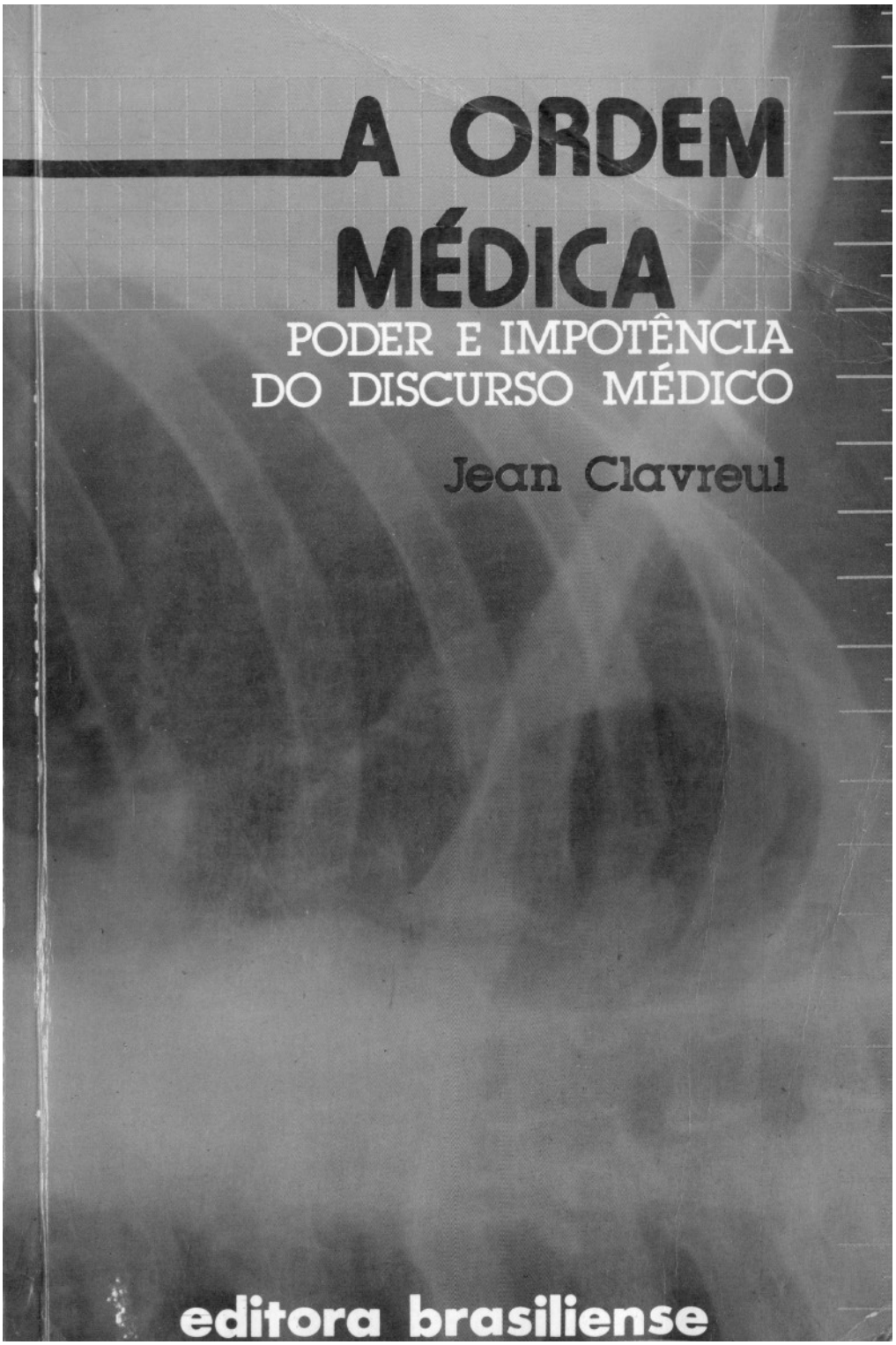
A ORDEM MÉDICA

PODER E IMPOTÊNCIA DO DISCURSO MÉDICO

Jean Clavreul

editora brasiliense


A ORDEM MÉDICA
PODER E IMPOTÊNCIA DO DISCURSO MÉDICO
Jean Clavreul
editora brasiliense

