o sildenafil como tratamento; o transtorno bipolar e o uso dos estabilizadores de humor em crianças de, pasmem, dois anos de idade; o transtorno disfórico pré-menstrual com seus correspondentes inibidores seletivos de captação de serotonina; o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, medicado com o metilfenidato, e a hilariante “síndrome das pernas inquietas” que tem no ropinirol seu tratamento, além de outras (PLoS MEDICINE, 2006).

Também o *New England Journal of Medicine* lançou, durante o ano de 2007, vários editoriais questionando a forma como os médicos são levados a prescrever os medicamentos. Entretanto, ao se analisar os artigos e discussões, o que se percebe é que, apesar de bem colocado o problema, o que se discute são as técnicas da indústria para colocar o médico no lugar de colaborador técnico, numa série em que ele é apenas mais um.

A procura por culpados afasta a essência da coisa. Entre outros, culpa-se a imprensa, a indústria, os médicos, a sociedade ávida por consumir.

Um médico, Ben Goldacre, autor de um blog britânico popular chamado *Bad Science*, cometendo um deslize ao nomear seu *blog* como se à ciência pudéssemos imputar algo como a qualidade de ser má, afirma com propriedade:

“Somos todos participantes desse jogo. Fingir que a medicalização é algo imposto a nós – por malvadas e poderosas influências externas – só enaltece um sentimento perigoso de passividade”. (LEITE, 2006)

O fato mais importante em tudo o que vem ocorrendo e para o qual Lacan já alertava naquela mesa redonda há quase 50 anos é a ameaça para a sobrevivência da posição propriamente médica. Pode-se dizer que, entre a demanda do paciente, da qual o médico abriu mão em dar atenção suficiente, como alertava dr. Klotz, e a demanda da ciência, o médico tem atendido, já há alguns séculos e com maior avidez no século XXI, à segunda, em detrimento de querer saber algo e de se posicionar em relação à primeira. Como indica Heidegger (2007, p.30), o homem não se dá conta de sua dis-posição na com-posição da técnica.

Isto não é sem conseqüências e, tampouco, uma escolha inocente.

2.3. A TRANSFERÊNCIA

A transferência é o motor do que se poderia chamar de ação terapêutica do médico, ou, como dizia Balint (1975), “o médico, ao prescrever, prescreve a si mesmo”. Não seria ela que faz resultar a constatação recente, apontada por um importante artigo médico, de que os seis antidepressivos mais receitados nos Estados Unidos da América talvez não sejam mais efetivos que os placebos para tratar depressões de leves a moderadas? (KIRSCH, 2008). Pois, se o efeito placebo pode ser medido num estudo duplo cego pelo pesquisador, na tentativa de descaracterizar qualquer influência externa à droga, o paciente não é cego, não há como excluir sua relação com o médico que prescreve a medicação, assim como não há como excluir a relação do medicamento com o sujeito que o recebe.

Lacan, na mesa redonda, afirmou:

“No final dessa demanda, a função da relação com o sujeito suposto saber revela o que chamamos a transferência.” (AUBRY, 2004, p.260)

Ele exorta o médico a colocar entre parênteses esse poder que lhe oferece a medicina científica para dar primazia aos poderes de que ele dispõe. Este poder, é de outra coisa que se trata, “é da leitura pela qual o médico é capaz de conduzir o sujeito ao que acontece com um certo parêntese” (ibid., 2004, p.261).

O terreno do médico não é outro senão

“essa relação pela qual ele é médico, a saber, a demanda do doente. É no interior dessa relação firme que acontecem tantas coisas que está a revelação dessa dimensão em seu valor original, que nada tem de idealista, mas que é exatamente o que eu disse, a relação com o gozo do corpo.” (ibid., 2004, p.261)

A transferência é o lugar onde o médico ainda pode manter a originalidade de sua posição de médico. Através dela, no lugar de quem tem que responder a uma demanda de saber, pois assim exigem seus pacientes e é o que ele se propõe a oferecer, o médico pode tornar possível uma reviravolta nesta demanda, oferecendo ao paciente o benefício da dúvida sobre o que ele demanda. Este benefício só é possível em razão da transferência.

“O que poderá opor o médico aos imperativos que fariam dele o empregado dessa empresa universal da produtividade? Ele não tem outro terreno senão essa relação pela qual ele é médico, a saber, a demanda do doente.” (ibid., 2004, p.261)

Através da transferência, na relação de demanda a um profissional que o doente supõe que saiba sobre seu sofrimento, o médico pode, na originalidade de seu lugar de médico, re-endereçar e possibilitar algum alívio para o doente em relação ao sofrimento que seu gozo causa em seu corpo. Foi a transferência que sustentou todo o trabalho nos exemplos clínicos citados acima. Mesmo que não tenha havido um bom resultado no segundo caso, o lugar do médico foi preservado: o de não atender a demanda do paciente como se ela fosse sua real necessidade, mas de interrogar, a todo momento, sobre o que realmente sofre o doente. O paciente teve seu adoecer interrogado e pôde escolher entre sair ou permanecer nele.

“Se o médico deve permanecer algo, que não pode ser a herança de sua antiga função, que era uma função sagrada, é, para mim, perseguir e manter em sua vida própria a descoberta de Freud.” (ibid., 2004, p.262)

Quando Lacan assinalava que, para o médico é importante que esteja mais familiarizado e mais à vontade com o que ele chama a topologia do sujeito, trazendo, para isso, o gozo, a demanda e a transferência, não o era para discutir a indicação de cura psicanalítica para este ou aquele caso. O que ele pretendia demarcar era a própria sobrevivência do médico em seu lugar. Não propunha, de forma alguma, nem que os médicos fossem analistas, nem que os últimos pudessem substituir os primeiros.

Uma das dificuldades para os médicos enfrentarem, por si mesmos, as questões sobre a essência da medicina e o lugar do médico, talvez esteja no fato de que estes persigam

mais as respostas do que as perguntas. Perseguem as respostas, oferecendo-as de imediato ao paciente, por acreditarem ser a demanda do paciente equivalente ao que ele necessita, equivalente à pergunta.

2.4. AS DEMANDAS DA MEDICINA À PSICANÁLISE

Embora ambos os médicos presentes naquela mesa, em 1966, não soubessem bem do que se tratava a psicanálise, tinham algumas demandas a fazer em relação a ela. Já haviam inclusive dado início a elas ao endereçarem seus pacientes à dra. Jenny Aubry, no espaço que ela havia aberto no hospital em que trabalhavam. Desta parceria surgiu a mesa redonda no Colégio de Medicina, onde se tentou uma colaboração, um diálogo. Os médicos necessitavam compreender algo em seus pacientes que escapava ao saber da medicina. Dr. Klotz ansiava pela democratização da psicanálise, demonstrando preocupação com o alto custo do tratamento, não só o financeiro. Queria a medicina do homem total, como explicitou no final, após discursar sobre os avanços das neurociências.

Já dr. Royer dizia necessitar de técnicas psicológicas adequadas, já que tinha sob sua responsabilidade uma grande equipe de profissionais da saúde, que se viam às voltas com os pacientes e suas famílias. Ele se sentia requisitado na função do antigo médico de família, ao qual não se sentia à vontade em responder. Sua principal preocupação era a pesquisa e queria um psicanalista para isso. Queria ter medida a eficácia da psicanálise no atendimento aos pacientes e, após a sua comprovação em números, que esta fosse disseminada entre os serviços.

Isto era o que queriam dr. Klotz e dr. Royer, mas o que quer a medicina da psicanálise? Pode-se dizer que a medicina científica nada queira da psicanálise; ela só quer progredir. Entretanto, um médico pode querer, um médico que lance mão da exclusividade da medicina científica e se depare com a demanda do paciente, como confessou dr. Klotz. Um médico que se veja colocado no lugar de médico de família e não saiba o que fazer com isso. Um médico que não entenda porque um paciente anorético insiste em recusar sua ajuda, às vezes de forma violenta e outras vezes de forma muito dócil, a ponto de pagar por isso com a própria vida. Um médico que não

saiba o que fazer ao receber repetidamente uma paciente com exames que caberiam em um morto.

Mas quando um médico pede algo à psicanálise, o que ele pede? O que realmente pediam dr. Klotz e dr. Royer? E o que a psicanálise pode oferecer?

Ela não pode oferecer a “medicina do homem total” como sonhava dr. Klotz, justamente porque a falha epistemo-somática designa bem que aí há uma falha. Não pode oferecer a democratização da psicanálise, pois um psicanalista não se forma só com conhecimento literário e nem só por sua experiência, já que ser psicanalista não envolve uma vontade. E não pode oferecer um psicanalista de pesquisa para validar a experiência e entrar no modo de produção da técnica. A única coisa que o psicanalista pode oferecer é um lugar onde o sujeito do inconsciente possa se manifestar.

Por promover um apagamento do sujeito do inconsciente, a ciência tem provocado sua manifestação por formas antes nunca imaginadas: não só as anorexias e bulimias, mas as novas formas de toxicomania, as mutilações corporais através do abuso das cirurgias plásticas, tatuagens, *piercings*; os assassinatos inexplicáveis de jovens alunos em suas escolas, os suicídios, multidões de jovens japoneses trancados em seus quartos sem nenhum contato exterior, “epidemias” de depressões etc. São as novas formas de manifestação do sujeito. E porque, ao darem seus gritos, eles encontram ainda mais a voz da ciência e da técnica, pode-se supor que isto só vá piorar. Novas formas de expressão vão surgir, cada vez mais violentas e mais agarradas ao corpo.

Além do mais, o apagamento do sujeito do inconsciente faz com que o trabalho do psicanalista precise ir se modificando também. Ele precisa tentar resgatar, lá nas profundezas cada vez mais profundas, aquilo que o indivíduo vem recusando aceitar, ao longo do tempo, de forma acachapante: que nele há algo mais.

A este algo mais, da ordem de um vazio na existência humana, como cantam muitos poetas, a técnica científica vem respondendo com objetos, quaisquer objetos que possam estancar este vazio, este sentimento de falta. O mercado pós-moderno oferece objetos os mais variados, torna-os indispensáveis e sempre passíveis de troca. O homem responde, consumindo-os, e, assim, acredita tamponar o vazio. Objetos que vão desde bugigangas eletrônicas, medicamentos e até mesmo doenças. Desta forma, algo do sofrimento de um sujeito pode encontrar, em patologias bem caracterizadas como anorexia ou bulimia, um objeto consumível para aplacar, nele, a dor que sente. O consumo desse objeto, tornando alguém portador destas “doenças”, aplaca o sofrimento, de forma que, muitas vezes, não há nenhuma queixa por parte do sujeito. A dor, de

origem psíquica, sofre uma espécie de curto-circuito e passa a existir como dor no corpo, ganhando, assim, nome, reconhecimento, tratamento. Deste modo, pode ser manejada por profissionais especialistas e pode-se passar uma vida inteira experimentando algum tipo de objeto científico que a faça parar.

Da mesma forma, um médico, ao consumir protocolos e medicamentos no tratamento de tais pacientes, tem aplacada sua dor de não saber o que fazer com eles.

Se a medicina nada demanda à psicanálise, mas um médico sim, o que ela pode oferecer não se constitui de mais um objeto; trata-se, sim, de oferecer um espaço onde o objeto falta, mas de onde é possível emergir um sujeito, esteja ele no lugar de médico, esteja no lugar de paciente.

CAPÍTULO 3. UM PSICANALISTA E SEU PACIENTE

3.1. QUAL O OBJETO DE ESTUDO DA PSICANÁLISE, DA PSICOLOGIA E DA PSIQUIATRIA?

O objeto de estudo da psiquiatria, como o da medicina em geral, é o homem morto, na medida em que trabalha o corpo mortificado, orgânico, máquina, onde todos são iguais, apesar de cada indivíduo ter sua particularidade, como chama a atenção o DSM-IV.

O objeto de estudo da psicanálise não se apreende, é pura *tychē* e tem-se acesso a ele através do sujeito do inconsciente, gozo vivo, que marca o corpo orgânico, onde todos os sujeitos são singulares e não há possibilidade de universalização do sujeito.

A psicologia, derivada do grego *psiché* e *logos*, é uma grande fonte de confusão. Trata-se de uma disciplina que, segundo Koch (1981), poderia ser chamada de estudos psicológicos, ao invés de psicologia, tamanho o número e variedade de áreas de atuação. Um livro de referência para alunos de graduação nesta área define-a como “a ciência que se concentra no comportamento e nos processos mentais – de todos os animais”. (DAVIDOFF, 2001, p.6). Além disso, esclarece a autora, “como os cientistas, os psicólogos estão rotineiramente tentando descobrir princípios universais” (ibid., 2001, p.6)

Apesar desta definição já fornecer bases suficientes para a consideração do seu objeto de estudo, um esforço interessante nos faz prosseguir com outro autor no que ele lista como as perspectivas da psicologia diante do evento raiva:

“A *perspectiva da neurociência* analisa os circuitos do cérebro que desencadeiam o estado físico de alguém que fica com o rosto ruborizado ou com calor no pescoço. A *perspectiva evolucionista* analisa como a raiva facilita a sobrevivência de um indivíduo. A *perspectiva da genética comportamental* estuda como fatores hereditários e ambientais influenciam as diferenças de temperamento. A *perspectiva comportamental* estuda as expressões faciais e os gestos corporais que acompanham a raiva, ou talvez tenta determinar os estímulos externos responsáveis por uma reação de raiva ou por comportamentos agressivos. A *perspectiva cognitiva* estuda como a nossa interpretação de uma determinada situação afeta nossa raiva ou de que maneira nossa raiva afeta nosso pensamento. A *perspectiva sociocultural* explora quais as situações que produzem mais raiva, e

como expressões de raiva variam através de contextos culturais.” (MYERS, 1999, p.2)

São vários os pressupostos teóricos utilizados na psicologia, inclusive, escreve a autora de um livro introdutório neste campo:

“a teoria psicanalítica (o nome dado às idéias de Freud sobre personalidade, anormalidade e tratamento) é somente uma das muitas teorias psicológicas.” (DAVIDOFF, 2001, p.15).

O ecletismo é, portanto, constante numa área onde a cada dia surgem novas técnicas. Algumas são simples mistura de várias teorias, o que permite que a teoria psicanalítica seja desvirtuada em seus princípios, como percebeu Freud desde seus primórdios.

O psicólogo, assim como o psiquiatra, está no lugar do saber. Eles “sabem” o que tem o paciente que os procura, já que lidam com o consciente, com o indivíduo e seus fenômenos, e contra isso podem se armar de um discurso de saber aprendido nos bancos escolares e adquirido pelo homem através dos tempos por meio da observação e experimentação do que há de previsível e universal, *a episteme*, de forma a evitar aquilo que não controlam, a *tychē*, o inesperado, o vazio, a surpresa. Mas, por outro lado, silenciam o sujeito do inconsciente, que irá fará manifestar de outras formas, paradoxalmente, não através de suas palavras.

O psicanalista está numa posição de não-saber; ele quer saber o que o paciente não sabe que ele próprio sabe, lida com o sujeito do inconsciente, para chegar ao seu objeto, com aquilo que determina os fenômenos que serão mostrados a quem possa vê-los e que é sempre uma incógnita. Trata-se de uma ignorância doura, já que ele também há de ter um saber sobre a teoria psicanalítica, embora ignorante em cada caso que se apresenta, pois um único caso pode colocar à prova toda a teoria. Para a psicanálise, todo caso é exceção, todo caso é *tychē*, imprevisível e singular, a surpresa está sempre presente. A ética da psicanálise inclui implicar o sujeito em seu sofrimento, fazê-lo responsável: de sua posição de sujeito ele é sempre responsável. “Isso é primordial e impede toda a imaginação de que a psicanálise permita a irresponsabilidade” (MILLER J.A, 1997, p. 347).

Tanto o corpo mortificado, máquina, quanto o sujeito do inconsciente não são especificidade de uma ou outra disciplina, já que todas elas têm no homem seu objeto de estudo. Entretanto, como discutido anteriormente, a complexidade do conhecimento, a busca incessante por respostas, e a ilusão de se possa encontrá-las para tudo, levou à divisão desse objeto para melhor conhecê-lo. De forma que cada disciplina cria uma

verdade sobre seu objeto que reflete a artificialidade dessa divisão. O grande perigo está em acreditar que uma linha divisória possa ser traçada entre elas, como se fossem parte de um todo, ou acreditar que o corpo orgânico seja especificidade da medicina, sobre o qual o homem faz avançar uma grande *episteme* científica, e o vazio (a *tychē*), seja especificidade da psicanálise.

3.2. A PSICANÁLISE, UM PSICANALISTA E SEU PACIENTE

A psicanálise é invenção de Freud e, como uma disciplina do conhecimento, possui um corpo teórico consistente. Sobre este corpo teórico, que pertence à *episteme*, é possível fazer vários pronunciamentos.

Entretanto, um psicanalista e seu paciente pertencem à *tychē*; como podemos, então, defini-los? Não podemos, exceto no um a um, nos diz Lacan (2003, p.248-264) Quando se trata do homem, não há como pronunciar sobre ele um discurso científico, dizia Aristóteles (FOUCAULT, 2003, p.1). Quando se trata do homem, aquilo “que é se vê e se conhece, mas também, o que não é que não se vê nem se conhece”; como diziam os hipocráticos.

A medicina científica, desde seus primórdios, veio caminhando no sentido do apagamento da *tychē* para formar um corpo de conhecimento necessário a seu campo, o que lhe proporcionou grandes avanços. Mas essa escolha não foi sem um ônus, pois perdeu-se a noção do homem. Não foi por acaso que Freud inventou a psicanálise no início do século XX, época em que a medicina científica fazia grandes progressos, evoluía velozmente e algo do sujeito do inconsciente se fazia manifestar aos médicos que se colocavam no lugar do saber. Freud, ao querer saber sobre as doenças ditas funcionais, encontrou a *tychē*, algo impossível, a respeito da qual é difícil falar por faltarem palavras, por pertencer a uma falha onde se dá “um salto entre a imagem e a escuridão” (VIEIRA, 2005, p.122).

É aí que um psicanalista trabalha. Enquanto um médico se arma de todo o conhecimento que lhe é possível para não ser enganado, para evitar as falhas, os erros e os enganos, um psicanalista trabalha com eles, e neles. Não se trata aqui de criticar os médicos, porquanto seja evidente que ter conhecimento, de forma a evitar ao máximo os enganos,

falhas e erros é muito importante. O problema é quando eles tentam excluir da medicina o que é inerente ao ser humano, como se esta exclusão fosse possível, além do fato de considerarem como pouco crédulos (diga-se, científicos) os profissionais que disso se ocupam. O problema é quando os médicos se fecham em seu saber científico como se ele equivalesse à verdade.

O campo teórico do psicanalista vale muito pouco ao trabalhar com a *tychē*, pois aí não cabem palavras, apesar dele trabalhar com elas.

Diante disso, como pode alguém querer ser psicanalista? Não há um querer ser psicanalista, um sujeito pode até querer, mas não significa que o seja um dia. Um psicanalista acontece, é da ordem do não ser, é produto de sua própria análise. Por isso, Lacan vai dizer que um analista autoriza a si mesmo, só ele pode se autorizar (LACAN, 1992, p.99 e MILLER J.A, 1997, p.342). O que vai atestar esta autorização será o produto de seu trabalho com seus pacientes, aliado ao conhecimento teórico que terá acumulado e o fato dele, de alguma forma, reportar-se a seus pares. Por isto um analista não cabe nas escalas de avaliação, padronização e de universalização. Ele sempre estará fora, não há como incluí-lo, o lugar de um psicanalista não pertence às palavras.

Assim é com o sujeito do inconsciente: ele também está fora, apesar da ciência e da era pós-moderna insistirem em incluí-lo, de tentarem fazer dele um todo. Algo do sujeito sempre será exceção. Ocorre que “do cruzamento da clínica com a ciência há um resíduo” (LEGUIL, 2007), e este resíduo se manifesta na forma de sintomas inexplicáveis, sob novas formas de adoecer refratárias à ação da ciência. Este tem sido o lugar exterior à tendência totalizante da ciência, o lugar onde tem se manifestado o sujeito do inconsciente. Infelizmente, um lugar em que o sujeito se manifesta de acordo com o que lhe aponta a ciência; se ela lhe aponta os objetos, o sujeito tem respondido a partir deste lugar – fazendo-se também objeto.

“A paixão mais profunda do ser humano não é pelo saber, mas pela ignorância, nos diz Lacan.” (MILLER J.A, 1997, p.344) Um paciente fará todo o possível para ficar na ignorância de saber o que ele não sabe que sabe, mesmo que diga o contrário. Faz parte de sua estrutura e é uma das razões para uma análise prolongar-se. Ela se prolonga na medida de cada um. “O que conduz ao saber não é o desejo de saber”, diz Lacan (1992, p.21), o que conduz ao saber dependerá de uma operação de um analista, colocando em evidência um enigma para aquele sujeito, mas depende também, e primordialmente, do desejo daquele sujeito.

A psicanálise não é para todos, pelo fato de que é necessário algo que não vá bem, algo que não funcione para aquele sujeito, para que ele queira sair disso – quando um sofrimento pode ser formulado numa queixa. Ou seja, é necessário um sofrimento. Será procurando um psicanalista, que ele acredita que saiba sobre seu sofrimento, a quem ele possa dirigir sua queixa, que o trabalho poderá acontecer. Esta possibilidade dependerá da resposta oferecida por este psicanalista à demanda do sujeito queixoso: “tratar a queixa ou questionar o sofrimento?” (SILVESTRE, 1991, p.22).

Entretanto, alguns sujeitos não estão bem, como é o caso de muitos pacientes com anorexia e bulimia. Mas eles se sentem bem, não se queixam, como se não existisse nenhum sofrimento. O sofrimento é dos outros ao seu redor. Sofrem os familiares, os amigos, os professores. Pode-se dizer que a “paixão pela ignorância” deste tipo de paciente seja ainda maior. Nestes casos, as dificuldades são grandes e outras.

Um analista terá que intervir de forma diferente da que está habituado em relação às antigas formas de os pacientes se dirigirem a ele. Há alguns anos, o paciente procurava um analista com alguma queixa, ele sofria com alguma coisa e queria se curar-se. A modificação na clínica não atinge só os médicos, atinge também os psicanalistas. O sujeito anoréxico ou bulímico que os procura geralmente é trazido por familiares, ou foi encaminhado por um médico. Isso vai exigir dele um trabalho preliminar para que algum sofrimento se manifeste e possa revelar-se numa queixa. Isto traz modificações no trabalho do psicanalista, em comparação com o que ocorria no tempo de Freud, e vem, com a anorexia e bulimia, incluindo os médicos. Os médicos têm importante papel, pois são os primeiros convidados pelos pacientes e suas famílias a participar do processo. São convidados e são parte essencial no tratamento. No entanto, podem participar reforçando o acontecimento no corpo, se acreditam estar com eles a verdade sobre o problema do paciente e usam as estratégias da MBE e da AAP para alimentá-los; ou podem participar ajudando a deslocar este acontecimento para a esfera psíquica. Ou seja, participam a partir do lugar de técnicos, como no primeiro caso, ou do lugar de *technē*.

Um psicanalista poderá se prestar a uma psicanálise pura, direcionando o sujeito durante anos e anos até o fim da análise, caso o desejo deste sujeito o leve até aí, momento em que encontra seu nome de gozo. Mas poderá também proporcionar ao sujeito um encontro com um analista na psicanálise aplicada. Nesta, apenas um ou alguns encontros podem surtir efeito, não em saber sobre o gozo, mas em deslocar um sintoma psíquico que esse sujeito encontrou e que lhe seja mortífero. É possível, dependendo da

manobra do analista e do desejo do sujeito, que o troque por outro menos mortífero, como atestam algumas curas de pacientes com anorexia e/ou bulimia, que ocorrem de maneira surpreendentemente rápida, muitas vezes após apenas um encontro.

3.2.1. Sintoma, sofrimento e queixa

Silvestre (1991) esclarece que o sintoma, aqui representado pela anorexia ou bulimia, é aquilo que se acrescenta ao sofrimento para fazer dele uma queixa.

“Portanto: de um lado, um sofrimento que o sujeito pode suportar com um heroísmo estóico e sem soltar um pio. De outro os portadores de sintomas que chateiam os que os cercam, sem contudo nada sofrerem. Quando ambos se juntam numa só pessoa isso pode produzir uma demanda de análise. Temos então aqui uma visada possível da análise, uma visada ‘terapêutica’: trata-se de deslocar o sintoma para separá-lo do sofrimento.” (ibid., 1991, p.23)

Nos pacientes com anorexia e bulimia, o encontro com um analista pode ter este efeito de deslocar o sintoma, separando-o do sofrimento.

“Este é o objetivo que assume o analista quando escolhe tratar a queixa de seu paciente – o que se chama, em termos técnicos, analisar a demanda” (ibid., 1991, p.23).

São os chamados efeitos rápidos: o sintoma anorexia ou bulimia desloca-se e o paciente pode retomar a vida. Uma demanda de análise poderá acontecer a partir de uma operação de torção na demanda do sujeito, possibilitando-lhe uma abertura para querer saber sobre seu sofrimento. Mas isto não ocorre obrigatoriamente.

Ou seja, nem sempre um paciente atendido em serviços desenvolvidos nos moldes do NIAB irá se engajar em um trabalho de psicanálise. Observa-se que muitos se dão por satisfeitos, pelo menos em um dado momento, mas outros irão se interrogar sobre coisas além do sintoma alimentar, irão se interrogar sobre o sofrimento que originou aquele sintoma, podendo, então demandar um trabalho analítico.

A psicanálise tem sido descrita em vários artigos médicos como ineficaz em sintomas como anorexia e bulimia, seja em virtude de estes serem vistos como transtornos pela

³² “Não se deve recorrer à psicanálise quando se trata de eliminar com rapidez fenômenos perigosos, como, por exemplo, na anorexia histérica.”(FREUD, 1905, p.250)

medicina, seja em virtude do desinteresse desta em relação àquela. O mínimo que se diz é que seria um tratamento demorado e caro e, por isso, ineficaz nestes “transtornos”. Utiliza-se freqüentemente uma citação de Freud em que ele diz que “a psicanálise não deveria ser tentada em casos graves, como na anorexia”³². Entretanto, a psicanálise evoluiu e tem mostrado bons resultados, que até poderiam ser contabilizados, mas jamais reproduzíveis, o que é uma dificuldade diante do discurso da eficácia e avaliação da ciência.

A medicina científica nada quer da psicanálise; à ciência interessa que as coisas caminhem. A psicanálise com sua *tychē* é um empecilho. Um analista é insuportável, como sempre foi. Já dizia Freud, ao inventar a psicanálise, que a partir daquele momento ele passaria a fazer parte do grupo daqueles que “perturbam o sono do mundo” (FREUD, 1914, p.34). Na atualidade, um analista está ainda mais insuportável, ele não se adéqua às normas, recusa-se a se submeter às avaliações, aos controles de qualidade, às medidas neo-higienistas, aos dispositivos da técnica. A supremacia da técnica acredita que para tudo exista uma solução, que não há espaço para o enigma, pois só existem problemas e, para estes, acredita-se, sempre há solução.

Entretanto, quando um médico não dá mais conta, não encontra respostas, soluções, pode recorrer à psicanálise. Ou um paciente, após percorrer todos os caminhos científicos e alternativos, muitas vezes, pode encontrar um psicanalista. Este, nem sempre, é um bom encontro, tanto para o médico que o encaminha, ansioso por respostas, quanto para o paciente. Freud discorre sobre dois de seus discípulos na psicanálise, que, não tendo um bom encontro, desvirtuaram-na: Adler e Jung. Como ele diz, “a estada no submundo da psicanálise pode ser desagradável demais para o gosto de alguns” (FREUD, 1914, p.73). Mas um médico, ao ter um bom encontro com ela, passa a encontrar ali algumas respostas.

Então, pode-se perguntar: por que não disseminá-la, como queria dr. Royer?

Porque a psicanálise nunca poderá se tornar uma especialidade médica, um tratamento, entre outros tantos da patologia mental. Não. O lugar do psicanalista é o de fora, ele está fora e dentro do discurso ao mesmo tempo. Assim como o sujeito do inconsciente também está em um ponto de exceção, o lugar de um psicanalista é do lado de fora, mal visto, mal quisto. É só daí que ele causa algum efeito, é só aí que ele existe.

A partir desse princípio, a equipe do NIAB, com vários profissionais reunidos em torno do referencial psicanalítico, ou seja, em um diálogo com a psicanálise, têm conseguido

que muitos pacientes desloquem seu sintoma, às vezes, de forma rápida, saindo do risco de morte e da perturbação familiar. A partir daí, se haverá ou não demanda de análise, é outra história.

Um psicanalista pode pouco, pode deixar em aberto um enigma sobre o sofrimento que aquele sujeito lhe trouxe; mas este é o espaço para a manifestação do desejo de um sujeito, e isto é muito, é a chance de sobrevivência do sujeito do inconsciente.

Enquanto a medicina tira a responsabilidade do sujeito por seu adoecimento, e conseqüentemente, fecha-lhe um espaço, a psicanálise busca implicá-lo, jamais culpá-lo. Uma moça que tenha uma anorexia e bulimia, para a medicina, é uma moça que tenha motivos familiares, ou motivos genéticos, ou motivos neuroendócrinos, ou motivos culturais. Os motivos estão sempre fora dela. Para a psicanálise, não. Por mais que estes outros motivos possam existir, permanece a questão: qual a parcela daquele sujeito nisto? E será a partir desta essência, que ela terá a chance de se haver com seu sofrimento e ter a liberdade de escolha.

Podemos dizer, com Heidegger, que um analista seja um guardião da essência. Ele refere-se, em sua relação, com a essência da técnica – e, se aí está o perigo, aí também está contida a salvação. Pode-se dizer o mesmo em relação ao sujeito com sua essência. Pois, “questionar é a piedade do pensamento”. (HEIDEGGER, 2007, p.38)

PARTE IV

ANOREXIA E BULIMIA: ALGUNS IMPASSES NA PRÁTICA

Capítulo 1. Anorexia e bulimia, de que se trata?

*Bebida é água
 Comida é pasto
 Você tem sede de que?
 Você tem fome de que?
 A gente não quer só comida,
 A gente quer comida, diversão e arte
 A gente não quer só comida,
 A gente quer saída para qualquer parte,
 A gente não quer só comida,
 A gente quer bebida, diversão, balé
 A gente não quer só comida,
 A gente quer a vida como a vida quer*

*Bebida é água
 Comida é pasto
 Você tem sede de que?
 Você tem fome de que?
 A gente não quer só comer,
 A gente quer comer e quer fazer amor
 A gente não quer só comer,
 A gente quer prazer pra aliviar a dor
 A gente não quer só dinheiro,
 A gente quer dinheiro e felicidade
 A gente não quer só dinheiro,
 A gente quer inteiro e não pela metade*

*Bebida é água
 Comida é pasto
 Você tem sede de que?
 Você tem fome de que?
 A gente não quer só comer*

*Desejo,
 Necessidade e vontade
 Necessidade e desejo
 Necessidade e vontade
 Necessidade e desejo
 Necessidade e vontade.*

(Comida, Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer, Sérgio Brito)

1.1. DE QUE SE TRATA?

Do ponto de vista psiquiátrico, descritos no DSM-IV, trata-se de transtornos alimentares caracterizados por graves perturbações no comportamento alimentar. Há dois diagnósticos específicos, a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, além de alguns subtipos e outros transtornos alimentares sem especificação. A Anorexia Nervosa é caracterizada “por uma recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima”. (AAP, 2002, p. 555). A Bulimia Nervosa “é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejuns; ou exercícios excessivos.” (ibid., 2002, p. 555)

Do ponto de vista médico em geral, muitos livros que tratam do assunto não dão a elas uma definição precisa, esquivando-se de fazê-lo através da entrada direta na epidemiologia, como, por exemplo, um livro americano de endocrinologia, que inicia um capítulo sobre o assunto da seguinte forma:

“Os transtornos alimentares anorexia e bulimia nervosas permanecem significativos problemas de saúde na infância e adolescência, afetando entre 1 e 10% das adolescentes e moças em idade universitária. Fatores de desenvolvimento, de dinâmica familiar e biológicos são todos importantes como causa destas desordens.” (SPERLING, 2002, p.716)

Outro livro, brasileiro, assim os apresenta:

“Em geral, os transtornos alimentares são vistos como patologias que acometem os planos psíquico e somático. As alterações do comportamento alimentar podem ter forte impacto sobre a saúde geral dos indivíduos, manifestando-se por meio dos estados de peso extremos nas patologias, como caquexia e obesidade mórbida.” (CLAUDINO, 2005, p.xiii)

Ainda outro livro brasileiro, com uma visão antropológica, caracteriza-os como

“patologias intimamente relacionadas por apresentarem como sintomas comuns representação alterada da forma corporal, preocupação excessiva com o peso e medo patológico de engordar.” (BUSSE, 2003, p.15)

Pelo que podemos deduzir, da forma como é introduzido o problema, ‘tratam-se de graves perturbações no comportamento alimentar’, ‘significativos problemas de saúde’, ‘patologias que acometem os planos psíquico e somático’ e ‘patologias intimamente relacionadas por apresentarem alguns sintomas comuns relacionados com uma percepção da forma corporal distorcida da realidade’.

A partir do problema médico, assim colocado, são traçadas algumas soluções.

Para o clínico, são realmente problemas. Não há como discutir os agravos ao organismo causados pela forma de comportamento alimentar encontrada por estes pacientes. Neste sentido, são, potencialmente, problemas muito graves pelas alterações na fisiologia corporal. Mas os pacientes dão mostras de que a diminuição do apetite não está relacionada apenas à comida; o apetite também diminui em relação às relações sociais. Muitos pacientes se esquivam dos amigos, do convívio familiar, perdem o apetite de viver, entristecem-se. Isto também é um problema diante do culto atual do sucesso, do consumo como um direito, do culto ao bem-estar e à felicidade. São fatos que podem ser identificados por um médico durante uma anamnese simples.

Entretanto, a medicina, cujo carro-chefe nestes casos é o da psiquiatria seguido pelo restante da clínica, toma o fenômeno pela coisa. A ambição de explicar o quadro e de fornecer respostas leva a formulações muitas vezes estereotipadas e de abordagem muito simplista para um problema extremamente complexo e que, principalmente, tem a localização das conseqüências em seu campo, embora o real problema está além dele.

1.2. "NÃO SE TRATA DISSO"

“Vou mal fisicamente. Parei de comer, perdi o apetite, meus cabelos caem copiosamente. Não tenho vontade de nada. Acho que a única coisa boa é isto: não ter vontade de nada. Pois aqui nesta selva, a única resposta para tudo é “Não”. O melhor então é não querer nada, para pelo menos ficar livre de desejos.” (BETANCOURT, 2008, p.17, grifos nossos) Cartas à mãe direto do inferno, 2008.³³

Neste parágrafo, Betancourt descreve o que igualmente acontece com muitas anoréxicas: ela assumiu uma posição subjetiva diante da “selva” em que se encontra, e, assim, faz “desaparecer” seu desejo diante do outro que a ameaça, as FARC, para

³³ Ingrid Betancourt nasceu em 1961, em Bogotá (Colômbia), era congressista e candidata a presidência deste país, quando foi seqüestrada pelas FARC em 23 de fevereiro de 2002. Os últimos seis anos ela tem passado no meio da mata, vivendo como refém em condições precárias e hoje acredita-se que esteja com malária, leishmaniose e hepatite B. Betancourt é uma das mais importantes reféns que as FARC mantêm em cativo - faz parte do grupo de 40 prisioneiros políticos passíveis de troca por guerrilheiros presos pelo governo colombiano.

manter vivo seu desejo de continuar desejando. Pois, além de tudo, como testemunha um colega seu, também ex-congressista, que foi libertado em fevereiro de 2008, ela ainda nutre o desejo de, um dia, presidir seu país.

Na anorexia, não é apenas uma questão de não se alimentar, é uma questão de se alimentar de nada. Utilizando o escrito de Ingrid, percebemos que ela não diz ter perdido o apetite de comida; ela perdeu todo o apetite. Perante a “selva” em que se encontra, o que lhe resta, como estratégia de sobrevivência, não é não desejar nada, é *desejar nada*³⁴.

A anorexia, palavra que deriva do grego *orexis* (apetite), quando acrescida do prefixo *an* (privação, ausência) significa falta de apetite, mas como diz Ingrid, não se trata apenas do apetite pela comida. É uma questão entre a vida e a morte. Ela deseja nada como estratégia para se manter viva, não para morrer. É uma questão entre desejar, e ser engolida por este outro ameaçador - no caso de Ingrid, o ambiente terrorista onde se encontra -, ou nada desejar como forma de se manter viva.

Alguns casos de anorexia com o quais o médico é confrontado na clínica parecem muito com o padecimento de Ingrid: é uma luta pela sobrevivência de seu desejo – desejo de continuar desejando. O desejo, lembrando Heidegger, é a própria “essência de homem livre”.

A diferença entre Ingrid e os anoréxicos e bulímicos é que, enquanto Ingrid consegue dizer algo da selva em que se encontra, os pacientes, muitas vezes, nem se dão conta de suas selvas. Ela chama seu sofrimento de selva, no que sabemos haver um sentido literal e outro, metafórico. Ocorre que, ao serem nomeados anoréxicos ou bulímicos, este sofrimento, esta “selva”, que é absolutamente singular a cada um, fica parecido com o sofrimento de todos que sofrem do mesmo sintoma, dificultando a sua subjetivação. O indivíduo, então, já não teria um sofrimento singular, mas universal. Passam, assim, a identificar-se com as “selvas” dos anoréxicos ou dos bulímicos. Isto pode parecer, à

³⁴ Sobre o desejo de nada na anorexia vários textos podem ser consultados: RECALCATI, M. **Los dos “nada” de La anorexia**. In: Pliegos, ELP, Madrid, 2001, p.46. ANSERMET, F. **A recusa anoréxica**. In: Clínica da origem, Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003, p.186.

primeira vista, apaziguador, pois, ao menos esta “selva” terá um nome, especialistas que sabem tratar, medicações fornecidas pela indústria farmacêutica e os outros ao seu redor ficarão preocupados com o que faz em seu corpo. Muitos serão os desdobramentos da colocação do “sofrimento selva”, que, originalmente é subjetivo, em algo objetivo. Entretanto, tudo não passa de uma estratégia para nada querer saber sobre seu sofrimento e, conseqüentemente, sobre seu desejo. O problema que se apresenta é que este sofrimento não deixará de existir e não deixará de fazer estragos.

Caso o deslocamento do sofrimento psíquico para o corpo tenha sido recente, pode existir ainda uma boa chance de resgatar algo do sujeito do inconsciente que teima em se reduzir em um sujeito feito só de carne e ossos. Para que isso ocorra, é importante o manejo adequado pelos profissionais. Se o sintoma encontrado for reforçado em sua localização corporal pela abordagem profissional, ou se o tempo de sua duração for muito longo, o trabalho de fazer surgir o sujeito do inconsciente é dificultado. Isso porque o paciente se encontrar-se-á tão identificado com e fixado naquele sofrimento feito objeto, que passará a *ser* aquilo³⁵.

Diante deste “sofrimento selva”, o tratamento psicanalítico deve ter como orientação restituir o sujeito como exceção; este é o tratamento preliminar na psicanálise. Deve-se fazer surgir algo do sujeito do inconsciente, despontar algo do desejo.

Diante deste “sofrimento selva”, a medicina científica vem respondendo às várias “Ingrids” como se fossem as mesmas, tanto “Ingrids”, quanto selvas. A medicina, ancorada na ciência, exclui o desejo de seu campo. Responde, colocando-se numa posição de enfrentamento, como se o problema para Ingrid fosse a necessidade de se alimentar para não morrer. Com isso, “mata” o sujeito do inconsciente, que teima em sobreviver neste nada desejar como estratégia para defender seu desejo e se manter vivo.

Pode-se dizer que a medicina científica tem sido conivente com a estratégia do sujeito de escamotear seus impasses psíquicos colocando-os no corpo desta forma. O sujeito sempre tenta escamotear seus impasses psíquicos, isto é natural, é da estrutura do inconsciente. A diferença, no caso da anorexia e bulimia, é que esses impasses passam a

³⁵ Sobre isso vários artigos médicos e textos psicanalíticos concordam, quanto maior o tempo de duração da anorexia ou bulimia menores são as chances de “cura” (o conceito de cura deveria ser melhor debatido) para a medicina e de subjetivação para a psicanálise.

ser escamoteados no corpo, de forma a criar novos impasses que podem ser ainda piores e colocam em risco sua vida orgânica e social.

Este tipo de incompreensão pela medicina tem levado a resultados desastrosos, como a morte por inanição do paciente que, paradoxalmente, optou por conservar vivo o sujeito do inconsciente, mesmo que isso lhe custasse a morte ou a cronificação do sintoma, fixando-o e dificultando seu tratamento posterior.