- **Bitolando pela Psiquiatria - Eileen Walkenstein**
- **Medicina Alternativa - *Donald Law***
- **Medicina Humanista - *Herbert Benson***
- **Psiquiatria e Subdesenvolvimento - *Diversos Autores***
- **Sobre Loucos e Sãos - *Ronald D. Laing***

Coleção Primeiros Passos

- **O que *é* Burocracia - *Fernando Mona***
- **O que é Capitalismo - *Afrânio Mendes Catani***
- **O que são Direitos da Pessoa - *Dalmo de Abreu Dallari***
- **O que é Ideologia - *Mar/lena Chaul***
- **O que é Loucura - *João Frayse Pereira***
- **O que é Medicina Alternativa - *Alan índio Serrano***
- **O que são Pessoas Deficientes - *João B. Cintra Ribas***
- **O que é Psicologia Social - *Silvia T. Maurer Lane***
- **O que é Psiquiatria Alternativa - *Alan Serrano***

Coleção Encanto Radical

- **Sigmund Freud - A Conquista do Proibido - Renato Mezan Coleção Primeiros Vôos**
- **Participação e Co-Gestão - Novas Formas de Administração - *Fernando C. Prestes Motta***
- **Recursos Humanos e Treinamentos - *Jorge Roux***

Jean Clavreul

A ORDEM MÉDICA
PODER E IMPOTÊNCIA DO DISCURSO MÊDICO

Traduzido por:

Colégio Freudiano do Rio de Janeiro;
Jorge Gabriel Noujaim
Marco Antonio Coutinho Jorge
Potiguara Mendes da Silveira Jr.

Copyright Editions du Seuil, 1978.
Título original: L'Ordre Medical

Consultor para a tradução: M. D. Magno

Capa:
Ettore Bottini

Revisão:
Rosângela M. Dolis
José W. S. Moraes

índice

Discurso médico e discurso psicanalítico - Marco Antonio Coutinho Jorge *7*
Introdução *29*
1. A Ordem médica 40
2. Medicina. Ciências "positivas". Ciências "humanas" 51
3. As origens da medicina. Mitologias do positivismo 64
4. A medicina é um discurso. Poder e impotência do discurso 76
5. O mestre do discurso. O discurso do Mestre de Cós 87
6. A exclusão do desejo 101
7. O desejo do medico é definido pelo objeto da medicina 110
8. O objeto da medicina é a doença. Uma ontologia que insiste 121
9. Saber - segredo - sagrado - sujeito suposto saber 137
10. "O ser" em sofrimento. O doente 151
11. Discurso médico e discurso psicanalítico 164
12. Clinica médica e clinica psicanalítica 177
13. Semiologia clinica e semiótica 196
14. Não existe relação médico-doente 210
15. Os efeitos do discurso médico: uma ética em questão 226
16. Da ideologia à deontologia 240
17. Ordem científica e Ordem jurídica 253
18. Para introduzir uma clínica psicanalítica 267

Apresentação da edição brasileira

Discurso medico e discurso psicanalítico

MARCO ANTONIO COUTINHO JORGE*

- Em tua opinião, qual é a profissão mais difícil, *depois das letras?* [2] - prosseguiu Trimálquio - Para mim, creio que são a medicina e o câmbio. O médico, porque *deve saber o* que um homem tem nas entranhas, e quando a febre deve se manifestar - *embora eu odeie os meus, por estarem constantemente me prescrevendo caldo de ganso;* - e o banqueiro, por ter de saber distinguir o cobre por baixo da prata.

Arbiter Petronium, *Satiricon, LVI.*

Na medida em que a psicanálise, triturada até tornar-se um meio de consertar ou restaurar os Ideais, se torne uma *ciência* correta, se não uma experiência do inefável, ela vem servir às deliciosas propagandas sobre o *Poder* humano, inteligente, compreensivo etc..., e os psicanalistas têm as melhores chances de se tornarem, por sua vez, os deuses, os bons doutores de um *saber* embasbacante**.**

Pierre Legendre, *O Doutor**.*** [3]

(*) O autor é médico, psiquiatra, psicanalista, membro do Colégio Freudiano do Rio de Janeiro.

(1) Texto que retoma os principais desenvolvimentos do curso de introdução à leitura de Freud, *Leitura de "51 psicopatologia da vida quotidiana*", realizado no Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, no 1° semestre de 1980. Para nós, o próprio título da obra de Freud (na qual ele deseja demonstrar sua tese do determinismo psíquico) já é indicativo da ruptura que a psicanálise instaura em relação ao saber médico: como é possível falar, dentro do discurso médico, de uma *psicopatologia* do *quotidiano?*

(2) Os grifos são nossos.

(3) Legendre, P., "O Doutor" in Lugar 8, Rio de Janeiro, Ed. Rio, 1976, p. 38.

A publicação no Brasil do livro de Jean Clavreul, *A Ordem Médica,* se faz num momento oportuno, em que o exercício da clinica psicanalítica acha-se, já há algum tempo, ameaçado de ser restringido em nosso meio a médicos e psicólogos, por força de uma lei que pretenderia regulamentar a profissão do psicanalista. Mesmo longe de ser efetivada, tal regulamentação não deixa de despertar, ainda hoje, o tema das relações entre psicanálise e medicina. Relações cujo caráter, adiantamos, é mutuamente excludente, o que pretendemos demonstrar em alguns desenvolvimentos, não sem remeter o leitor à obra de Clavreul.

Muito já foi dito sobre esse assunto mas, como se não bastasse a própria história do movimento psicanalítico - em sua própria origem constituído por um grande número de não-médicos' - e a posição de Freud, seu criador, favorável à prática da psicanálise por não-médicos,' cumpre-nos desenvolver uma vez mais o tema e demonstrar a impossibilidade de tal lei ser endossada sem pôr em risco aquilo que constitui a especificidade mesma da psicanálise, *"campo Outro fundado por Freud, campo freudiano onde não é o homem que está em questão, mas o Inconsciente (o Inconsciente especificamente freudiano)"* [8]

Esta é uma das tarefas a que se dedica Clavreul nessa obra, tarefa que retomamos, centrados, sobretudo, nos desenvolvimentos nela apresentados.

(4) Clavreul, *J., L ordre medical,* Paris, Ed. du Seuil, Col. Le champ freudien, 1978.

(5) A esse respeito, consultar: Magno, M. D., "Notes sur la situation de la psychanalyse au Brésil", in *Ornicar?, n?* 17-18, Paris, Ed. Lyse-Seuil, 1979, p. 205. E o comentário de Jacques-Alain Miller na nota de rodapé, onde ele dá seu apoio total à oposição contra esta lei, que ele qualifica de "*celerada*".

(6) Anna Freud (professora), Oskar Pfister (padre), Hermine Hug-Hellmuth (doutora em filosofia), Melanie Klein, Otto Rank, Aichhorn, Wälder, Flilgel, Joan Rivière, Ella Sharp, James Strachey, enumeração que reproduzimos de: Katz, C. S., *Psicanálise e instituição,* Rio de Janeiro, Ed. Documentário, 1977, pp. 37 e 38.

(7) Freud, *S., A questão da análise leiga,* Edição *Standard* brasileira das Obras Completas, vol. 20, Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1976. Texto escrito por Freud em defesa de T. Reik, analista não-médico, membro da Sociedade Psicanalítica de Viena, que fora acusado de charlatanismo em 1926.

(8) Magno, M. D., comentário à edição brasileira do *Livro 1 de OSeminário de Jacques Lacan, Os escritos técnicos de Freud,* Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1979.

Fundamentado na teoria de Lacan sobre os Quatro Discursos[9] (do Mestre, do Universitário, da Histérica, do Psicanalista),[10] Clavreul nos demonstra que, longe de ser uma especialidade da medicina - como nos propõe sem rodeios, e não sem motivos, na verdade políticos e nunca teóricos, o discurso oferecido pelas Sociedades psicanalíticas filiadas à Associação Psicanalítica Internaciona[11] - *a psicanálise e, antes, o avesso da medicina.*

Demonstração que é uma exigência da visada lacaniana de estabelecer a critica dos desvios teóricos que sofreu a psicanálise, para lhe devolver sua especificidade e rigor. De todos os desvios, os mais importantes foram certamente aqueles promovidos pela interferência, em seu campo, do discurso médico e psicológico.

Cabe aqui, de modo introdutório, algum comentário, necessariamente conciso, sobre a teoria lacaniana dos Quatro Discursos.