1.2.1. Uma solução para o neurótico

O caso de Ingrid é paradigmático para explicar o que se passa na anorexia como uma das soluções para um sujeito de estrutura neurótica. Para a psicanálise, as estruturas psíquicas se dividem em neurose, psicose e perversão.

Pois, se para um médico, a anorexia e/ou uma bulimia são problemas, para o sujeito, elas podem ser uma solução.

PACIENTE 3.

Uma jovem com sintomas bulímicos, que haviam se iniciado há pouco tempo, pôde cessar tal prática apenas após perceber que não se tratava de um transtorno em seu comportamento alimentar, mas de um mal-estar psíquico que ganhava corpo através da bulimia.

Antes de iniciar esse comportamento, a adolescente relatava estar sentindo um enorme mal-estar, *“uma coisa ruim aqui dentro, um vazio que eu não sabia o que era”*. Este sofrimento vinha durando há algum tempo quando, certo dia, ao assistir a uma novela na televisão, chamou-lhe a atenção uma personagem, também adolescente, que desempenhava o papel de uma garota bulímica. *“Vi a garota na novela e pensei na hora: é a solução!”* Passou a vomitar e o mal-estar “passou”.

Pode-se considerar que o mal-estar não passou, ele apenas tomou corpo. Este mal-estar que a própria paciente admitia não ser físico, passou a sê-lo, recebeu um nome e pareceu apaziguar o sujeito, quando em realidade o apagou. Um mal-estar que podia tê-la levado a querer saber sobre ele, foi “resolvido” quando ela o identificou com um sintoma. Trata-se de um sintoma psíquico para a psicanálise, já que este sintoma bulimia representa a conexão entre o significante (a palavra) e o corpo (MILLER J.A,

1998, p.83). Mas também é um sintoma médico o comer muito, vomitar, perder eletrólitos etc. Para a medicina, ela fez um sintoma que será considerado *do* corpo, e, por ignorar sua conexão com o sujeito do inconsciente, vai tomar o fenômeno e responder a ele querendo extirpá-lo, já que ele traz conseqüências nefastas para o funcionamento fisiológico do organismo, como também por perturbar a ordem social.

Para a psicanálise, trata-se de um sintoma *no* corpo como a manifestação de um sujeito e não haverá sequer o desejo de removê-lo, já que ele representa algo importante para este sujeito. Se o sintoma for removido será como conseqüência do fato de o sujeito poder prescindir dele.

Entretanto, se a medicina considera o fenômeno como somente corporal, um médico pode estar advertido de que seja algo além do corpo orgânico e, com isso, abster-se de curá-lo rapidamente ou mesmo de removê-lo. Este médico pode deixar instalar um tempo para que possam, ele e o paciente, tentar compreender a que vem responder o sintoma, e, juntos, possam refletir porque, deliberadamente, o paciente começou a vomitar.

A identificação do mal-estar psíquico com o sintoma chamado bulimia apagou o sujeito do inconsciente. Para um mal-estar indefinido, sobre o qual ela necessitaria falar muitas coisas na tentativa de precisá-lo, já que não o sabia, ela encontrou uma definição pronta para identificá-lo e se identificar- bulimia. Sobre a bulimia, ela não precisa falar e, assim, passa a ser falada pelo sintoma. Ela não precisa querer saber sobre seu mal-estar originário. O sintoma já está descrito, com suas características estabelecidas em grupos de moças iguais a ela (pelos DSM-IV e CID-10), com tratamentos padronizados e médicos que sabem dizer sobre isso, os especialistas. Pode-se dizer que, inconscientemente, o doente optou por perder sua essência de homem livre para fazer parte da composição da técnica. No caso desta moça, a bulimia a levou a um serviço de saúde que lhe propôs o caminho contrário, por estar orientado pela psicanálise. Ela pôde, então, a partir de um espaço que lhe foi oferecido, fazer uma escolha e recolocar seu mal-estar psíquico em palavras e, assim, prescindir da bulimia. É importante salientar que um médico que se ofereça para, além do discurso científico, estar atento à escuta, o que não implica em ser afinado com os conceitos psicanalíticos, mas afinado com o lugar do médico em seu sentido original, também poderia deslocar os sintomas desta moça em particular, principalmente por serem tão agudos.

No entanto, quando um paciente, que se encontra neste estágio inicial, procura um serviço orientado exclusivamente pelo discurso científico, este caminho de volta

difícilmente se dá e o paciente pode se fixar de forma muito tenaz a esta identificação. O trabalho analítico posterior, quando possível, é muito mais difícil e demorado.

PACIENTE 4.

Um rapaz, em extremo sofrimento psíquico, iniciou um quadro de anorexia que se tornou grave. Nesta fase, ele dizia aos médicos: *“não fico satisfeito se não vejo o osso saltando”*. Os familiares e os médicos que o atenderam trataram seu problema como um transtorno alimentar, pois assim o rapaz se mostrava, e os médicos afeitos à medicina científica, que considera que *“o que é se vê e se conhece sempre”*, procederam como dita o protocolo. Foi internado e, seguindo as recomendações médicas, recuperou um pouco o peso. Extremamente angustiado, pois se sentia muito gordo, apesar de que, do ponto de vista estatístico, tinha o IMC ainda muito baixo, procurou outro médico se queixando de que tinha *“alguma coisa na minha barriga que não suporto!”*. Sem hesitar, este lhe prescreveu uma lavagem gástrica. Foi a partir daí que o rapaz aprendeu a ingerir muito líquido durante as refeições para vomitá-las. Um ano depois, procurou o NIAB. Ali, somente depois de muitos meses, conseguiu dizer: *“tenho uma estranheza, fico nervoso, começo a comer muito e tenho que vomitar.”* Colocou como uma forma de estranheza o que a paciente anterior sentira como uma coisa ruim. Este rapaz disse, quando pôde localizar sua estranheza em seus pensamentos e não no estômago: *“De vez em quando minha cabeça foge de mim e faço coisas que me arrependo”*. Ambos os pacientes referiam-se à falha entre o que sentiam e o que podiam expressar sobre isso, o que os levou a agir. A resolução do caso da paciente 1 foi mais rápida, a do paciente 2, muito mais demorada. No NIAB, temos casos em que a cronicidade do sintoma passa de décadas. Nestes, os resultados podem ser piores quando pensados em termos de cura médica, entretanto, sempre será um espaço aberto para o sujeito se localizar-se quanto ao seu desejo.

Os dois exemplos anteriores nos indicam que o que não é falado é atuado no corpo.

A paciente (1), já citada, que tinha o índice de massa corpórea (IMC) muito abaixo do que é considerado compatível com a vida, passou cerca de seis anos atuando, com a cumplicidade dos médicos que respondiam angustiados às suas demandas. O gozo, ao qual os médicos deveriam contar como existente, como se referia Lacan (AUBRY, 2004), estava presente de forma flagrante nas suas atuações frente aos médicos. Ela o expressou muito bem ao dizer, certa vez, que gostaria de sair de casa, conversar com as

peessoas, voltar a estudar, e, quem sabe, namorar. *“Mas casar não! Me comprometer? Isso não! Agora eu estou comprometida com minha doença.”* Havia a busca do gozo na repetição. O comprometimento com sua doença era a própria repetição sem fim deste gozo.

Após um longo e penoso trabalho, principalmente ambulatorial, que levou mais de três anos e envolveu muitos profissionais do NIAB, entre psicanalista, clínicos e psiquiatras, foi-lhe possível fazer um parêntese nesta repetição, introduzindo no lugar de puras atuações algo da palavra. Neste momento, após anos de labuta da equipe, ela foi internada por alguns dias, apesar de não haver nenhuma urgência clínica, muito menos psiquiátrica. É importante salientar que internações eram sempre sua incansável demanda, pois, assim, sentia-se vitoriosa reinando sobre todo o hospital com sua extrema gravidade clínica, desafiando a morte a todo momento. No entanto, desta vez, era uma urgência subjetiva, que foi bem encaminhada dentro da escuta analítica. Morava muito longe do centro de tratamento, eram precárias suas condições de locomoção, e ainda passava por um momento psíquico difícil, quando, então, começou a se dar conta de algo mais. Finalmente, conseguiu falar de algo doloroso em sua história relacionado com o propósito de sua anorexia: *“Agora estou mais tranqüila, ficar internada é ruim, mas estou aqui para pensar, para falar disso que dói. É uma dor aqui no peito, dói muito. É uma dor na alma. Antes era uma dor que ia pro corpo, agora a dor vai para a alma. Dói muito. Estou aqui porque quero sarar dessa dor na alma. Não existe remédio para isso, eu sei. O remédio é eu falar e se você puder me atender irei mais vezes consultar com você. Estou resolvida. Não existe remédio para esta dor na alma. Quando converso com você fico numa paz, parece que estou confessando. Quero me curar da alma.”*

Pouco tempo depois, ainda com dificuldades, mas podendo dar corpo ao seu sofrimento de outras maneiras, consentiu com o tratamento nutricional e entrou em acordo com os médicos. *“Eles (se referindo aos profissionais que a atendiam na sua derradeira internação, pois depois partiu para viver sua vida), eles acham que são eles que estão me fazendo ganhar peso. Mas sou eu quem estou deixando, entende? Não são eles. Eu quero, Beatriz, e estou tranqüila.”* O que possibilitou esta mudança passou pelo entendimento da equipe sobre a repetição de seu gozo, pela escuta do que havia, além de sua demanda incessante por cuidados médicos, e, principalmente, pela transferência que se estabeleceu.

É preciso salientar que o que tirou essa moça de seu estado gravíssimo foi um trabalho de equipe, no qual houve diálogo e o manejo da própria angústia entre os profissionais, durante todo o tempo. Contratempos, intrigas, medos, dúvidas, dificuldades, tudo isto faz parte do trabalho. Mas o desejo do analista (que não é o de ser analista) e a percepção da equipe de que não se tratava de um transtorno alimentar, aliados ao firme propósito da equipe, foram primordiais para o resultado.

PACIENTE 5.

Uma outra paciente, gravemente desnutrida, a ponto de necessitar de internação para cuidados médicos de seus parâmetros clínicos, enquanto era feito um trabalho concomitante no sentido de resgatar o sujeito do inconsciente, revela, logo após começar a se alimentar de forma adequada: *“antes eu tinha nada no estômago, agora tenho nada na cabeça”*. É disso que se trata: para se defender deste nada, deste sofrimento, deste impasse, ela o colocou no estômago, que passou de um nada para alguma coisa nomeada e reconhecida pela medicina. Quando pôde endereçá-lo a alguém capaz de escutá-la, foi capaz de poder falar sobre esse nada, tirá-lo do estômago e transformá-lo em palavras.

Estes pequeninos fragmentos falam da condução de casos a partir de uma escuta analítica, no que se chama psicanálise aplicada. Mas não se trata de psicanálise pura. A escuta analítica é a que vai pinçar, no emaranhado de fenômenos apresentados pelo indivíduo, o sujeito do inconsciente, ao colocar para ele um enigma.

Entretanto, qual teria sido o desenrolar de cada caso, se os médicos que atenderam cada um deles houvessem se posicionado a partir de um ponto de dúvida desde o primeiro atendimento? Se aquilo que o paciente trazia tivesse sido transformado, desde o início, em um ponto de enigma? Um enigma que o médico, ao invés de propor solução, tivesse devolvido ao sujeito, como no caso do médico do caso 4, que poderia ter perguntado ao paciente *“porque só se sente satisfeito com o osso saltando?”*, ou o outro que fez a lavagem gástrica, que poderia ter perguntado *“o que há de insuportável em seu estômago?”*. Obviamente poderiam surgir coisas inesperadas, mas o médico, a partir de seu lugar, estaria apontado ao sujeito que, do que ele se queixa, não se trata de um problema alimentar. O médico poderia deslocar o sofrimento do corpo, e, a partir daí, endereçá-lo a um profissional *“psi”*, caso necessário.

A partir do enigma, o paciente pode vir ou não a procurar uma análise para querer saber sobre isso. Muitas vezes esta escuta possibilita ao paciente a saída muito rápida de um quadro anoréxico ou bulímico, pois faz perceber a ele que o que mostra não é do que se trata. Muitos pacientes resolvem, através do encontro com um analista (o que significa alguém que ocupe este lugar e não alguém que assim se nomeie), ou mesmo com um médico sensível à escuta, resolvem um sintoma que lhes faz sofrer, mas nada querem saber sobre o enigma. São efeitos terapêuticos da psicanálise, muitas vezes tão rápidos quanto uma consulta. São pacientes que saem da anorexia ou bulimia e que farão outros sintomas, por vezes, menos mortíferos. Caso o sintoma que surja em substituição à anorexia ou bulimia não incomode os familiares, que poderiam exigir um tratamento por se sentirem incomodados, o sujeito poderá viver de forma a não ter nenhuma questão a endereçar a um analista, ou talvez, decida querer saber sobre isso algum dia. Para alguns poucos pacientes que saem de um quadro anoréxico e/ou bulímico, o enigma colocado é suficiente para que queiram saber dele e se disponham a um trabalho analítico; estes passarão de um trabalho de psicanálise aplicada para a psicanálise pura. Tudo isto é uma eleição que deve ser feita pelo sujeito, questionar-se ou não sobre seu sofrimento, e deve ser respeitada.

Em um diálogo entre medicina e psicanálise, um médico pode propiciar condições ao paciente para que a irrupção de seu sofrimento psíquico não se dê na forma de sintomas anoréxicos ou bulímicos, se tiver noção de que, no doente, há um sujeito do inconsciente com seu gozo e uma demanda que não equivale exatamente à sua necessidade. Ele deve também saber que, não só o psicanalista, mas ele também, estará envolvido na transferência, mesmo que se restrinja principalmente às questões clínicas.

1.2.2. Uma solução para o psicótico

Os sintomas alimentares podem entrar como uma solução, apesar de paradoxal, em qualquer estrutura psíquica – neurose, psicose ou perversão.

Na psicose, um sintoma alimentar pode ser a garantia de uma existência na sociedade, mas já não se trata da defesa de um desejo.

Na psicanálise, a forma paradigmática de desencadeamento de uma psicose é o caso do Presidente Schreber, descrito por Freud (1911) e retomado por Lacan (2002). De um desencadeamento clássico fazem parte os fenômenos elementares como as alucinações, os delírios, que não são exclusivos da psicose, mas indicadores. A partir do desencadeamento, a relação de mundo para aquele sujeito estará modificada de forma irreversível e, muitas vezes, ele é alijado de seu funcionamento usual na sociedade após aquele momento.

Entretanto, nos tempos pós-modernos, os desencadeamentos das psicoses vêm se dando também de outras formas, bem mais sutis, ou não se dão. Já há bastante literatura psicanalítica sobre o assunto³⁶. São formas que permitem aos sujeitos estabelecerem laços sociais sem que este diagnóstico seja sequer feito, por estarem bem adequados e equilibrados em meio ao que construíram em suas vidas. O caso paradigmático destas formas de psicose, diferentes da de Schreber, é o de James Joyce (1882-1941) (LACAN, 2007).

Assim, pode-se concluir que algumas anorexias e bulimias entram como solução para uma psicose que não se desencadeia, porque o paciente pôde se utilizar deste recurso como forma a evitar sua fragmentação psíquica. Este não é um recurso que funcione para a psicose de qualquer um; é muito singular. Em alguns casos, a psicose já se desencadeou e a anorexia é parte do indivíduo, uma invenção que, apesar de mortífera, foi a que encontrou para tentar enlaçar as instâncias psíquicas que se desenlaçaram.

Como dito, para certo indivíduo, estes sintomas podem estar tamponando um desencadeamento psicótico clássico. Ele vive, circula e trabalha normalmente na sociedade, porque possui uma anorexia ou bulimia que o sustenta, apesar de parecer paradoxal à razão humana. O médico deve saber disso, pois, nesses casos, cabe cuidar deste sintoma e não querer suprimi-lo. A tendência do médico será realmente a de suprimi-lo, pois seu discurso é o da cura. Caso ele assim o proceda, nesse tipo de paciente, poderá desencadear um quadro psicótico sem chance de retorno e com muitas dificuldades de reenlace social.

Como pode um médico saber que tipo de solução tem aquele sintoma para um paciente? Como saber se aquele paciente é neurótico ou psicótico?

Muitas vezes não há como saber. Talvez um médico orientado pela psicanálise tenha

³⁶ Uma sugestão de literatura é o livro de Miller, J.A. **La psicosis ordinária**. Buenos Aires: Paidós, 2005. 320p.

condições de suspeitar. O psicanalista pode levar tempo, até mesmo anos, para determinar com precisão a estrutura psíquica de sujeitos que se apresentam com os novos sintomas, pois, com o apagamento do sujeito do inconsciente, o trabalho fica mais difícil.

O importante é ter cautela.

O médico trabalha no sentido da extirpação de um sintoma; o psicanalista, não. O sintoma é o que o sujeito tem de mais precioso, como diz Lacan.

O médico deve continuar tratando os sintomas, como normalmente faz, mas não deve fazê-lo sem ao menos ter-se permitido uma reflexão sobre o que pode querer aquele que o procura, sobre o quer dizer aquele sujeito com seu sintoma. O diálogo com a psicanálise pode oferecer-lhe um tempo maior para a compreensão disto que traz o paciente, de forma a apaziguar seu temor de ser capaz de, por uma ação intempestiva, causar o desencadeamento de uma psicose.

1.2.3. O que é tratado

Em medicina, um doente chega ao médico com uma queixa de que algo não vai bem em seu corpo e demanda ao médico que o cure. Se a demanda que ele faz ao médico de fato corresponde ao seu desejo é outra história. O médico costuma tomar a demanda do paciente como correspondendo à sua necessidade.

Na psicanálise, em geral, um sujeito procura um analista com uma queixa e demanda, entre outras coisas, uma análise. Aqui também, nem sempre o que ele demanda é o que deseja. Ele traz sua queixa e seu sofrimento. Silvestre (1991, p.21-23) assinala a importância da distinção radical entre essa queixa e esse sofrimento:

“É radical porque oferece uma escolha ao analista: tratar a queixa ou questionar o sofrimento. Não é a mesma coisa: a queixa é uma palavra; o sofrimento uma paixão. Para o analista a diferença é de vulto.” (ibid., 1991, p.22, grifo nosso)

Na clínica do NIAB, podemos encontrar duas principais situações de demanda do sujeito neurótico e algumas saídas a partir dela.

Na primeira situação, um paciente procura tratamento sabendo que há psicanalistas na equipe ou, no mínimo, que é um serviço de profissionais “psi”. Ele tem uma queixa

(demanda) e a dirige a um analista. Esta era a forma convencional de procura por um tratamento psicanalítico há pouco menos de uma década, entretanto, é pouco frequente no NIAB. Nesta forma, o sujeito traz uma queixa e quer a cura de seu sofrimento, mas, paradoxalmente, pode não querer se separar dele. Nesta clínica, ele se queixa de um sofrimento e através da queixa o analista escuta o sintoma.

“O sintoma, o que capenga, também é o que se acrescenta ao sofrimento para fazer dele uma queixa e implica um endereço onde será decifrado. Sintoma que o sujeito porta, que *chateia os outros, contudo o próprio sujeito nada sofre*, o sujeito suporta o sofrimento num heroísmo estóico. *Quando ambos (sintoma e sofrimento) se juntam numa só pessoa isso pode produzir uma demanda de análise*. Temos então aqui uma visada possível da análise, uma visada “terapêutica”: trata-se de *deslocar o sintoma para separá-lo do sofrimento*. Este é o objetivo que assume o analista *quando escolhe tratar a queixa de seu paciente* – o que se chama em termos técnicos, analisar a demanda. O sintoma volta ao seu posto e pára de alimentar a queixa do sujeito. De que ele se queixaria?” (ibid., 1991, p.23, grifos nossos).

Esta visada terapêutica desloca o sintoma separando-o do sofrimento. Pode não resultar numa demanda de análise; pode resultar apenas na saída do sintoma anorexia ou bulimia. Como Silvestre diz acima, de que ele se queixaria? Transpondo isto para a relação de Betancourt com a selva, o sujeito já chega com alguma percepção de que se encontra encerrado em uma selva hostil, mas não está confortável com a solução anoréxica-bulímica encontrada. A partir do tratamento desta solução, Ingrid poderia escolher não mais perder o apetite, mas, por exemplo, “ficar” cega ou falar com as paredes. Ou escolher saber de que selva se trata para tentar encontrar uma saída.

Para que uma demanda de análise ocorra, é necessário que um sujeito se arrisque a questionar o sofrimento com o qual está identificado. Na visada terapêutica, trata-se a queixa; na visada propriamente analítica, questiona-se o sofrimento. São duas saídas possíveis que dependem também da manobra do analista, ou até mesmo de um médico advertido pela psicanálise; mas, dependem, fundamentalmente, do desejo daquele sujeito.