São quatro os elementos que constituem a estrutura de todo discurso: S_1 – significante mestre;[12] S_2 – saber (cadeia dos significantes constituídos S_2, S_3, S_4, etc., representada pela abreviação S_2), *a* – mais-gozar; S – sujeito barrado do significante que o constitui (o sujeito, na definição lacaniana, é representado *entre dois* significantes: *um significante e o que representa um sujeito para outro significante).*

E são também quatro os *lugares* que esses elementos podem ocupar:

o agente	o outro
a verdade	a produção

. Tais lugares correspondem às duas questões que toda interrogação sobre um discurso comporta.[13] São elas:

1. Em nome de quê esse discurso, questão que pode ser subdividida em duas: a) o que organiza esse discurso, o que desempenha o papel de *agente;* b) o que o organiza mais fundamentalmente, qual é sua *verdade?*

2. Em vista de quê esse discurso, ou seja: a) qual é o *outro* ao qual esse discurso se dirige; b) qual é *o produto* que tal discurso comporta?, -

É a rotação dos quatro *elementos* nos quatro *lugares* que vai configurar a estrutura de cada discurso, o que fornece as seguintes possibilidades discursivas:

(9) Lacan, *J., La psychanalyse à l'envers,* Seminário de 1971, inédito.

(10) "Não é necessário insistir muito na primeira impressão que tal lista pode dar: disparate, talvez apenas aparente, mas de que seria preciso dar conta.", Chemama, *R., Algumas reflexões sobre a neurose obsessiva a partir dos "Quatro Discursos", in Lugar 8,* Rio de Janeiro, Ed. Rio, 1976, p. 133.

(11) Dentre os inúmeros pronunciamentos recentes do Presidente da Associação Brasileira de Psicanálise, ressaltamos os seguintes: para a formação psicanalitica, em geral o médico leva vantagem por "*ter convivido com o sofrimento humano, com a morte*". E sobre o preço cobrado, o argumento é a hora de trabalho médico: "*Não podemos transformar a psicanálise naquilo que não é. Cobramos o que um* médico *cobra*". (Caderno B do *Jornal do Brasil,* 10/12/79). Onde se depreende o receio de que analistas não-médicos cobrem preços inferiores aos da *hora-médica.* E quanto à indicação de analistas: "*Muitas vezes um clínico, um psiquiatra* ou *qualquer outra pessoa bem orientada e informada faz indicações corretas*" *(JB,* 5/6/80), onde fica implícito que a indicação *correta,* feita por um médico, é a do *analista-médico.*

(12) Em francês, *signifiant maitre* (mestre, senhor, dono). A assonância, em francês, de *maItreZom m'êtrc)(me ser)* é a via que sugeriu a M. D. Magno a tradução de *signifiant mâttre* por *significante,sd-la,* O que além de preservar o sentido de m'être,,ossibilita em nossa lingua a assonância com *sêlo,* que remete *à marca originária* de que se trata em S_1. Formulação encontrada em: Magno, M. D., *O Pato Lógico.*

O discurso médico é, em sua essencialidade, um_ discurso bastante próximo *do discurso do Mestre.* Faço aqui um parêntese para explicitar que cada um dos quatro discursos da teoria lacaniana constitui uma espécie de pólo de atração para o qual convergem, num movimento de báscula constante, todos os discursos existentes. Ou seja, nenhum discurso existente pode ser identificado *estritamente* a um desses quatro discursos.

Pois a teoria lacaniana dos Quatro Discursos remete diretamente à afirmação freudiana de que é *impossível governar, educar e psicanalisar. A* essas três impossibilidades, Lacan acrescentou uma quarta: *é impossível se fazer amado,* que corresponde ao discurso da Histérica.

(13) Chemama, *R., op. cit.,* pp. 135 e 136.

Enquanto representante hodierno típico do discurso da ciência - representante que possui uma incidência direta, maciça sobre o *quotidiano* de qualquer indivíduo -, o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calcada na abolição da subjetividade do autor. Por isso, ao se falar do papel do autor do discurso do Mestre, são utilizadas noções tão vagas como *desejo de saber, desejo de curar, genialidade, intuição* etc.