Na segunda situação, muito mais comum no NIAB, o paciente não procura médico, analista, não procura nada. Ou procura só um médico e já vai avisando que não gosta de “psicólogos”. Com a transformação de uma dor etérea em dor física e objetiva, pode até ser que aceite um médico. Mas pode ser que não aceite nem um médico e o que sinta é raiva de ser trazido ao médico por outros que estão incomodados com sua magreza, porque nem se sentem magros, mas gordos. Alguns são bastante agressivos com os profissionais, o que exige destes um desejo decidido de cuidar daquele paciente.

Então, o paciente é trazido por familiares, instituições de saúde, escolas, igrejas, de modo que alguma outra pessoa o traz. É a forma como vêm chegando em grande número aqueles que trazem consigo as novas formas de adoecer que desafiam a clínica, tanto médica, quanto “psi”. Esta nova clínica vem exigindo que os profissionais inventem novas formas de acolhimento e tratamento, pois se o sujeito não consente nem com seu sofrimento, de que ele se queixaria?

Nesta clínica, a manobra preliminar, que depende da transferência, é a de deslocar o sofrimento de volta para o paciente. Este foi colocado no corpo e se expressa pela angústia que está nos outros ao seu redor, e não no próprio paciente, que está numa situação ainda anterior ao paciente da primeira situação apresentada acima. Nesta, pelo menos, ele consente que sofre. Quando se consegue o deslocamento deste sofrimento, pode surgir uma queixa. A partir daí podem ocorrer duas saídas: na primeira, como o sintoma corporal deixa de existir, o sujeito desloca-o para outro lugar onde não faça questão e não haja sequer queixa. A visada terapêutica foi de deslocar o sofrimento, que era dos outros, para retorná-lo ao sujeito, deslocando-o de sua localização no corpo. São as anorexias que se curam e o paciente sai sem nenhuma queixa, o sintoma foi deslocado e o paciente volta a suportá-lo. A visada, neste caso, não foi tratar a queixa, nem questionar o sofrimento, apenas devolvê-lo ao sujeito, que nada quis saber a respeito disso. Separado o sintoma do sofrimento, de que ele se queixaria?

Na segunda saída, o sofrimento é deslocado dos outros para o sujeito, mas surge um desejo no sujeito de saber sobre seu sofrimento. Ele percebe que não é só uma questão do sintoma no corpo, dá-se conta de seu sofrimento e de seu sintoma, interroga-se sobre isso e pode fazer, então, uma queixa no sentido de uma demanda de análise. O que não implica na entrada em análise, mas é o primeiro passo.

Em suma, do que se trata, em todos os casos, é de um sofrimento.

Sufrimento ignorado pela técnica que, ao nomeá-lo transtorno, localiza-o nos outros, excluindo o sujeito de sua responsabilidade. Da palavra transtorno o sofrimento não faz parte, já que transtorno é definido como “situação que causa incômodo a outrem; situação imprevista e desfavorável, contrariedade, decepção; ou leve perturbação orgânica” (HOUAISS, 2001, p.2754). Para a medicina científica pós-moderna, o sofrimento não existe, pois, transformado em algo mensurável e avaliável, torna-se estatística. Assim transformado, pode ser então manipulado, deixa de ser *tychē*. Assim transformado, acredita-se que ele deixe de existir. O preço a ser pago não é que o sujeito ou a *tychē* deixem de existir, mas a perda de sua essência de homem livre.

1.3.O LUGAR DE UM MÉDICO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM ANOREXIA E/OU BULIMIA

Nada mais irresistível para um médico do que avançar no campo da *episteme* e também da *tychē*, e deste modo, tornar-se um médico completo. Isto não existe. A medicina científica moderna e pós-moderna deu e vem dando passos largos. São de grande valor os medicamentos, as intervenções cirúrgicas sofisticadas e um certo domínio sobre as doenças infecciosas. Não se trata aqui de difamar a medicina científica, e sim de refletir sobre o lugar que o médico vem tomando a partir dela. Não se trata também de promover um saudosismo que só poderia ser baseado na crença de que, anteriormente, tínhamos uma medicina melhor. Não. A medicina vem conquistando conhecimentos e avançando, e, neste sentido, tem-se tornado melhor. O uso que fazemos dela ou o lugar a partir do qual nos colocamos para sermos usados por ela é que se pretende colocar em discussão.

Deseja-se aqui colocar alguns questionamentos sobre como vem se dando o avanço médico, no ilimitado da técnica e com a exclusão do sujeito do inconsciente que há no médico e no doente, a partir dos impasses encontrados na clínica da anorexia e bulimia. No ilimitado da técnica, “o que é se vê e se conhece sempre”, “as realidades são produzidas pelos nomes” (GOUREVITH, 1994, p.138), ou “o verdadeiro corre o perigo de se retirar do correto” (HEIDEGGER, 2007, p.29).

Para o atendimento de pacientes com anorexia e/ou bulimia, é necessário mais de um campo do saber onde cada um deve assumir seu lugar e seu limite com o paciente. Apesar de se reconhecer a existência desses limites entre os campos de saber o que se advoga aqui é que não sejam tão rígidos e inflexíveis. Trata-se de reconhecer que a divisão entre as disciplinas é um mero artifício intelectual do homem para conseguir formar saberes sobre o Homem. Se foi necessário dividi-lo, o foi para melhor saber sobre ele, como defendeu Descartes. O perigo ao qual se referiu Heidegger vem ocorrendo: a ciência acredita que tem a verdade sobre o homem e, por aí, o verdadeiro se retira do correto. Porque o paradigma científico não é a verdade, mas uma verdade vitoriosa, hegemônica, infelizmente considerada como a correta. O verdadeiro é que o homem seja parte do Homem. Sobre o universo, já o demonstram Einstein, Heisenberg, Bohr, Prygogine, Godël, sempre haverá um ponto sobre o qual não se

pode saber, no qual se alojam as relatividades, as incertezas, os desequilíbrios, as indecisões e as incompletudes. O que fazem os médicos, que criam sua medicina a partir de sua imersão na composição da técnica e crêem haver na ciência a verdade sobre seu objeto?

Um médico clínico que se disponha a atender um paciente com anorexia ou bulimia tem um conhecimento sobre as características comuns de seus pacientes, pois, apesar dele precisar considerá-los um a um, algumas características se repetem. Alguns achados, tanto de comportamento quanto sinais e sintomas clínicos, são mais encontrados nos pacientes que se apresentam com sintomas de anorexia, outros, nos pacientes com bulimia. O médico conta com isso para seu raciocínio clínico. O próprio Lasègue, após atender algumas pacientes, já não tinha dúvidas quanto ao diagnóstico das outras formas que surgiram. Isto é importante, norteia o trabalho do médico, possibilita a formação da experiência clínica e a sua transmissão. Mas não é tudo diante de um novo paciente, pois ele deve estar aberto às surpresas, e não procurar eliminá-las. A surpresa, aquele doente único sempre a trará.

O trabalho do médico será de cuidar para que o paciente não morra. Este é o seu lugar: impedir a morte daquele doente por desnutrição ou desequilíbrios hidroeletrólíticos, ou por outras causas ligadas ao quadro alimentar, mas sabendo que o que ele trata é muito mais do que um organismo. É o lugar também de indicar uma internação e o apoio nutricional, quando necessários. Mas um médico não deve querer curar seu paciente; a cura não está na alimentação ou no ganho de peso, porque esta não é uma causa, é uma consequência. Como curar uma causa agindo na consequência? O que ele pode obter é uma ilusão de cura e o problema poderá se manifestar posteriormente de outra forma, talvez pior.

Nesse trabalho de cuidar, ele não poderá se esquivar da transferência, não pode pensar que, por ser considerado um problema de causa psíquica, basta cuidar do corpo e enviar a cabeça para um psicanalista ou outro profissional “psi”. O médico estará sempre incluído, mormente nos casos mais graves. Ele deve saber se situar a partir da demanda do doente e da transferência, mesmo porque alguns pacientes recusam-se a procurar um profissional “psi”, ainda que o médico lhe faça mais esta “prescrição”.

O encaminhamento a um psicanalista deve ser feito após determinado tempo, muito variável, durante o qual a transferência vá se estabelecendo e o médico, assim, possa colocar questões para o sujeito, que o remetam a querer saber sobre isso. Para tanto, esse médico precisará deixar algo vazio, sem respostas, sem objetos da ciência. E, para

deixar esse vazio, ele próprio precisa suportar que algo falte, que fique incompleto, menos eficiente, menos garantido. Esta é toda a dificuldade na atualidade do ilimitado da técnica. Para tratar esse vazio, também do médico, que seria salutar em se manifestar, a medicina científica apressa-se em preenchê-lo. Mas um médico pode optar por conservar sua “essência de homem livre” e, deste modo, assim proporcionar a opção, ao doente que ele atende, de poder manifestar sua dor de viver de formas menos corporais, a opção de poder fazer com sua dor de viver algum laço social que lhe seja menos maléfico.

Ao atuar desta forma, um médico clínico pode auxiliar muito e será responsável por manter a vida do paciente enquanto a causa pode ser tratada, um sofrimento do sujeito que se manifestou no corpo. E principalmente, o médico deve cuidar para que não morra nem o corpo do paciente, nem o sujeito do inconsciente que há nele.

Um psiquiatra tem importante lugar com as medicações ou outras intervenções dentro de seu campo. Muitas vezes, os pacientes necessitam de contenções medicamentosas, que serão benéficas, se consideradas caso a caso. A medicação precisa ser situada dentro de certo cálculo clínico. Não é possível programar um protocolo, com um *para todo anoréxico...*, ou *para todos aqueles com IMC abaixo de ...*, ou *para quem tem o íon potássio menor que...*

Um médico, seja clínico, seja psiquiatra, precisa saber como a medicação vai entrar na relação entre ele e o doente. Como observa Balint,

“a droga mais freqüentemente utilizada na clínica geral é o próprio médico, isto é, que não apenas importam o frasco de remédio ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferece ao paciente – em suma, toda a atmosfera na qual a substância é administrada e recebida.”
(BALINT, 1975, p.5)

Balint referia-se ao mesmo artifício relatado por Hipócrates, para quem “os medicamentos curariam a *tychē*, mas para terem utilidade estes deveriam ser administrados com a ajuda da *tychē*” (EDELSTEIN, 1987, p.107). Para terem utilidade, deveriam incluir algo do médico e do doente, o que inclui a transferência, o manejo da demanda pelo médico e a presença do gozo no corpo do doente. No entanto, Balint cometeu um equívoco que foi o responsável pelo insucesso de seu projeto³⁷. Era um

³⁷ O grupo Balint, encabeçado por Michael Balint, foi formado por 14 clínicos gerais e um por um psiquiatra, que, nos anos 50, levaram adiante um projeto de atendimento diferenciado em Londres. Balint defendia que, se os grandes médicos de todos os tempos foram agudos

médico bem intencionado que trouxe importantes contribuições para a medicina, mas, ao incluir algo do médico em seus atendimentos, fê-lo de forma despreparada, o que trouxe à cena a contra-transferência. Suas contribuições serviram de alerta para a necessidade de os médicos estarem atentos à subjetividade de seus pacientes, mas também demonstraram que isso não pode ser feito utilizando-se apenas as ferramentas da medicina ou da psicologia. Como exposto anteriormente, ambos os campos lidam com o corpo morto, um corpo que sofre as conseqüências de um gozo que eles (os campos) desconhecem. Se Balint levou em consideração as questões relativas às demandas dos pacientes e à transferência, não tinha noção do gozo vivo sob o corpo. Ele entrou em um terreno perigoso com as ferramentas que tinha em mãos, mas insuficientes, as ferramentas da medicina.

Trazendo um grande avanço para as questões sobre o uso do medicamento, que incluem mais do que o modo como o médico o oferece ao paciente, Laurent lembra um aforismo taoísta que nos diz “que quando lhe mostramos a lua com o dedo, o simplório olha o dedo” (LAURENT, 2002, p.34). O medicamento deve ser interpretado sob amplos aspectos. Ele tem um aspecto epistêmico, mas também há o aspecto libidinal, por onde exerce suas funções na erótica do corpo. Neste último, é onde a medicina se atrapalha. “Todo medicamento é inseparável de uma ação subjetiva” (LAURENT, 2002, p.28). A medicina evita saber que todo medicamento é inseparável de uma ação subjetiva. Quem capta esta subjetividade é a indústria do marketing que, espertamente, nomeia-os como Concerta® (indicado para hiperatividade), Alivium® (indicado para cefaléias), etc. Estes são apenas alguns exemplos, mas qualquer medicamento deve ser considerado em sua vertente bioquímica, como também na vertente de seu significado para o paciente (ignorado tanto pelo médico quanto pelo próprio paciente), e nos efeitos que ele acredita que trará para o seu corpo. Este significado também alcança tanto o nome do medicamento, quanto àquilo que o paciente pensa que o médico espera dele ao prescrevê-lo, mas também o que o médico pensa que o paciente pensa que ele pensa sobre a medicação.

A prescrição de medicamentos para pacientes com anorexia pode ser complicada, pois são pacientes que se recusam a ingerir o que vem do outro, enquanto os pacientes com

observadores das emoções humanas, os médicos comuns precisavam desenvolver essa capacidade. Seu livro, já com inúmeras reedições, trata de parte desta pesquisa desenvolvida por ele, onde os médicos de seu grupo relatam atendimentos de pacientes diante desta perspectiva de inclusão do “psicológico” do paciente no atendimento médico.

bulimia podem ingeri-los, mas para depois rejeitá-los. Por mais que um clínico saiba que aquele paciente necessitaria de um medicamento específico, isso não pode ser feito de forma automática como preconiza a técnica, excluindo-se o sujeito. Se o médico se coloca no lugar de representante da ciência, ele irá excluir o sujeito que há no doente, e será grande a chance de o paciente fazer com o medicamento o que faz com a comida.

Por isso, é importante que o médico tenha antes refletido para quem ele prescreve. Ele prescreve o medicamento para aplacar sua angústia ou para tratar algo no doente? Algo que pode ser também a angústia do doente e não uma deficiência vitamínica, por exemplo. Muitas vezes o medicamento entra para aplacar a angústia do médico de nada poder fazer e será um medicamento prescrito ao doente, mas para tratar dele próprio. Um médico não vai ficar vendo o paciente morrer, ele quer tirá-lo de sua condição de doente, este é seu lugar, importante e essencial, que deve incluir o julgamento do profissional e não o ilimitado da técnica. Ele deve saber como manejar os medicamentos que porventura se façam necessários, seja a prescrição de nutrição parenteral, ou um simples soro de hidratação oral, até algumas vitaminas, sintomáticos ou medicações psiquiátricas. Mas deve, principalmente, saber manejá-los e não ser manejado pelos fármacos ou por aqueles que o demandam.

O caso mais emblemático do tratamento desta angústia própria do médico verifica-se no tratamento da amenorréia e também no tratamento psiquiátrico.

Sabe-se, através de estudos clínicos bem conduzidos, que, após seis meses de amenorréia, inicia-se o processo de osteopenia, perda óssea progressiva de cálcio, podendo levar à osteoporose em idade muito precoce, o que é uma situação grave (MILLER K.K., 2006; AUDÍ, 2002; DIAMANTI, 2007; STONE, 2006). Sabe-se também que não tem efeito a prescrição de cálcio exógeno e/ou a prescrição de anticoncepcionais ou de testosterona, no caso dos homens, para elevar os níveis dos hormônios sexuais. Ainda assim, são medicamentos muito prescritos para tratar a amenorréia na anorexia. Se não há efeito no mecanismo da osteopenia ou osteoporose, que continuará a progredir, podemos depreender de sua prescrição, a grosso modo, pelo menos dois efeitos.

O primeiro deles é que o médico pode acreditar estar tratando algo que não passa de sua angústia; o segundo é que o doente pode acreditar ter tratada sua osteopenia e/ou osteoporose, quando isso, na verdade, não acontece. São efeitos que não descritos pela farmacologia, pelos estudos relatados em artigos, pela MBE. Não são relatados, mas são possíveis de existir. Aquilo que poderia ser fonte de angústia para o paciente, o risco de

osteoporose muito precoce, e que, se conservado (já que a medicação farmacológica não tem efeitos comprovados), talvez pudesse possibilitar a emergência de algum desejo de melhora por parte do paciente, fica mascarado.

Para a prescrição da medicação psiquiátrica, um médico também necessita de tempo para compreender em que lugar vai entrar o medicamento a ser prescrito vai entrar. Um médico deve prescrever a partir da interpretação da demanda daquele paciente único, e para isso ele precisa pensar de que se trata a demanda do doente. Resulta daí que o segundo efeito da medicação não-calculada no sujeito pode ser a prescrição psiquiátrica, que ocupa o lugar de fazer calar o sujeito do inconsciente que há no doente.

Isto seria a consequência da prescrição de medicações indicadas pelo médico para curar ou melhorar a anorexia ou bulimia. Efeito diferente ocorreria se o médico indicasse ao paciente que a medicação não cura, mas que pode ajudá-lo a suportar a emergência da angústia, da depressão, de alguma compulsão. Ajudar no tratamento de seu sofrimento, para que o sujeito possa suportá-lo até que consiga expressá-lo em palavras. Um mesmo medicamento pode ter esse dois efeitos – calar o sujeito do inconsciente quando oferecido como o tratamento, ou propiciar a expressão em palavras deste sujeito, quando oferecido como coadjuvante.

Por mais que um médico conheça toda a farmacodinâmica e a farmacocinética dos medicamentos, sua ação vai muito mais além de suas propriedades físico-químicas. Por isso, o médico deve saber, além do que ele medica, algo sobre quem ele medica. Se ele medica sua própria angústia através do ato de medicar o doente, qual o efeito que isto terá?

Dentro dos limites de cada um, um psicanalista também deve lembrar-se que seu paciente pode necessitar de cuidados médicos, muitas vezes imediatos. Ele deve estar atento ao risco de tratar do sujeito do inconsciente, enquanto deixa morrer seu corpo biológico. Já tive oportunidade de atender alguns pacientes, que se encontravam em tratamento psicanalítico há meses e que, ao chegarem para a consulta médica, estavam no limite entre a vida e a morte. O problema a ser introduzido é que, em sua maioria, a indicação da consulta não havia sido dada pelo psicanalista ou pelo psicólogo que os atendia, ou, caso houvesse sido, não havia sido colocada nenhuma ênfase na urgência orgânica.

Estas são algumas das dificuldades no trato com estes pacientes, pois o modo de adoecer convoca mais de uma disciplina, trazendo angústia aos profissionais.

Por estas razões, é que há a necessidade, como é consenso na literatura, de tratamento por uma equipe interdisciplinar.

Contudo, casos muito leves, principalmente aqueles em seu início, podem ser bem conduzidos apenas por um médico atento e advertido, pois geralmente estes são os primeiros profissionais que os familiares e os pacientes procuram. Advertido, esse médico saberá que estará tratando de um sofrimento psíquico que se alojou no corpo e, por isso, será importante não nomeá-lo.

Mas todos demandarão uma nomeação, inclusive o doente: “De que se trata doutor? É anorexia? É bulimia?”. Advertido, ele deixará em aberto a nomeação para que o doente possa nomear este sofrimento de outra forma, de sua forma, e não esperar que seja nomeado por outro de forma científica. Advertido, ele saberá não se tratar de um problema alimentar, e sim de algo que o doente utiliza como forma de evitar seu sofrimento psíquico. Manifesta-o, fazendo um curto-circuito no corpo, uma forma de não saber dele. Deste modo, este médico não entrará no mesmo discurso da família, obrigando o doente a comer ou a parar com as práticas bulímicas. Este médico procurará saber do doente o que o leva a agir assim. Advertido, ele pode questionar o paciente sobre esta tentativa de não se haver com um sofrimento, dando chances ao sujeito do inconsciente de se manifestar. Muitas vezes isto já desloca o sofrimento para seu devido lugar e, aí então, este médico poderá fazer um encaminhamento a um psicanalista com probabilidade de maior sucesso.

Advertido, este médico saberá que, se ele pode manejar casos mais leves e iniciais isoladamente, prescindindo de uma equipe, pode não ser o caso com pacientes mais graves ou de maior duração, em que a nomeação fixa o sofrimento do doente em seu corpo de forma tão tenaz que torna o tratamento muito mais difícil. Este médico estará, principalmente, advertido sobre seus limites.

Ainda advertido, este médico saberá se colocar em seu lugar, lugar de médico e não de psicanalista. Pois ele, advertido como é, sabe fazer uso da transferência, atua no doente a partir da demanda, e considera que no doente há um gozo vivo em jogo que inclui o corpo morto. Também sabe que isto não faz dele um psicanalista, que psicanálise e medicina são discursos paralelos, ambos têm seus limites, ambos são campos importantes do saber e que não se trata de dizer qual deva ser privilegiado. Os discursos devem circular, isto é importante. Este médico será capaz de deixar aberto um espaço, um tempo de espera, um vazio de resposta e poderá colocar questões, tanto para si

mesmo quanto para o paciente e seus familiares, já que “questionar é a piedade do pensamento” (HEIDEGGER, 2007, p.38).

Esta era a essência da *technē* grega, quando a arte era parte da medicina. Como enfatizado na parte I deste trabalho, onde é discutido o conceito de *technē*, haviam dois pólos neste “saber fazer de forma eficaz”: um pólo ligado ao saber e outro ao não-saber. O primeiro tinha relação com o saber sobre o particular, fruto da experiência, mas também com o saber universal, fruto da *episteme* – saber formal, puro. O segundo pólo estava ligado àquilo de que não era possível saber e era essencial ao julgamento do *technai*, o possuidor da *technē*. Como já abordado anteriormente, a experiência, que se somava ao saber teórico, está sendo mutilada pela medicina pós-moderna, impossibilitando o médico de formar seu julgamento particular. Por aí, ele vem perdendo sua “essência de homem livre”.

1.4. CONSEQUÊNCIAS DO DIÁLOGO COM A PSICANÁLISE SOB O LUGAR DO MÉDICO

O NIAB é um grupo heterogêneo, com profissionais de campos diversos como medicina, psicanálise, nutrição e que já desenvolveu trabalhos com a odontologia e a fonoaudiologia. O molde para o trabalho realizado pelos profissionais do NIAB dá-se em torno do referencial da psicanálise lacaniana, para a psicanálise aplicada, ou seja, sua aplicação clínica. No entanto, não é um grupo de psicanálise, mas um grupo que prioriza o diálogo com esta. Os atendimentos e estudos dão-se em torno do que o psicanalista Viganó (1999) chama de “construção do caso clínico”. É um dispositivo onde os lugares de cada campo estão delimitados, mas existe uma interlocução entre os diversos campos do saber. Esta interlocução faz surgir, não a completude do saber, como pode parecer à primeira vista, mas a incompletude. Ela faz surgir um lugar vazio de onde o doente poderá colocar perguntas como: “O que faço aqui?” “Do que sofro?” “O que quero com essa anorexia ou bulimia?”. Não se trata de “um vazio de assistência, mas um vazio de saber, enquanto preliminar à entrada, não obrigatória, no discurso do analista” (VIGANÓ, 1999).

Como já adiantamos, a entrada no dispositivo analítico poderá verificar-se ou não, não é obrigatória, depende muito mais do desejo desse sujeito. Mesmo que ele nada queira saber sobre isso, o grave sintoma anorexia ou bulimia pode ser deslocado para outro, menos mortífero, a partir da construção do caso clínico.

Temos observado na clínica do NIAB que, em alguns pacientes, a interpretação analítica não tem efeito, como tinha na psicanálise há tempos atrás. Os tempos mudaram, os doentes mudaram, os médicos mudaram, os analistas também. A equipe interdisciplinar, posicionando-se a partir da construção do caso, nas discussões em grupo, proporciona em alguns casos mais difíceis a saída através da transferência, do manejo da demanda e do manejo do modo de gozar daquele paciente.

Algumas críticas à psicanálise baseiam-se numa afirmação de Freud:

“A psicanálise não deve ser tentada quando se quer a rápida remoção de sintomas perigosos, com, por exemplo, num caso de anorexia nervosa.”
(FREUD, 1905, p.250)

Entretanto, no nosso entendimento, o encontro com o discurso do analista, ou seja, a psicanálise aplicada, é possível desde o primeiro momento, mesmo nos casos muito graves. Claro que num primeiro momento o médico clínico terá seu lugar mais reforçado, trata-se de salvar a vida do paciente, pois não se trata de um vazio de assistência. Mas este clínico terá reduzida sua angústia através da construção do caso clínico junto à equipe, o que é essencial para o sucesso do tratamento como um todo. Além disso, é possível trabalhar, com menor risco de desenvolvimento de fenômenos como a síndrome de *burnout*³⁸. Esta síndrome psiquiátrica é relacionada a fenômenos de estresse e depressão em profissionais que lidam com situações angustiantes. Encontra-se bastante literatura a este respeito, com relatos de casos em profissionais dos serviços de terapia intensiva e unidades de oncologia, assim como nos serviços de cirurgia e psiquiatria. Em relação às equipes interdisciplinares para tratamento de transtornos alimentares ainda não há literatura sobre o assunto, mas já há relatos em congressos sobre manifestações desta síndrome nas equipes destes profissionais³⁹.

Nossa experiência nos mostra que a “rápida remoção” de uma anorexia ou bulimia é

³⁸ Referências a esta síndrome já foram mencionadas na página 110 deste trabalho

³⁹ Informação verbal durante a palestra “Reduzindo resistências e recaídas dos pacientes e exaustão emocional (*burnout*) do terapeuta no tratamento de anorexia nervosa”, proferida pela Dra. Maria Angélica Nunes, doutora em psiquiatria, coordenadora do Grupo de Estudos e Assistência em Transtornos Alimentares (GEATA-RS). XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Florianópolis, 2002.

inversamente proporcional à vontade do médico. Quanto mais ele se colocar com seu *furor curandi*, mais dificuldades encontrará com o paciente.

Considerar o ganho de peso, por si só, não tem significado, exceto se for consequência da colocação do sofrimento psíquico sob outra forma. Ao dar outro corpo ao sofrimento, a melhora clínica será consequência para aquele paciente.

O médico tem um lugar crucial no atendimento de pacientes anoréxicos e bulímicos, não há como se furtar a este lugar, por exemplo, encaminhando o paciente a outro profissional. As novas formas de adoecer refletem os impasses do homem contemporâneo e já se prevê que estas serão as causas dos grandes problemas de saúde em um futuro próximo. O endereçamento do sofrimento psíquico ao corpo faz com que procurem, primeiro, o médico. Dependendo do lugar que ocupa, de representante da ciência e do ilimitado da técnica que não deixa furos, ou um lugar onde o inesperado tenha vez, ele terá mais ou menos sucesso em ser um bom médico, assim como mais ou menos angústia.

Mas isto também dependerá de seu desejo.

PARTE V

**O lugar do médico na
medicina pós-moderna**

Capítulo 1. Haveria ainda um lugar para chamar de seu?

"O perigo não é livrar os nossos sentimentos da ciência, é de livrar a ciência dos nossos sentimentos". Heidegger

No debate travado durante a mesa redonda no Colégio de Medicina, na França, em 1966, Lacan já questionava a sobrevivência do lugar do médico (AUBRY, 2004, p.243-272). Falava do lugar do médico, não da medicina, pois não podemos falar sobre um desaparecimento da medicina; a medicina não corre risco. Ele relacionava o lugar do sujeito (pessoa) médico, que é um lugar da preocupação de cura de seu paciente e também da preocupação em ser um bom médico, com um espaço onde fosse possível a operação da transferência e o manejo da demanda do paciente. Tanto a transferência, quanto o manejo da demanda, sempre estiveram envolvidos na relação existente entre médicos e doentes, desde a época hipocrática. A forma como o médico atua é que mudou. Se até a Idade Média, algo se interpunha entre os dois, misterioso e velado, sobre o qual não era possível um discurso, a partir do Renascimento isto se quebrou. A ciência e a técnica, que já vinham traçando lentamente seu caminho desde Hipócrates, vieram avançando de forma progressivamente mais veloz, de forma a alterar toda a estrutura da tríade doente, médico, doença.

O que Lacan tentou resgatar naquela mesa redonda foi o lugar do enigma, de algo que se interponha entre o doente e o médico. Este algo, inventado por Freud para dar conta do que não pode ser nomeado, este enigma, foi o sujeito do inconsciente. Freud criou um outro discurso, o discurso do analista onde o lugar privilegiado é o do enigma. Ele iniciou uma construção teórica, continuada por Lacan, para que fosse possível operar com o sujeito do inconsciente, e não construir um saber sobre ele.

Lacan chamava a atenção para o sujeito do inconsciente que há no doente. A posição médica propriamente dita estaria ligada ao lugar que o médico iria assumir nesta relação com seu paciente, que inclui um gozo vivo sobre o corpo, e em como ele iria operar com a transferência e a demanda numa época em que a ciência vinha avançando de

forma ilimitada. De forma alguma ele queria dizer que deveriam ser todos analistas, longe disso. Mesmo porque se há o sujeito do inconsciente no doente, o há também no médico, e nada mais nefasto, tanto ao paciente, quanto ao próprio médico, este acreditar que, para ser um bom médico, necessita dominar aquilo que ele julga serem as técnicas analíticas. O médico deve ser médico, não pretender ser um psicanalista, o devir de um psicanalista não passa pela vontade de sê-lo.

Lacan também chamou a atenção para o risco da perda da essência de homem livre, a perda dos limites do que faz do ser humano o que ele é.

Em um texto recente, Leguil, psicanalista, traz algumas questões inquietantes sobre este assunto (LEGUIL, 2006). Ele lembra que Freud, no início de sua carreira, já alertava para o fato de que os médicos confundiam a clínica com a ciência. Freud gostava de citar uma frase de seu mestre, Charcot, quando lhe assinalavam que a tal paralisia histérica era muito barroca e que não correspondia ao que os livros de medicina descreviam. Charcot dizia: “isso não a impede de existir”. Podemos dizer que Charcot também acreditava que era “um absurdo pensar que as realidades são produzidas pelos nomes”, como afirmava Hipócrates no tratado *Arte* (GOUREVITCH, 1994, p.184). Freud reprovava a identificação da medicina com a ciência, pois já pensava que a clínica sem transferência seria mutilada.

De acordo com Leguil (2006), no fim de sua vida Freud fez um pronunciamento de que os médicos não deveriam se interessar muito pela terapêutica, pelo risco de perderem o acesso ao valor científico de seu trabalho. Ele considerava que, ao identificar-se completamente com os métodos científicos, a medicina privar-se-ia de um poder de ação importante, amputando, de sua clínica, tudo aquilo que não responde a explicação da ciência.

Mais ainda, Canguilhem demonstra que Claude Bernard, no século XVII, afirmava “que a medicina era *a* medicina terapêutica” (LEGUIL, 2007, p.10).

E a medicina científica, o que é?, pergunta Leguil. “A terapêutica que é identificável hoje em dia é a da técnica científica, é algo que não conhece limites”, responde ele (ibid, 2007, p.13). O tempo de espera, da observação expectante, do estabelecimento da entidade mórbida, não existe mais. Deve-se e pode-se intervir rapidamente, a temporalidade que fazia a clínica anteceder à terapêutica desapareceu. “A terapêutica intervém imediatamente e cobre completamente os tempos da clínica” (ibid., 2007, p.14).

O que isso traduz? Que “o médico se encontra preso numa posição onde a cada vez que ele trata, não é ele quem trata, é a ciência que opera” (ibid., 2007, p.16).

Na medicina da era pós-moderna, quando o homem é pró-cinético, como o qualifica Lipovetisky (2005, p.85), onde há uma forte demanda pela pressa e pelo direito ao consumo, o médico, alijado do tempo para compreender a demanda do paciente que o procura, tende a responder rapidamente com a terapêutica, lugar de excelência da técnica. Não há espaço para dúvidas, hesitações. Este espaço foi substituído pelas respostas *prêt-à-porter* da técnica, dos protocolos, dos *guidelines*, da medicina baseada em evidências na tentativa de evitar o engano.

Outra conseqüência grave do domínio da técnica através da terapêutica é a pulverização da transferência que se estabelece entre um doente e o médico. Como afirma Freud, a clínica sem transferência seria mutilada. Como ensinava Hipócrates, a transferência passa também pela postura, pela atitude e pelo lugar que o médico ocupa diante do paciente. A psicanálise explica que ela se relaciona intimamente à suposição de saber que o doente deposita em seu médico. Um médico que, ao reunir seu saber teórico e sua experiência, “sabe fazer de forma eficaz” ancorado em julgamento para cada caso especial. Mas por onde passa a transferência hoje?

Hoje é uma relação que se passa entre a ação da ciência e a doença – o homem que havia na tríade – doente, médico, doença – está apagado, perdeu sua “essência de homem livre”, mas não está ausente. Seriam as novas formas de adoecer também suas expressões? E as respostas fornecidas pela medicina científica, índices tanto da supremacia da técnica quanto da agonia da sobrevivência do médico enquanto tal?

Capítulo 2. Os limites da medicina e de um médico

Edelstein (1987, p.360), em seu livro *Ancient Medicine*, delinea os limites da medicina traçados pelos filósofos na antiguidade, já abordados na parte I desta tese, mas ficou a pergunta: o que definiria o comportamento de um médico dentro desses limites?

Devemos, à semelhança do que fez Edelstein, delimitar quais seriam os limites de cada um, medicina e médico, pois são diferentes.

Podemos dizer, como afirma Leguil (2007, p.15), que os limites da medicina científica são econômicos. Isto pode ser exemplificado através da discussão travada anteriormente em torno do tratamento para a anorexia e bulimia em meados do século XX, o qual seguia a linha de correção moral do fim do século XVIII. Ele incluía a internação prolongada para a maioria dos casos. Atualmente, foram promovidas mudanças, de forma que os tratamentos sejam preferivelmente ambulatoriais. A justificativa é, antes de tudo, econômica, como atestam alguns artigos. São pacientes demais para internações prolongadas demais. Os gastos, a eficácia, a produção, o custo-benefício, tudo isto é avaliado⁴⁰. Tal opção pelo tratamento ambulatorial não passou pelas questões do doente, mas pelos custos de sua doença.

A ciência tem dado à medicina recursos nunca antes imaginados, mas os limites que a medicina dá a esses recursos que lhe são oferecidos, podemos dizer que sejam éticos? Não. São econômicos, ligados à técnica; a medicina não tem nenhuma inibição quanto a isso. Os limites da técnica são, essencialmente, econômicos.

“A medicina é a ciência dos limites, dos métodos que as outras ciências gostariam de lhe dar, então a medicina seria o lugar onde efetivamente poder-se-ia encontrar os limites dos métodos que a ciência inventa. Nós vemos bem que esse não é o caso, que a esperança do filósofo, que era também de formação médica, não se realizou.” (CANGUILHEM, in: LEGUIL, 2006, p.14)

Leguil cita um médico, o professor Didier Sicard, que escreve em 1999: “não há nada no saber médico científico que forneça uma orientação ética, não há virtude ética na posição científica do médico” (SICARD, 1999).

“É necessário que o médico procure os marcos éticos *fora daquilo que define a própria estrutura de seu saber*. Vê-se bem que os únicos limites que haverá efetivamente aos meios que a ciência fornece à medicina, são os limites financeiros.” (Leguil, 2007, p.15, grifos nossos)

Com a supremacia da técnica, o sujeito que há no doente fica excluído, mas não deixa de se manifestar, adoece de outras formas, formas às quais a ciência não tem dado conta de tratar.

⁴⁰ Sobre a questão dos custos e consumo de serviços no tratamento dos transtornos alimentares há inúmeros artigos, como podemos ver em PALMER, 2000; SIMON, 2005; SU, 2003.

Mas, se o doente adocece, é por sua incapacidade de ser normativo:

“O doente só é doente por só poder admitir uma norma. Como já dissemos muitas vezes, o doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo.” (CANGUILHEM, 2006, p.138)

O sujeito recusa-se a ser cifrado e decifrado. Cifras e decifrações pertencem às doenças e à técnica científica. Na insistência da ciência em cifrá-lo, o homem tem produzido novas doenças, refratárias ao saber da ciência, mas que provocam nesta um recrudescimento da técnica.

Sicard sugere que o médico procure os marcos de sua prática fora de seu campo de saber, a ciência. É também o que propomos neste estudo, situando a psicanálise como o campo que pode reorientar a prática médica dentro de sua virtude ética.

Posta a questão dos limites para a medicina científica, qual seria o limite de um médico? O limite de um médico é a sua angústia. Será esse afeto o responsável pelas vários atos médicos possíveis após um encontro com um paciente com anorexia ou bulimia, por exemplo. Um médico pode recusar-se a atendê-lo, antes mesmo de recebê-lo. Pode aceitá-lo num primeiro momento e depois encaminhá-lo. Pode também abandoná-lo, muitas vezes acreditando haver sido abandonado pelo paciente. Ou pode mesmo impor-se ao paciente como o dono da verdade, cobrar sua obediência - chamada de aderência ao tratamento – por meio de manobras coercitivas das mais variadas ordens e gradações. Aí está o limite de um médico, dentro dos limites da medicina científica pós-moderna. Uma medicina que lhe oferece a promessa de ser um bom médico. Isto significa, nos tempos pós-modernos, um médico que seja capaz de curar as doenças que lhe trazem seus pacientes com o máximo de acerto, precisão, rapidez, garantias e o mínimo de amolação subjetiva. Uma medicina que se oferece para tamponar a angústia dos médicos diante de pacientes que lhes exigem algum objeto de consumo como questão de direito. A medicina científica, com seus objetos, tampona a angústia dos médicos diante de não terem o que oferecer. Fornece-lhes objetos, para que os apresente aos pacientes na forma de pesquisas, protocolos, procedimentos, medicamentos, tudo de forma massificada e sem que algo da subjetividade do próprio médico possa se manifestar.

Há aqueles que se recusam a observar a existência dos limites, recusa que é fruto de sua angústia e, com isso, agarram-se tenazmente ao discurso da ciência. Pensam ser a medicina ilimitada, e assim eles próprios.

Mas, repetindo o alerta de Hipócrates:

“De fato, pedir à arte o que não é da arte ou à natureza o que não é da natureza é ser ignorante e ser de uma ignorância que está mais ligada à loucura do que a falta de instrução.” (GOUREVITCH, 1994, p.184)

Podemos dizer que esta “loucura” está ligada à angústia deste médico, por isso mesmo, relacionada à loucura, e não, relacionada à instrução ou à sua falta. Na tentativa de evitar esta angústia, ele pode encontrar outra, a de se haver com a demanda do paciente e a insuficiência do saber da ciência diante dele.

Como tratar de forma melhor esta angústia?

Muito se diz na psicanálise sobre a escuta, a escuta do paciente. Poderíamos pensar que se um médico escutasse seu paciente as coisas poderiam se resolver. É claro que a escuta do paciente é indispensável a um bom médico, assim como uma recepção acolhedora e educada. Mas o médico consegue escutar bem, quando se dispõe a ouvir o que o paciente lhe diz, o que já é importante. O que se observa é que, com a escalada da medicina tecnológica, os aparelhos vêm substituindo os médicos, a ponto de serem realizadas consultas virtuais.

No entanto, há médicos que vão além e escutam um pouco mais do que é dito; ainda conservam algo da antiga arte médica. Conseguem escutar, serenamente aguardar por alguns acontecimentos, deixar o doente expor seus sofrimentos, sem que, com isso, deixem de ser científicos. Desta forma, podem colocar questões e propiciar que algo do sujeito que há no doente se manifeste. A partir daí, encaminham seus doentes aos profissionais que irão escutá-lo além dos limites do campo médico, de forma que haja boa chance de sucesso no encaminhamento.

Do que se trata na escuta psicanalítica é de outra coisa, é uma escuta sobre o que não é dito, nos interstícios daquilo que não é. Esta escuta inclui a fala do paciente, mas vai além dela. Se um médico se propõe a escutar o que há por trás dos ditos de seus pacientes, acreditando assim diminuir seus limites e aumentar sua potência para, assim, tornar-se mais completo, vai se deparar com ainda mais angústia em si próprio, pois esta escuta não está em seu campo, não pertence ao discurso da medicina. Partindo desta angústia, o mais provável é que todo o tratamento esteja fadado ao insucesso, quando não à piora, além do aumento do seu próprio sofrimento.

Isto não significa que o médico não deva ser aquele que escuta. Sim, aí está a arte médica, é isso que precisa ser resgatado. Mas ele deve escutar a partir de seus limites, deve, principalmente, saber deles e suportá-los. Este é um médico que escuta, um médico que se recusa a entrar na composição da técnica, o que, infelizmente, é raro na

atualidade. São médicos que, de alguma forma, sabem dos limites da técnica, e ainda mais, sabem de seus próprios limites.

Podemos nos lembrar de Platão quando dizia que o bom médico seria aquele que introduziria o amor. Platão refere-se ao amor relacionado à verdade; Lacan esclarecerá que o amor se relaciona à impotência:

“O que é o amor à verdade? É uma coisa que zomba da falta a ser da verdade. (...) O amor à verdade é o amor a esta fragilidade cujo véu nós levantamos, *é o amor ao que a verdade esconde*, e que se chama castração. (...) ... jamais se entende o que é a verdade – é, a saber, *a impotência*.” (LACAN, 1992, p. 49, grifos nossos)

O bom médico relaciona-se ao conhecimento dos limites, tanto os seus quanto os da sua arte.

Não é possível ser médico-psicanalista ao mesmo tempo, mas é possível ser um médico advertido de que ali, naquele paciente, existe um sujeito do inconsciente que porta um corpo sofrendor de um gozo singular e desconhecido. Ele trará uma demanda ao médico que não equivale estritamente ao que pede e o médico pode ajudá-lo, dentro de seus limites, fazendo o bom uso da transferência. Com isso, ele opera melhor na sua clínica.

Para operar com os pacientes em suas novas formas de adoecer, o diálogo com a psicanálise pode proporcionar alívio para sua angústia, angústia diante da impotência que uma anoréxica ou bulímica denunciam todo o tempo. Isto não significa que uma mesma pessoa não possa ocupar esses dois lugares – o importante é saber posicionar-se para cada paciente – mas, ou se é médico, ou se é psicanalista. Para ocupar este lugar, trata-se muito mais de ser um psicanalista também médico. O fato de ser um psicanalista será conseqüência do tratamento de sua angústia além de certo ponto crucial, a partir do qual essa virada pode ser possível, dentro do desejo de cada um.

Parte VI

Conclusão

Parte VI. Conclusão

A redação desta tese tomou como referência as transformações sofridas na prática da medicina, em sua passagem de *technē* à técnica, com suas conseqüências sob os lugares do médico e do doente.

A essência da medicina é o homem, não a técnica.

No entanto, a medicina científica pós-moderna tornou-se uma atividade do homem, a partir de sua livre escolha, mas que resultou em sua imersão na técnica, de tal forma que a conseqüência é a perda, por ele, de sua essência de homem livre. Porém, as novas formas de adoecer, encontrada por alguns, vêm denunciar que, de alguma forma, estas possam ser fenômenos de desacordo. Diante do tratamento do ilimitado da técnica, que pretende regular tudo, o homem tem encontrado formas de adoecer que têm deixado atônitos os médicos.

A medicina, desde seus primórdios, até a época do Renascimento, era uma prática do médico que envolvia seu conhecimento teórico e sua experiência, culminando com seu julgamento. O momento de julgar, logicamente necessário, não era um conhecimento, não era uma teoria. Sem prescindir dos anteriores, era, antes, uma arte. Os filósofos da antiguidade distinguiam na palavra *technē*, o artesão, que utilizava a repetição rotineira instalada na tradição e que não conduzia à inovação, do verdadeiro *technē*, aquele que realizava propriamente uma arte. Neste “saber fazer de forma eficaz” havia um pólo ligado ao saber (tanto o saber sobre o particular, fruto da experiência, quanto o saber universal, fruto da episteme, o saber formal e puro), como também o pólo ligado àquilo de que não era possível saber. A partir dos dois pólos entrava o julgamento do *technai*, o possuidor da *technē*.

Após o advento da medicina científica, vem assistindo-se, de forma progressiva, e nos últimos tempos de forma mais rápida, o abandono, pela medicina, do pólo que fazia desta uma arte. A extensão ilimitada dos domínios da técnica sufoca o ser humano, ao mesmo tempo em que lhe traz progressos. Observa-se, hoje, que os tempos lógicos da clínica são abortados. Privilegia-se o pólo do saber (principalmente o universal, já que o particular, fruto da experiência, não mais se aplica) e nega-se o pólo ligado ao não-saber. Acredita-se que tudo pode ser sabido e o problema seria apenas o de dominar a técnica (o meio) necessária para esse fim.

A medicina tornou-se, enfim, uma técnica que pretende reparar a saúde bio-psico-social do indivíduo. O sofrimento - a dor de viver - inerente ao fato de ser humano, e ligado ao pólo do não-saber, é reduzido, tornado coisa, e entra no sistema de trocas, no intercâmbio de objetos.

O essencial para a clínica do médico, o *semblant* - sua postura, suas atitudes -, definidas por Hipócrates, que sabia de sua importância, e que seria um dos responsáveis pelo estabelecimento da transferência do paciente com seu médico, está sendo perdido. A técnica se imiscui aí, abolindo as diferenças, o julgamento particular, as questões da ética, e introduzindo as de etiqueta.

Contudo, como interrogante deste “tudo saber” da técnica, surge o doente com suas novas formas de adoecer, que não passam de um lugar de onde não cessam de nascer questões endereçadas àqueles que se propõem a respondê-las como donos da verdade. Mas, se os médicos se angustiam diante dos novos doentes, não seria porque a ferramenta utilizada por eles não vem tendo bom emprego nas afecções que eles tentam curar? Nestes casos, quais seriam os problemas com a ferramenta? Apenas questões de ajustes na precisão técnica, ou os médicos deveriam questionar-se sobre sua origem?

Em sua origem, os médicos eram tolhidos na tendência de determinar aos homens o que eles deveriam desejar. Aquela era uma época em que havia abertura para a responsabilização dos sujeitos sobre seus desejos. Mas era também uma época, na qual o lugar e a potência do Pai eram preservados, um lugar de onde partia uma interdição, ao mesmo tempo em que partia o apontamento de um caminho.

A medicina sofreu transformações, porque transformou aquilo que crê ser a verdade sobre seu objeto.

Se, na época atual, o Pai que apontava um ideal para o homem não existe mais e temos vários pais apontando vários caminhos, isto não significa que devemos voltar atrás e procurar por um Pai. Significa que agora, mais do que nunca, cada um deve fazer-se ainda mais responsável por suas escolhas.

E aí, o médico é chamado a responder pelas suas.

O bom médico, da era da *technē*, que se inspirava no amor relacionado à verdade, que é, por sua vez, relacionada à impotência, foi substituído pelo bom médico que se inspira na promessa da técnica de aliviá-lo de sua impotência. Esta passou a ser, a partir de então, a única verdade, a verdade da técnica, científica, a verdade do “todos iguais”. Ao optar fazer-se bom médico a partir apenas da ciência, ele deve responsabilizar-se pelas consequências.

Já sabiam os filósofos da antiguidade que não existia algo como O homem, como explicitavam os hipocráticos, mas a técnica procura criá-lo através de seus protocolos, padronizações e avaliações, o que não deixa de refletir no profissional que tem como objeto de estudo o homem.

Ao pretender domesticar a *tychē*, o médico depara-se novamente com ela, que não cessa de se manifestar, porém, de novas formas. São formas criadas pelo homem atual, mas que também o criam.

A técnica pode abafar a *tychē*; mas conseguirá controlá-la?

Nesta linha de raciocínio, poderíamos dizer que *a anorexia e a bulimia não existem*. Não existem em si mesmas, pois não passam de uma nomeação de vários sinais e sintomas agrupados entre si. Em seu mais originário, no que se mostra por último, é que seriam formas de apresentação de um sofrimento psíquico que se apresenta expresso no corpo. Algo que pertence ao terreno do que não é, mas que, por isso, não deixa de existir, passa ao terreno do que é, mas não existe como tal. Isto é o que precisa ser tratado. O corpo-carne, necessário para a expressão do gozo vivo, tem-se apresentado cada vez mais como a única forma de expressão deste. O problema é que esta forma de expressão, tornando-se única, muitas vezes é duplamente mortífera: para o indivíduo que faz um sintoma médico grave, o que pode levá-lo à morte e para o sujeito do inconsciente, que se apaga nas marcas do corpo. Por isso, muitas vezes, o médico se depara com pacientes que, para de alguma forma se conservarem vivos, pagam com sua morte como indivíduos.

Por esta razão, nesta apresentação tão marcada no corpo, *a anorexia e a bulimia existem* e precisam ser tratadas também em sua expressão orgânica. No entanto, existem de forma a fazer crer, tanto para o doente, quanto para seus familiares e para os médicos, que o doente se reduz a isto - a isto que existe sem ser.

Disso devem estar advertidos os profissionais que cuidam desses pacientes; desta distinção depende a sobrevivência da posição propriamente médica: tratar do homem ou se fazer representante da ciência?

O médico (o agente produtor), relacionado com fazer existir coisas que poderiam ou não existir, e que é o princípio destas coisas, está de tal forma imerso na composição da técnica que não se dá conta disso.

Há aproximadamente um século atrás um médico fez importantes descobertas sobre o que o faz ser humano, mas é complexo de expressar, por se constituir também como uma falha: o inconsciente. A partir desta descoberta, Freud construiu uma nova *technē*, a psicanálise. Ela privilegia a *tychē*.

Um psicanalista precisa ter um saber teórico aliado à sua experiência para emitir um julgamento particular no singular de cada caso. No entanto, este julgamento parte de um

operador: o desejo do analista – jamais do desejo de ser analista. O desejo do analista pertence ao que não é.

Se o médico deveria emitir seu julgamento a partir de sua subjetividade, fato raro e em extinção hoje em dia, o psicanalista deve emitir seu julgamento fora de sua subjetividade. Esta é a diferença crucial entre a escuta médica e a psicanalítica, e aí reside o perigo de o médico embaralhar-se no que seria sua escuta.

“A psicanálise, sozinha, não pode oferecer um quadro completo do mundo”, escreveu Freud (1893, p.233). Chamo a atenção para o fato de que a psicanálise não pode oferecer um quadro completo do mundo, nem sozinha, nem aliada à medicina, ou a qualquer outra disciplina, como a medicina também não pode. O quadro completo do mundo pertence ao impossível. Esta dolorosa conclusão pode ser instigante quando lida no papel ou nas reflexões dos epistemólogos. Ao mesmo tempo é algo relacionado a ela que se interpõe no momento crucial da decisão de um médico diante de seu doente.

O diálogo com a psicanálise pode ser benéfico por propiciar ao médico continuar seu caminho científico a partir da consideração de que seu objeto de estudo é o homem. Se a ciência fascina o médico com suas promessas, ela se limita ao que é. Tenta-se com este trabalho chamar a atenção dos médicos para outra perspectiva de seu objeto humano, não só do objeto corpo-carne.

Se os médicos são parte da humanidade que se encontra imersa na composição da técnica, não significa que não possam se insurgir contra sua imersão nela, mas não contra ela. A técnica e a ciência são benéficas, trazem progressos. O problema está em como o homem vem utilizando e se deixando ser utilizado por elas.

Tudo não passa de escolhas e um médico há de se responsabilizar por elas. Ao perder sua essência de homem livre, ainda assim, no seu mais originário, ainda lhe resta a possibilidade de questionamento sobre sua essência de homem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. **Infância e História: destruição da experiência e origem da história**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005, 188p.

ALKMIM, W.D. Construir o caso clínico, a Instituição enquanto exceção. In: **Almanaque**, Revista do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, v.9, p. 43-46, 2003.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION – ADA. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. **J Am Diet Assoc.**, v.106, p.2073-2082, 2006.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA – AAP. **DSM-IV-TRTM**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 830p.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA – AAP. **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders**. 3ed. Disponível em: <www.psych.org> Acesso em: 3 fev. 2008.

AUBRY, J. **Psicanálise de crianças separadas**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004. 393p.

AUDÍ, L.; et al. Clinical and biochemical determinants of bone metabolism and bone mass in adolescent female patients with anorexia nervosa. **Pediatr Res**, v.51, p.497-504, 2002.

AVORN, J. Next Paying for Drug Approvals — Who's Using Whom? **NEJM**, v.356, p.1697-1700, 2007.

BALINT, M. **O médico, seu paciente, e a doença**. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. 332p.

BARRETO, F.P. **A psicanálise aplicada à saúde mental**. (texto inédito, no prelo).

BARRETO, F.P. Como vejo a psiquiatria hoje. **Casos Clin Psiquiatria**, Belo Horizonte, v.6(supl), p.6-11, 2005.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 453p.

BIDAUD, E. **Anorexia, mental, ascese, mística**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998. 148p.

BITTAR, E.C.B. **Curso de filosofia aristotélica: leitura e interpretação do pensamento aristotélico**. Barueri: Manole, 2003. 1436p.

BRUCH, H. **Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person within**. USA: Basic Books, 1973. 396p.

BRUCH, H. **The golden cage: the enigma of anorexia nervosa**. Harvard: Harvard University Press, 1978. 150p.

BRUSSET, B. (Org.). **A Bulimia**. São Paulo: Escuta, 2003. 210p.

BUSSE, S.R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri: Manole, 2004. 366p.

CAIRUS, H. **O Hipócrates de Littré**. In: CONGRESSO DA ANPUH (Associação Nacional de História), 1999.

CAIRUS, H.; RIBEIRO Jr., W.A. **Textos hipocráticos, o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 251p.

CAMPOS, S. Reflexões sobre o fim da experiência na medicina. **Revista Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, v.24, p.131-135, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 293p.

CHAUÍ, M. **Introdução à história da filosofia, dos pré-socráticos a Aristóteles**. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 539p.

CLAUDINO, A.M.; ZANELLA, M.T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005. 322p.

CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDE, A.W. (Ed.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. 438p. p.345-347.

DAVIDOFF, F.; HAYNES, B.; SAEKETT, D. et al. Evidence based medicine. **BMJ**, London, v.310, n.6987, p.1085-1086, 1995.

DAVIDOFF, L.L. **Introdução à psicologia**. São Paulo: Makron Books, 2001. 798p.

DIAMANTI, A.; et al. Bone mineral density in adolescent girls with early onset of anorexia nervosa. **Clin Nutr**, 2007. Disponível em: www.elsevierhealth.com/journals/clnu. Acesso em: 20/ago/2007.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 21. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. 174p.

EDELSTEIN, L. **Ancient medicine: selected papers of Ludwig Edelstein**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987. 456p.

EIJK, P.J. **Hippocrates in Context**. **Bull. Hist. Med.**, Baltimore, 81 v., n.3, p.653-655, 2007.

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, Chicago, v.268, n.17, p.2420-2425, 1992.

FERREIRA, R.A. **A pediatria da UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica**. 309p. Tese (Doutorado em Pediatria) Faculdade de Medicina UFMG, Belo Horizonte, 2000.

Feminism and women's studies. **Sexual Identity and Gender Identity Glossary** <<http://feminism.eserver.org/sexual-gender-identity.txt>>. Acesso em: 1 abr 2008.

FLIER, J.S.; FOSTER, D.W. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and bulimia nervosa**. In: Willians Textbook of Endocrinology, 9.ed. Philadelphia, 1998, p. 1061-1099.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 236p.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 1 v., 350p.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. 6.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000. 99p.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na Idade clássica**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. 551p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 231p.

FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (1916-1917)**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XVI v.).

FREUD, S. **Estudos sobre a histeria (1893)**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, II v.).

FREUD, S. **Sobre a psicoterapia** (1905). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, VII v., p.244-254).

FREUD, S. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranaoides*)** (1911). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XII v., p.21-89).

FREUD, S. **Totem e tabu** (1913). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XIII v., p.21-162).

FREUD, S. **História do movimento psicanalítico** (1914). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XIV v., p.18-73).

FREUD, S. **Além do princípio do prazer** (1920). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XVIII v., p.17-75).

FREUD, S. **Uma breve descrição da psicanálise** (1924). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XIX v., p. 215-234).

FREUD, S. **As resistências à psicanálise** (1925). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XIX v., p. 239-247).

FREUD, S. **O mal-estar na civilização** (1930). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XXI v., p.73-148).

FREUD, S. **Moisés e o monoteísmo** (1939). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XXIII v., p. 18-150).

GARCIA, A.O. **De la técnica a la techne**. Disponível em: <<http://serbal.phtic.mec.es/rcmunozll/techne.html>>. Acesso em: 15 nov.2007.

GOUREVITCH, D. **Hippocrate de l'art medical**. Paris: Bibliothèque classique, 1994. 606p.

GOUREVITCH, D. **Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain: le malade, sa maladie et son médecin**. Paris: École Française de Rome, 1984. 569p.

GULL, W.W. Anorexia nervosa. **Transactions of the Clinical Society of London**, v.7, p. 22-28, 1874.

HAWTON, K.; SALKOVSKIS, H.K. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 613p.

HAY, P.J., et al. Eating disorder behaviors are increasing: findings from sequential community surveys in South Australia. **PLoS ONE**, v.6, e1541.

HEIDEGGER, M. **Ensaio e conferências**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 269p.

HENRY, C.J.K. Body mass index and the limits of human survival. **European Journal of Clinical Nutrition**, v.44, p.329-335, 1990.

HERSCOVICI, C.R.; BAY, L.; KOVALSKYS, I. Prevalence of eating disorders in Argentine boys and girls, aged 10 to 19, who are in primary care. A two-stage community-based survey. **Eating disorders**, v.13, p. 467-478, 2005.

HOCK, H; HOCKEN D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **Int J Eat Disord**, v.34, p.383-388, 2003.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2.922p.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde, nêmesis da medicina**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196p.

IOANNIDIS, J.P.A. Why most published research findings are false. **PLoS Med.**, San Francisco, v.2, n.8, e124, 2005. Disponível em <www.plosmedicine.org>. Acesso em: 20 dez 2007.

JACKSON, T.; CHEN, H. Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns. **J Psychosom Res**, v. 62, p.241-249, 2007.

JAEGER, W.W. **Paidéia: a formação do homem grego**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 1413p.

JOUANNA, J. **Hippocrates**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999. 520p.

KIRSCH, I.; DEACON, B.; HUEDO-MEDINA, T.B. et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. **PLoS Med.**, San Francisco, v.5, n.2, e45, 2008. Disponível em: <www.plosmedicine.org>. Acesso em: 10 mar. 2008.

KOCH, S. The nature and limits for psychological knowledge. **Amer. Psychol.**, v.36, p. 257-269, 1981.

KNAPP P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. São Paulo: Artmed, 2004. 520p.

LACAN, J. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. 208p.

LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 937p.

LACAN, J. **As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 366p.

LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 607p.

LACAN, J. **O seminário, livro 23: O sintoma**. Jorge Zahar, 2007. 249p.

LASÈGUE, C. De l'anorexie hystérique. In: CORRAZE, J. **Ecrits psychiatriques: textes choisis et presentes par J. Corraze**. Toulouse: Privat, 1971. p.135-150.

LATOURE, B. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. 149p.

LAURENT, D. Do desejo de padronização de massa. **Correio: Rev. Esc. Bras. Psicanálise**, Belo Horizonte, n.53, p.54-61, 2005.

LEGUIL, F. La médecine et la science: comment compter avec le sujet? **Ornicar digital**, n. 304, 13 jul 2007. Acesso em: dezembro 2007.

LEITE, M. Hipocondria de resultados. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 23 abr. 2006. Caderno Mais.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Barueri: Manole, 2005. 197p.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004. 129p.

LOPES, O.C. **A medicina no tempo: notas de história da medicina**. São Paulo: Melhoramentos, 1969. 339p.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 151p.

MACHADO, R. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michael Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218p.

MADUEÑO, F.J.T. (Org). **Anorexia y Bulimia: uma experiência clínica**. Madrid: Ediciones Dias de Santos, 2003. 165p.

MAJOR, R.H. **A history of medicine**. Springfield: Ed. Charles C. Thomas. 1954. 2v.

MANCILA-DIAZ, J.M., et al. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. **Eur Eat Disord Rev**, v.15, p. 463-470, 2007.

Marketing de Moda. **Experimentação Sexual**. Marketing de Moda, revista eletrônica. Disponível em: <<http://mktdemoda.wordpress.com/2007/02/>> Acesso em: 1 abr. 2008.

METTLER, C.C.; METTLER, F.A. **History of medicine: a correlative text, arranged according to subjects**. Philadelphia: Blakiston, 1947. 1215p.

MILLER, J.A. **Lacan Elucidado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 608p.

MILLER, J.A. **O osso de uma análise**. Seminário proferido no VIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano e II Congresso da Escola Brasileira de Psicanálise, Salvador, Bahia, 1998. 131p.

MILLER, J.A. **La transferência negativa**. Escuela del Campo Freudiano de Barcelona: Barcelona, 1999.

MILLER, J.A. A era do homem sem qualidades. **Opção Lacaniana on line**, n.1, maio 2004. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/n1/texto.asp>. Acesso em: 06 jun 08.

MILLER, J.A. Saúde mental e ordem pública. **Curinga**, Belo Horizonte, n.13, p.20-21, 1999.

MILLER, J.A. A arte do diagnóstico: o Rouxinol de Lacan. **Curinga**, n.23, EBP-MG, Belo Horizonte, 2006, p.15-33.

MILLER, J.A; MILNER, J.C. **Você quer mesmo ser avaliado?** São Paulo: Manole, 2006. 37p.

MILLER, K.M.; et al. Determinants of skeletal loss and recovery in anorexia nervosa. **J Clin Endocrinol Metab**, v.91, p.2931-2937, 2006.

MOYNIHAN, R.; WASMES, A. Os vendedores de doenças. **Le Monde Diplomatique**, 2006.

MYERS, D.G. **Introdução à psicologia geral**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.533p.

NEVES, N.C. **Ética para os futuros médicos. É possível ensinar?** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006. 106p.

NUNES, M.A.; et al. Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods for weight control in Young women from Brazil: a population-based study. **Eating and Weight Disorders**, v.8, p. 100-106, 2003.

NUNES, M.A.; APOLINÁRIO, J.C. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 416p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

PALMER, R.L.; GATWARD, N.; BLACK, S. et al. Anorexia nervosa: service consumption and outcome of local patients in the Leicester service. **Psychiatr. Bull.**, London, v.24, n.8, p.298-300, 2000.

PAYER, L. **Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick**. New York: Wiley and Sons, 1992. 292p.

PILAR, L.G. ROZ, D.P. **Anorexia nervosa**. In: Nuvarte Setian (Org.). *Endocrinologia Pediátrica*, São Paulo: Savier, 2002, pg 591-595.

PLATÃO. **Apologia de Sócrates; O Banquete**. São Paulo: Martin Claret, 2002. 175p.

PLATÃO. **Diálogos**. Belém: Universidade Federal do Pará, 1980. v.3/4.

PLoS MEDICINE. A collection of articles on Disease Mongering, 2006. Disponível em: <http://collections.plos.org/plosmedicine/diseasemongering-2006.php>. Acesso em: 4 jan. 2008.

PRYGOGINE, I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. 199p.

QUINET, A. (Org). **Grande Histeria, Jean-Martin Charcot**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. 111p.

REZENDE, J.M. **O símbolo da medicina: tradição e heresia**. 2001. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>>. Acesso em: 9 dez. 2007.

RIGAUD, D.; HASSID, J, et al. A paradoxical increase in resting energy expenditure in malnourished patients near death: the king penguin syndrome. **Am J Clin Nutr**, v.72, p.355-60, 2000.

ROSS, D.B. The FDA and the Case of Ketek. **NEJM**, v. 356, p.16, 2007. Disponível em: < www.nejm.org>. Acesso em: 30 abr 2007.

ROWLAND, M., SHANKS J. Broader definitions of clinical effectiveness are needed. **BMJ**, London, v.311, p.808, 1995.

RUSSELL, G.F.M. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. **Psychol. Med.**, v.9, p.429-448,1979.

SANTIAGO, J. O significante contábil do neo-higienismo. **Opção lacaniana**, n.39, p.3-8, São Paulo: Eólia, maio 2004.

SANTIAGO, J. **O típico, o único e a política do sintoma**. X Jornada de Cartéis da Escola Brasileira de Psicanálise. Anais. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 2007, 101p.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 9ed. Porto, Portugal: Afrontamento, 1997. 59p.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 10.ed. São Paulo: Cortez, 2005. 348p.

SCHIEFSKY, M.J. **Hippocrates on ancient medicine**. Leiden: Brill, 2005. 415p.

SHOJANIA, K.G., et al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. **Ann Intern Med.**, v.147, p.224-233, 2007.

SIGERIST, H.E. **A history of medicine**. New York: Oxford University Press, 1951. v.1. 564p.

SIGERIST, H.E. **A history of medicine**. New York: Oxford University Press, 1961. v.2. 352p.

SILVA, A.L. **Temas de ética médica**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda, 1982. 217p.

SILVA, A.L. **Etiqueta médica**. Belo Horizonte: CRMMG, 2007. 43p.

SILVESTRE, M. **Amanhã, a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 153p.

SINGER, C.J. **A short history of medicine**. New York: Oxford University Press, 1928.

SPERLING, M.A. **Pediatric Endocrinology**. 2ed., Saunders: Philadelphia, 2002, p.716.

Stanford Encyclopedia of Philosophy. *Episteme and Techne*. First published Fri Apr 11, 2003; substantive revision Sun Oct 28, 2007. Disponível em: <www.plato.stanford.edu/entries/episteme-techne>. Acesso em: 2 abr. 2008.

STARR, P. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de America**. México: Fondo de Cultura Económica, 1991. 537p. (Biblioteca de la Salud).

STONE, M.; et al. Bone changes in adolescent girls with anorexia nervosa. **Journal of Adolescent Health**, v.39, p.835-841, 2006.

SIMON, J.; SCHMIDT, U.; PILLING, S. The health service use and cost of eating disorders. **Psychol Med**, v. 35, p.1543-51, 2005.

SU, J.C.; BIRMINGHAM, C.L. Anorexia nervosa: the cost of long-term disability. **Eat Weight Disord**, v. 8, p.76-79, 2003.

TAYLOR, J.Y.; et al. Prevalence of eating disorders among Blacks in the National Survey of American Life. **Int J Eat Disord**, v. 40 (suppl), p.S10-14, 2007.

TRIGO, T.R.; TENG, C.T.; HALLACK, J.E.C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos: revisão. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.34, n.5, p.223-233, 2007.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

TSENG, M.M.; et al. Two-phase survey of eating disorders in gifted dance and non-dance high-school students in Taiwan. **Psychol Med**, v. 37, p.1085-1096, 2007.

TYSSSEN R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian Studies. **Industrial Health**, v.45:p.599-610, 2007.

VIEIRA, M.A. Uma introdução à conferência “O lugar da psicanálise na medicina” de Jacques Lacan. **Cadernos do IPUB**, v.8, n.21, p.115-124, 2005.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga**. Belo Horizonte-Escola Brasileira de Psicanálise-Seção Minas, v.13:p.50-59, 1999.

VLAHOU, A. Cientista italiano diz que humanidade será bissexual, 2008. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/geral/notger37598,0.htm>. Acesso em: 28 mar 2008.

WIKIPÉDIA. *Physis*. Disponível em: WWW.wikipédia. Acesso em: 01 abr 2008.

ANEXOS

ANEXO A -

Arte (GOUREVITCH, 1994, p.185-195)

1. (Discurso destinado a demonstrar a realidade da medicina.) Há pessoas que criam uma arte degradando as artes e imaginam que com esse tipo de trabalho elas fazem não o que eu digo, mas a existência do próprio saber delas. Em minha opinião, descobrir uma coisa que não tenha sido descoberta e que quando encontrada valha mais a pena do que ignorada ou terminar o que ficou inacabado é o objetivo e o fato da inteligência. Ao contrário, querer através de um artifício de linguagem pouco honrosa vilipendiar as invenções de outro sem aperfeiçoar nada, desacreditando o trabalho dos sábios junto aos ignorantes, não é mais o objetivo e o sentido da inteligência, é ou anuncia um mal natural ou uma imperícia; pois pertence somente à imperícia querer, mas sem nenhum poder, satisfazer a hostilidade que gosta de nas obras do próximo caluniar o bom e ridicularizar o mau. Então que tais ataques contra as outras artes sejam reprimidos por aqueles que podem e que têm a preocupação em fazer isso e pelos motivos que os interessam; quanto ao presente discurso ele combaterá as críticas severas de mesma natureza contra a medicina, encorajado pela qualidade dos adversários que ele ataca, cheio de recursos por causa da arte que ele defende e poderoso por causa da doutrina sobre a qual ele se apóia.

2. (Argumento geral: o que é se vê, o que não é não se vê; Ora, as artes se vêem, logo são reais.) Em geral, em minha opinião, não há arte que não seja real, pois é absurdo pretender que uma coisa que é não seja. E quem nunca achando visível a substância das coisas que não são, afirmou que elas fossem? Pois se fosse possível ver o que não é como se vê o que é, eu não concebo como se negaria disso a realidade, visto que se veria pelos olhos e compreender-se-ia a existência através da razão. Mas tome cuidado, não é assim que acontece; o que é se vê e se conhece sempre; o que não é não se vê nem se conhece. Ora, o conhecimento se adquire na medida em que as artes são mostradas e não há nenhuma arte que não se veja sair de certa realidade. E de fato, são as realidades que deram um nome às artes; pois é absurdo pensar que as realidades são produzidas pelos nomes. A coisa é impossível; os nomes são convenções que a natureza impõe, mas as realidades são não convenções que ela impõe, mas produções que ela cria.

3. (O autor passa a seu assunto, a medicina.) Sobre esse assunto geral, se o que acaba de ser dito não foi suficientemente compreendido nós nos instruiremos mais a fundo em outros tratados. Quanto à medicina, (pois é dela que se trata aqui), eu vou fazer a demonstração; e inicialmente definindo-a tal como eu a concebo, eu digo que o objeto dela é em geral afastar o sofrimento dos doentes e diminuir a violência das doenças, sempre se abstendo de tocar naqueles em que o mal é maior; caso colocado, como deve se saber, acima dos recursos da arte. Que ela preencha todas essas condições e que ela esteja em condições de preenchê-las constantemente, é a respeito disso que o meu discurso vai se desenvolver; e fazendo a demonstração da arte eu arruinarei os argumentos daqueles que pretendem degradá-la, eu os arruinarei lá onde cada um deles se imagina obter algum sucesso.

4. (Objeção: nem todos os doentes curam) Eu começo por um ponto que todos me darão razão. Entre os doentes tratados pela medicina alguns curam; nem todos; e é justamente essa a crítica que se faz a ela. Os adversários invocando mortes causadas pelas doenças acham que aqueles que delas escapam, escapam pelo benefício do acaso e não pelo benefício da arte. Para mim, eu não contestarei toda a influência do acaso; mas eu acho que as doenças mal tratadas são frequentemente seguidas de um insucesso. E ao contrário, quando bem tratadas, de sucesso. Depois, a que as pessoas curadas poderiam atribuir sua cura se não à arte, visto que elas se restabeleceram através de sua colaboração e de seus serviços? Evidentemente é só por isso que elas se confiaram à arte, elas não se preocuparam em levar em consideração a tênue realidade do acaso de forma que elas estão quites com aquela e não com este; pois se remetendo e se confiando à arte elas reconheceram sua realidade e o resultado lhes demonstrou o seu poder.

5. (Objeção: doentes curam sem médico.) Aqui o adversário replicará que muitos doentes curaram sem intervenção do médico. Eu não discordo disso; mas, talvez, me parece que mesmo sem médico eles tenham utilizado a medicina. Não é que eles soubessem o que ela teria aconselhado ou desaconselhado; mas o acaso fez com que eles se tratassem como os teriam tratado um médico, se de um eles se tivessem servido. E certamente está aí uma grande prova da existência da arte. Tão existente e tão forte que manifestadamente salva mesmo aqueles que nela não crêem. Pois de qualquer forma os doentes que sem se servirem do médico se curaram sabem que se curaram

fazendo ou não fazendo isso ou aquilo. Abstinência de alimentos ou alimentação abundante, bebidas copiosas ou sede, banho ou ausência de banho, exercício ou repouso, sono ou vigília, ou enfim mistura de todas essas coisas, tais são as condições sob as quais eles se restabeleceram. E necessariamente, também, eles reconheceram pelo alívio o que era útil e pela dor sofrida – se sofreram – o que era prejudicial. Na verdade nem todo mundo é capaz de reconhecer as características do que serve e do que prejudica. Mas o doente que soube louvar ou blasfemar alguns aspectos do regime sob o qual ele se curou, achará que tudo isso é a medicina. E o que prejudicou não é menos testemunha a favor da existência da arte do que o que foi útil. Com efeito, o útil foi útil pela aplicação correta e o prejudicial foi prejudicial pela aplicação incorreta. Ora, quando o bem e o mal têm cada um o seu limite como não ver aí uma arte? Eu sustento que a arte está ausente em todo lugar onde não existe nem bem nem mal; mas eu sustento também, que quando bem e o mal estão presentes a arte não pode mais estar ausente.

6. (Desenvolvimento da resposta: a verdade e a combinação dos meios provam a realidade da arte. O acaso não existe) Se a cura só desse êxito à medicina e ao médico através da ação dos remédios evacuatorios e retentivos, minha argumentação seria fraca. Mas vê-se médicos, os mais renomados, curarem através de regime e por outras combinações nas quais o caráter da arte não poderia ser contestado, eu não digo por um médico, mas pelo homem mais ignorante a respeito da medicina a quem se pudesse explicar essas combinações. Logo, se não existe nada que não tenha uso para os bons médicos e para a medicina e se a maioria das produções naturais e artificiais fornecem os elementos dos tratamentos e dos remédios, não é possível a nenhuma das pessoas curadas sem médicos atribuir racionalmente sua cura ao acaso. De fato, demonstra-se que o acaso não existe; pode-se pensar que tudo o que se faz, se faz por um *porquê*. Ora, diante de um *porquê* o acaso perde visivelmente toda a realidade e passa a ser não mais do que uma palavra. Mas visivelmente também a medicina possui e possuirá, sempre, uma realidade no *porquê* e na previsão que lhe pertence.

7. (Objeção: os finais trágicos. – Descrição notável do médico em relação ao doente.) Eis o que se poderia responder àqueles que tiram as curas da arte para atribuí-las ao acaso. Quanto àqueles que negam sua existência por causa dos finais trágicos, eu não concebo qual o argumento plausível eles se autorizam para acusar a arte, não a

indocilidade dos defuntos, mas o saber daqueles que praticam a medicina. Como se o médico pudesse fazer más prescrições e o doente não pudesse, ele também, transgredir o que lhe foi receitado? E de fato é muito mais verossímil que o doente seja incapaz de obedecer às prescrições do que o médico que faça más prescrições. De fato, o médico se põe a trabalhar sadio de alma e sadio de corpo analisando o caso presente e entre os casos passados, aqueles que se assemelham ao caso presente, de forma a poder citar curas devidas ao tratamento. Mas o doente que não conhece nem sua doença, nem as causas de sua doença, nem o que acontecerá com o seu estado atual, nem o que acontece nos casos semelhantes ao seu, recebe as receitas sofrendo no presente, assustado com o futuro, repleto de sua dor, vazio de alimentos, desejando mais aquilo que lhe é agradável do que aquilo que lhe convém a cura, não querendo sem dúvidas morrer, mas incapaz de firmeza e paciência. Qual das duas alternativas é a mais verossímil? Admitir que o doente assim disposto não executará ou executará mal os conselhos do médico; ou admitir que o médico, se encontrando nas condições descritas acima, fará más prescrições? Não é bem mais natural que um prescreva convenientemente, mas que o outro não tenha sem dúvida ânimo em obedecer e não obedecendo venha a sucumbir? Final trágico, do qual aqueles que raciocinam mal tiram a responsabilidade do verdadeiro culpado para jogá-la sobre quem nada mais pode fazer.

8. (Objeção: os médicos recusam se encarregar das doenças desesperadas; a arte, se ela é real, deveria curar tudo.) Outros, por causa dos médicos que se recusam a cuidar de doenças desesperadas atacam a medicina e dizem que os casos que ela se esforça em tratar se curariam por si só, mas que ela abandona justamente aqueles que têm necessidade de socorro, e que, se houvesse alguma arte, seria necessário curar tudo igualmente. Aqueles que sustentam tais discursos, se eles blasfemam os médicos por não os tratar, eles, que falam assim como pessoas delirantes, lhes dirigiriam uma crítica mais verossímil que aquela que eles fazem. De fato, pedir à arte o que não é da arte ou à natureza o que não é da natureza é ser ignorante e ser de uma ignorância que está mais ligada à loucura do que a falta de instrução. Sobre as coisas nas quais nos é dado ter capacidade de ajuda pelos instrumentos fornecidos, pela natureza e pelas artes nós podemos operar; nas outras nós não o podemos. Então, quando um homem sofre um mal mais forte que os instrumentos da medicina, não se pode sem dúvidas esperar que ela triunfe. Por exemplo, o fogo: cáusticos médicos são aqueles que queimam no mais alto grau; muitos outros cáusticos queimam em grau menor. As afecções rebeldes aos

cáusticos menos potentes evidentemente não são ainda incuráveis. Mas as afecções rebeldes ao cáustico mais potente, não são manifestadamente incuráveis? Neste caso, com efeito, onde o fogo fracassa, como não ver que o que ele não consome pede indubitavelmente o emprego de uma arte outra que não seja aquela cujo fogo é um instrumento? Eu direi sobre vários outros agentes dos quais a medicina se serve: para todos eu mantenho que o médico para quem qualquer um desses agentes fracasse está no direito de acusar não a sua arte, mas a violência da doença. Logo, aqueles que criticam não tocar no doente vencido pelo mal lhe aconselham consagrar seus cuidados tanto ao caso que não os implica quanto aquele que os implica. Mas, para tal conselho se eles são admirados pelos médicos de nome eles são zombados pelos médicos de fato. As pessoas hábeis na arte médica não levam em conta nem censores e nem bradadores tão insensatos. Mas eles levam em conta àqueles que sabem em quais casos as operações do prático, atingindo o objetivo, são consideradas completas ou, não o atingindo, são consideradas defeituosas. E, entre essas imperfeições quais são imputáveis ao operador e quais são imputáveis ao operado.

9. (Dificuldades da medicina. Divisão das doenças em externas e internas. Doenças externas.) Essas condições, no que diz respeito às outras artes, serão indicadas em outro tempo e em outro discurso. Quanto às coisas médicas o que elas são e como é preciso julgá-las, isso é demonstrado parte no que precede e parte no quem vem em seguida. As doenças para aqueles que são versados o suficiente no conhecimento da medicina, se dividem em doenças cujo foco não está escondido (essas são poucas) e em doenças cujo foco não é aparente (essas são numerosas.) De fato as afecções voltadas para as partes internas são escondidas; aquelas que afloram na superfície e se manifestam seja pela cor, seja pela tumefação são aparentes e pode-se pela visão e pelo toque julgar a dureza e a umidade, distinguir aquelas que são quentes ou frias, e reconhecer qual é a condição cuja presença ou ausência as torna o que são. Em todos os casos desse tipo, o tratamento não pode acometer nenhum erro, não que ele seja fácil, mas porque ele é encontrado; ora, ele é encontrado não por aqueles que querem, mas por aqueles que podem e só podem aqueles cuja educação não teve obstáculo e para quem a natureza não foi avarenta. (Lei, 2.)

10. (Doenças internas.) Eis qual deve ser o poder da arte nas doenças aparentes; mas, entretanto, ele não pode ser impotente para as doenças que são menos aparentes. Essas

doenças menos aparentes são aquelas dirigidas aos ossos ou a uma cavidade; e o corpo não tem uma só cavidade, ele tem várias. Assim, existem duas que recebem e expulsam as matérias alimentares; há várias pessoas que conhecem aqueles que se ocupam desses objetos. De fato, todos os membros providos de carne arredondada, que chamamos de músculo, têm uma cavidade. Em toda parte em que não há continuidade, seja sob a pele, seja sob a carne, existe um vazio preenchido de ar em estado de saúde e de humor em estado de doença. Os braços têm uma carne semelhante, as coxas e as pernas também e mesmo nas partes não carnudas, existem cavidades análogas àquelas que aparecem nas partes carnudas. Vejam o que se nomeia tórax, onde o fígado está alojado, o globo da cabeça onde está o encéfalo, as costas onde se tem o pulmão: não há nenhuma dessas partes que não tenha um vazio e que não ofereça numerosos interstícios nos quais podem se ter vasos que comportam diversas matérias, umas nocivas e outras úteis ao sujeito. Vejam, ainda, as veias numerosas, os nervos que não são superficiais na carne, mas pregados aos ossos e que servem, até certo ponto, de ligamento para as articulações; vejam as articulações onde movem as juntas dos ossos móveis: não há nenhuma dessas partes que não seja perfurada de aberturas e onde cavidades não existam; cavidades reveladas pelo humor que quando abertas escorrem com grande abundância e grande malefício.

11. (Dificuldades que apresentam as doenças internas.) Nada absolutamente do que acaba de ser enumerado acima pode ser visto pelos olhos; também aí as doenças são ocultas como eu as nomeio e como a arte as considera. Entretanto, por mais ocultas que elas sejam elas não foram vitoriosas; longe disso, elas foram vencidas na medida em que a coisa foi possível; ora, a possibilidade depende das facilidades que oferecem a constituição do doente para o exame e o talento que tem o observador para a observação. Nesses casos, para conhecer, é muito mais difícil e é necessário muito mais tempo do que se se utilizasse os olhos. O que escapa à visão do corpo é apreendido pela visão da alma; e os acidentes pelos quais o doente passa nesse atraso são imputáveis não àquele que o trata, mas a constituição do paciente e à natureza do mal. Com efeito, o médico não podendo conhecer a afecção nem pela visão direta e nem pelos detalhes comunicados vai pesquisá-la pelo raciocínio. E por este fato, as informações que os indivíduos acometidos por doenças escondidas tentam dar ao médico são ditadas mais pelas opiniões do que pelo conhecimento positivo; pois se eles tivessem tido este conhecimento não teriam se adoentado, visto que é um saber de mesma ordem penetrar

na causa das doenças e ser hábil a aplicar nelas todos os tratamentos que as impeçam de progredir. Logo, quando as informações não podem fornecer nada de preciso e certo o médico deve dirigir seus olhares para outros lugares; e tal lentidão não é imputável à arte, mas à natureza dos corpos doentes. A arte espera para agir que se tenha dado conta do mal visando tratá-lo mais com prudência do que com temeridade, mais com doçura do que com violência. A natureza, se ela dá ao mau tempo de penetrar, dará também tempo de curar, mas se ela é vencida no intervalo que dura o exame, seja porque o socorro do médico foi demandado tardiamente, seja por causa da rapidez do mal, o final será trágico. A doença, se o tratamento começa ao mesmo tempo que ela, não progride; a progressão acontece quando ela o precede, e ela o precede tanto por causa da densidade dos corpos no fundo dos quais habitam as doenças longe do olhar, quanto pela negligência dos pacientes; ora, a coisa é natural; pois não é para o mal que está se estabelecendo e sim para o mal já estabelecido que eles pedem socorro médico. Sendo assim, o poder da arte me parece mais admirável quando ele devolve a saúde a algum doente acometido por uma afecção escondida do que quando ela se dedica a coisas impossíveis. Ao menos lhe pedir para se dedicar a isso seria impor uma condição que não é imposta a nenhuma das artes criadas até o presente. As pessoas das artes que empregam o fogo ficam sem ocupação quando este está ausente e ocupadas quando ele está aceso; aqueles que operam matérias fáceis de retocar – tais como a madeira, o couro, aqueles que se exercem através dos desenhos, pelo cobre e pelo ferro. Resumindo: aqueles que praticam operações desse gênero dependem menos de proceder com rapidez do que conforme as regras, ainda que seja fácil corrigir os objetos feitos dessas substâncias ou com a ajuda delas. Eles não têm intenção também de prodígios e se algum de seus instrumentos falha o trabalho cessa. Entretanto, a lentidão é contrária aos seus interesses, mas ela não é menos preferida.

12. (Para estudar as doenças internas, a medicina criou recursos auxiliares.) Por sua vez a medicina incapacitada – aqui nas purulências e ali nas afecções do fígado ou rins, ou seja, em todas as afecções das cavidades – de ver com essa visão dos olhos que permite a cada um examinar suficientemente os objetos, criou recursos auxiliares, observando a nitidez ou rouquidão da voz, a rapidez ou a lentidão da respiração e para cada um dos fluxos comuns as vias que lhes dão saída. Ela julga esses fluxos por seu odor, por sua cor, por sua tenuidade e sua consistência e disso induz de qual estado esses fenômenos são sinais, quais fenômenos indicam um lugar afetado, quais indicam um lugar que pode

se afetar. Quando esses sinais são mudos e a natureza não os fornece por sua própria vontade, a medicina achou meios de força pelos quais se abre a natureza violentada, sem dano. Esta, relaxada da sorte, revela às pessoas que sabem o seu trabalho o que é preciso saber. Assim, tanto a medicina força o calor inato a dissipar para fora o humor fleumático através de alimentos e bebidas amargas, a fim de apoiar seu julgamento sobre a visão de alguma coisa em casos que de outra forma lhe seria absolutamente interdito de ver algo; tanto por caminhadas íngremes e por corridas, ela obriga a respiração a revelar aquilo que ela é a reveladora comum; tanto enfim provocando suores pelos meios indicados acima, ela reconhece tudo o que com a ajuda do fogo se reconhece na vaporização da água. Algumas vezes o que é excretado pela bexiga dá melhores noções sobre a doença do que o que sai pela pele. Em consequência, a medicina descobriu bebidas e alimentos que estando mais quentes que a matéria que aquece o corpo causam sua fusão e determinam o seu escoamento, matéria esta que jamais teria sido escoada sem essa intervenção. Pode-se ver, as excreções não têm uma relação constante com as informações que elas fornecem e variam de acordo com as vias que elas seguem; não se deve espantar que se confie nisso mais tardiamente e que a aplicação seja menos eficaz visto que ela somente serve para julgamento terapêutico após muitas interpretações indiretas.

13. (Conclusão.) Definitivamente, a medicina dispõe de raciocínios que lhe fornecem socorro para o tratamento, ela se abstém com razão de tocar nas doenças pouco suscetíveis de cura ou mesmo que nelas toque, ela não comete nenhum erro. Essa proposta é demonstrada pelo presente discurso e pelos exemplos dos homens que conhecem sua profissão. Eles se aprazem em provar por fatos mais do que por palavras e sem se ocuparem em discorrer. Eles estão convencidos de que o comum (vulgar, recorrente) é mais seguro aos seus olhos do que o que toca seus ouvidos.

Tradução: Carlos Leonardo de Assis Pinto e Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira

ANEXO B -

Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa - DSM IV (AAP, 2002, p.560)

A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (p. ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, p. ex., estrógeno.)

Especificar tipo:

Tipo restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (i.é, indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (i. é, indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas).

ANEXO C -

Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa – CID 10 (OMS, 1993, p.173-175)

F50.0 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente. O transtorno ocorre mais comumente em garotas adolescentes e mulheres jovens, mas garotos adolescentes e homens jovens podem ser afetados mais raramente, assim como podem ser afetadas crianças que estão próximas da puberdade e mulheres próximas da menopausa. Anorexia nervosa constitui uma síndrome independente no seguinte sentido:

- (a) os aspectos clínicos da síndrome são facilmente reconhecidos, de sorte que o diagnóstico é confiável com um alto nível de concordância entre os clínicos;
- (b) estudos evolutivos têm mostrado que, entre pacientes que não se recuperam, um número considerável continua a mostrar os mesmos aspectos principais da anorexia nervosa, em uma forma crônica.

Embora as causas fundamentais da anorexia nervosa permaneçam imprecisas, há evidência crescente de que a interação sociocultural e fatores biológicos contribuem para sua causação^(sic), assim como os mecanismos psicológicos menos específicos e uma vulnerabilidade de personalidade. O transtorno é associado a desnutrição de gravidade variável, resultando em alterações endócrinas e metabólicas e perturbações de função corporal secundárias. Permanece alguma dúvida quanto ao transtorno endócrino característico: se é inteiramente decorrente da desnutrição e do efeito direto de vários comportamentos que o tem ocasionado (p. ex. escolha dietética restrita, exercício excessivo e alterações na composição corporal, vômitos e purgação induzidos e as perturbações eletrolíticas conseqüentes) ou se fatores incertos estão também envolvidos.

Diretrizes diagnósticas

Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

- (a) O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice da massa corporal de Quetelet¹ em 17,5 ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o processo de crescimento.
- (b) A Perda de peso é auto induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos;

¹ Índice de Massa Corporal de Quetelet = (peso(kg)) / ([altura(m)]²)

- (c) Há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada ^(sic) e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio;
- (d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda do interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônio do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoideano e anormalidades de secreção da insulina;
- (e) Se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém, a menarca é tardia.

Diagnóstico Diferencial: Pode haver sintomas depressivos ou obsessivos associados, assim como aspectos de um transtorno da personalidade, o qual pode tornar a diferenciação difícil e/ou requerer o uso de mais de um código diagnóstico. Causas somáticas de perda de peso em pacientes jovens que precisam ser diferenciadas incluem doenças debilitantes crônicas, tumores cerebrais e transtornos intestinais tais como a doença de Crohn ou uma síndrome de má absorção.

Exclui: perda de apetite (R63.0)

Perda de apetite psicogênica (F50.8)

F 50.1 Anorexia nervosa atípica

Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos-chave da anorexia nervosa (F50.0), tais como amenorréia ou perda de peso significativa, estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais, ou em atenção primária. Pacientes que tem todos os sintomas-chave, mas somente num grau leve, podem também ser melhor descritos através deste termo. Ele não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas que são decorrentes de uma doença física conhecida.

ANEXO D -

Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa – DSM IV
(AAP, 2002, p.564-565)

A. Crises bulímicas recorrentes. Uma crise bulímica é caracterizada por ambos os seguintes aspectos:

(1) ingestão, em um período limitado de tempo (p. ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares

(2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (p. ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento)

B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

C. A crise bulímica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.

D. A auto-imagem é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo.

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na indução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Não-Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas.

ANEXO E -

Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa e outros TA, CID 10
(OMS, 1993, p.173-178)

F 50.2 Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa é uma síndrome caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia e uma preocupação excessiva com controle do peso corporal, levando o paciente a adotar medidas extremas, a fim de mitigar os efeitos “de engordar” da ingestão de alimentos. O termo deve ser restrito à forma do transtorno que está relacionado à anorexia nervosa, em virtude de compartilhar da mesma psicopatologia. A distribuição etária e por sexo é similar àquela da anorexia nervosa, porém a idade de apresentação tende a ser ligeiramente mais tardia. O transtorno pode ser visto como uma seqüela de anorexia nervosa persistente (embora a seqüência inversa possa também ocorrer). Uma paciente previamente anoréxica pode, primeiro, parecer melhorar como ganho de peso e possivelmente um retorno da menstruação, mas um padrão pernicioso de hiperfagia e vômitos torna-se então estabelecido. Vômitos repetidos provavelmente causarão perturbações dos eletrólitos corporais, complicações físicas (tetania, crises epiléticas, arritmias cardíacas, fraqueza muscular) e subsequentemente grave perda de peso.

Diretrizes diagnósticas

Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

- (a) Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.
- (b) O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; abuso de purgantes; períodos alternados de inanição; uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tiroideanos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.
- (c) A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há frequentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois episódios variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou ter assumido uma forma “disfarçada” menor, uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorréia.

Inclui: bulimia SOE
hiperanorexia nervosa

Diagnóstico diferencial. Bulimia nervosa deve ser diferenciada de:

- (a) transtornos gastrintestinais^(sic) superiores levando a vômitos repetidos (a psicopatologia característica está ausente);
- (b) uma anormalidade de personalidade mais geral (o transtorno alimentar pode co-existir com dependência de álcool e delitos pequenos tais como furtos em lojas);
- (c) transtorno depressivo (pacientes bulímicos frequentemente experimentam sintomas depressivos).

F 50.3 Bulimia nervosa atípica

Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos-chave listados para a bulimia nervosa (F50.2) estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico claramente típico. Mais comumente, isso se aplica a pessoas com peso normal ou mesmo excessivo, mas com típicos períodos de hiperfagia seguidos por vômitos ou purgação. Síndromes parciais junto com sintomas depressivos também não são incomuns, mas se os sintomas depressivos justificam um diagnóstico separado de um transtorno depressivo, dois diagnósticos em separado devem ser feitos.

Inclui: bulimia de peso normal

F 50.4 Hiperfagia associada a outras perturbações psicológicas

Hiperfagia que tenha levado à obesidade como uma reação a eventos angustiantes deve ser codificada aqui. Perdas, acidentes, operações cirúrgicas e eventos emocionalmente angustiantes podem ser seguidos por uma “obesidade reativa”, especialmente em pacientes predispostos a ganho de peso.

Obesidade como uma causa de perturbação psicológica não deve ser codificada aqui. A obesidade pode induzir o indivíduo a sentir-se hipersensível acerca de sua aparência e provocar uma perda de confiança nos relacionamentos pessoais; a avaliação subjetiva das dimensões do corpo pode ser exagerada. Obesidade como uma causa de perturbação psicológica deve ser codificada em uma categoria como F38. - [outros transtornos do humor (afetivos)], F41.2 (transtorno misto de ansiedade e depressão) ou F48.9 (transtorno neurótico, não especificado), mais um código de E66. – da CID-10 para indicar o tipo de obesidade.

Obesidade como um efeito indesejável de tratamento a longo prazo com neurolépticos, antidepressivos ou outro tipo de medicação não deve ser codificada aqui, mas sob E66.1 (obesidade induzida por drogas), mais um código adicional do capítulo XX (Causas externas) da CID-10 para identificar a droga.

Obesidade pode ser a motivação para uma dieta, a qual, por sua vez, resulta em sintomas afetivos menores (ansiedade, inquietação, fraqueza e irritabilidade) ou, mais raramente, sintomas depressivos graves (“depressão por dieta alimentar”). O código apropriado de F30 – F39 ou F40 – F49 deve ser usado para cobrir os

sintomas acima, mais F50.8 (outro transtorno alimentar) para indicar a dieta, mais um código de E66. – para indicar o tipo de obesidade.

Inclui: hiperfagia psicogênica
Exclui: obesidade (E66. -)
polifagia SOE (R63.2)

F 50.5 Vômitos associados a outras perturbações psicológicas

Afora o vômito auto-induzido da bulimia nervosa, vômitos repetidos podem ocorrer em transtornos dissociativos (F44. -), em transtorno hipocondríaco (F45.2), quando vômito pode ser um dos vários sintomas corporais, e na gravidez, quando fatores emocionais podem contribuir para náuseas e vômitos recorrentes.

Inclui: hiperemese gravídica psicogênica
vômito psicogênico

Exclui: Náusea e vômito SOE (R11)

F 50.8 Outros Transtornos Alimentares

Inclui: pica de origem não-orgânica em adultos
perda de apetite psicogênica

F 50.9 Transtorno Alimentar, não especificado

ANEXO F -

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina da UFMG
NIAB – Núcleo de Investigação de Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas**

Título da Pesquisa: “**Anorexia e Bulimia Nervosas: o que pode um médico?**”.

Pesquisadora: Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira, CRM-MG 20.028, médica do NIAB e doutoranda pela Faculdade de Medicina da UFMG. (tel. Contato: 3222-3422)

Orientador: Roberto Assis Ferreira, CRM-MG 4323, Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG e Membro do NIAB. (tel. Contato: 3273-0770)

O trabalho intitulado “**Anorexia e Bulimia Nervosas: o que pode um médico?**” será um ensaio teórico com base na experiência adquirida pela autora durante o trabalho no atendimento de pacientes com anorexia e/ou bulimia entre os anos de 2000 e 2008. O objetivo do trabalho é o de oferecer aos médicos a possibilidade de reflexão sobre seu papel no tratamento dos pacientes com estes problemas. Para isso serão selecionados alguns acontecimentos que se deram entre os médicos e alguns poucos pacientes durante os atendimentos normais, para a discussão sobre o papel do médico. Este material será selecionado a partir de situações vividas durante os atendimentos dos pacientes. Não haverá prejuízo ou benefício para aqueles que concordarem em participar deste trabalho. Estarão concordando em auxiliar outros médicos no entendimento destes problemas.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados em sigilo e os acontecimentos deturpados para que não seja possível nenhuma identificação. Sendo assim, a identidade dos participantes não será revelada em nenhuma publicação resultante desse projeto.

A participação nessa pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem perda de nenhum benefício e sem prejuízo para seu atendimento no Hospital das Clínicas. O procedimento não oferece riscos ao participante, nem ao seu tratamento, suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar e, caso deseje, pode retirar seu consentimento a qualquer momento. COEP: Unidade Administrativa II, sala 2005, Campus Pampulha da UFMG. 3409-4592.

O relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicações em revistas especializadas.

Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira, CRM-MG 20.028

Roberto Assis Ferreira, CRM-MG 4.323

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM PESQUISA PARA MAIORES DE 18 ANOS
(de acordo com a Resolução CNS 196/96)**

Este termo, em duas vias, é para certificar que eu,

.....
concordo em participar, na qualidade de voluntário(a), do estudo “Anorexia e Bulimia Nervosas: o que pode um médico?” realizado pela Dra. Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira, médica, durante os atendimentos no NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia). Afirmo que li o preâmbulo desse termo, tenho conhecimento dos objetivos desse projeto e me foi fornecida uma cópia do preâmbulo onde constam os termos do trabalho e os telefones de contato dos pesquisadores. Dou permissão para que as informações obtidas durante meu atendimento sejam utilizadas na redação deste trabalho científico, mas sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Declaro meu consentimento livre e esclarecido para essa participação, tendo assegurado o meu direito de me retirar deste trabalho, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, concordando com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados nos atendimentos, e estando ciente do sigilo quanto a dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Belo Horizonte,de.....de 200.....

Assinatura do participante maior de 18 anos:

.....

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA O RESPONSÁVEL PELO
ADOLESCENTE DE 13 A 17 ANOS
(de acordo com a Resolução CNS 196/96)**

Este termo, em duas vias, é para certificar que eu,.....
....., na qualidade
de responsável pelo (a) adolescente,
concordo que ele (a) participe voluntariamente do estudo “Anorexia e Bulimia: o que
pode um médico?” realizado pela Dra. Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira, médica,
durante os atendimentos no NIAB. Afirmo que li o preâmbulo desse termo, tenho
conhecimento dos objetivos deste trabalho científico e me foi fornecida uma cópia do
preâmbulo onde constam os termos do trabalho e os telefones de contato dos
pesquisadores.

Por meio desse, dou permissão para que as informações obtidas durante os
atendimentos sejam utilizadas na redação do trabalho, mas sempre submetidas às normas
do sigilo profissional.

Declaro meu consentimento livre e esclarecido para a participação do(a)
adolescente, tendo assegurado o seu direito de se retirar deste trabalho, em qualquer fase
dele, sem penalização alguma, concordando com a divulgação, para fins científicos, dos
dados encontrados nos atendimentos, e estando ciente do sigilo quanto a dados
confidenciais envolvidos.

Belo Horizonte,de.....de 200...

Assinatura do responsável:

.....

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA ADOLESCENTES DE 13 A 17 ANOS
(de acordo com a Resolução CNS 196/96)**

Este termo, em duas vias, é para certificar que eu,.....
..... concordo em
participar, na qualidade de voluntário, do estudo “Anorexia e Bulimia Nervosas: o que
pode um médico” realizado pela Dra. Beatriz Espírito santo Nery Ferreira, médica,
durante os atendimentos no NIAB (Núcleo de Investigação de Anorexia e Bulimia HC-
UFMG). Afirmo que li o preâmbulo desse termo, tenho conhecimento dos objetivos
desse projeto científico e me foi fornecida uma cópia do preâmbulo onde constam os
termos do trabalho e os telefones de contato dos pesquisadores. Dou permissão para que
as informações obtidas durante meu atendimento sejam utilizadas na redação do
trabalho, mas sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Declaro meu consentimento livre e esclarecido para essa participação, tendo
assegurado o meu direito de me retirar do experimento, em qualquer fase dele, sem
penalização alguma, concordando com a divulgação, para fins científicos, dos dados
encontrados nos atendimentos, e estando ciente do sigilo quanto a dados confidenciais
envolvidos na pesquisa.

Belo Horizonte,de.....de 200.....

Assinatura do adolescente de 13 a 17anos:

.....

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA DE PAIS OU RESPONSÁVEIS POR
CRIANÇAS DE 7 A 12 ANOS**

(de acordo com a Resolução CNS 196/96)

Este termo, em duas vias, é para certificar que eu,,
....., na qualidade de responsável pelo (a) menor
....., concordo que
ele (a) participe voluntariamente do estudo “Anorexia e Bulimia: o que pode um
médico?” realizado pela Dra. Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira, médica, durante os
atendimentos no NIAB – Núcleo de Investigação de Anorexia e Bulimia. Afirmando que li
o preâmbulo desse termo e me foi fornecida uma cópia do mesmo onde constam os
termos do trabalho e os telefones de contato dos pesquisadores. Tenho conhecimento
dos objetivos desse projeto científico e que o(a) menor do qual sou o pai ou responsável
também foi verbalmente informado pela doutora sobre o projeto em questão.

Por meio desse, dou permissão para que as informações obtidas durante os
atendimentos sejam utilizadas na redação do trabalho, mas sempre submetidas às
normas do sigilo profissional.

Declaro meu consentimento livre e esclarecido para a participação do(a) menor,
tendo assegurado o seu direito de se retirar deste trabalho, em qualquer fase da pesquisa,
sem penalização alguma, concordando com a divulgação, para fins científicos, dos
dados encontrados nos atendimentos, e estando ciente do sigilo quanto a dados
confidenciais envolvidos.

Belo Horizonte,de.....de 200....

Assinatura dos pais ou responsável:

.....

Assinatura da criança entre 7 a 12 anos:

.....