Evidenciando que é a exclusão das posições subjetivas do médico e do doente o que funda a relação médico-doente, é que Lacan dirá que *não existe relação médico-doente.*

O médico só intervém e só fala enquanto lugar-tenente da instituição médica, enquanto funcionário, instrumento do discurso médico. O médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula enquanto sujeito perante a exigência de objetividade científica. O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por *ser ele próprio o menos possível.* [14]

O apagamento da subjetividade do médico pode ser evidenciado ao constatarmos que a lógica institucional - asilar, no caso da psiquiatria - transcende a particularidade do médico que examina, decorrendo daí o fato de o estilo das observações do prontuário de um doente ser o mesmo, independentemente do sujeito que o entrevistou[15].

Dessubjetivação do médico que é exemplificada por Clavreul pelo conselho oferecido aos médicos que lidam com crianças leucêmicas de que dediquem algumas horas por dia à prática da experimentação no laboratório, sob o pretexto manifesto de que devem se permitir o alívio do sofrimento que tal contato promove.

O que só faz escamotear a verdade latente de que é a evasão da relação subjetiva o que ocorre aí, lançando-se o médico à suposta objetividade dos tubos de ensaio e fórmulas químicas. O médico aí sofre, não por partilhar do sofrimento da criança, mas por nada poder fazer para superar sua própria impotência perante a doença fatal. Impotência que seria desfeita no momento em que a potência de seu saber pudesse enfrentar, sem temer uma derrota, o Mestre absoluto, ou seja, a Morte.

(14) Clavreul, J., "Nosologies et structures", *in Lettres de l École freudienne,* n? 21, *Les mathèmes de la psyehanalyse,* Paris, 1977, p. 261.

(15) Milan, *B., Manhas do Poder (Umbanda, asilo e iniciação), São* Paulo, Ed. Ática, 1979, p. 44.

Se por um lado o olhar dessa criança - cujo brilho, ou o que resta dele, apenas por sua presença já é uma demanda de cura -, só fará relançá-lo no abismo de sua própria impotência, por outro lado, o laboratório, este contém, mesmo que de modo virtual, mesmo que adiada para o futuro, a possibilidade de obtenção da arma - *arma terapêutica, arsenal terapêutico* são expressões vigentes no vocabulário médico - para enfrentar o inimigo, o que lhe possibilitará dar provas de sua mestria.[16]

Dessubjetivação, ainda, que se revela pela rareza do encontro entre medico e doente, ficando este submetido ao tratamento de uma *equipe médica - o* trabalho em equipe é um dos estandartes que o discurso médico levanta atualmente, ao mesmo tempo que, contraditoriamente, e sem se aperceber disso, alteia a flâmula da relação médico-doente - que se reveza junto ao doente, valoriza apenas os dados escritos no prontuário por outros médicos para diagnosticar e prescrever. O que se demonstra no inegável hábito de o médico chegar junto ao leito do doente já ciente de todas as informações da equipe escritas no prontuário.

Tais informações, tal saber, constituem o elemento que mediatiza, a partir daí, o que se passará no encontro. Encontro que, portanto, não existe, sendo apenas o ardil para o encontro do médico com seu próprio discurso. Sob a máscara de um *diálogo, é um monólogo* que se instaura. Onde se evidencia a *função silenciadora* do discurso médico, que ao se valer apenas dos elementos de seu próprio discurso abole tudo o que nele não possa se inscrever.

Por outro lado, o doente, não é a ele que o médico se dirige, mas ao homem presumidamente normal que ele era e que *deve* voltar *a ser.* Homem normal, ou seja, que raciocina com justeza, o que significa que ele deve se submeter à razão médica, qual quer insurgência contra a razão médica sendo tomada como sinal de loucura.

(16) No sentido, aqui, de domínio.

A ordem hipocrática constitui uma "ordem jurídica", no sentido em que fala Kelsen. O direito, diz Kelsen,[17] não fala do *Ser* mas apenas do dever-ser e os meios do direito, as sanções, destinam-se a fazer com que cada um aceda ao dever-ser. O homem tal como é definido pelo humanismo e pela medicina, também é da ordem do dever-ser, é o homem em boa saúde, aquele ao qual cada um acederá, se seguir as prescrições da razão médica.

Mas o Ser, o homem doente, não interessa à medicina, daí o médico não se dirigir ao doente, mas ao futuro homem são. Pois se no discurso médico o doente é definido como homem + doença, o homem passa a ser definido aí como doente - doença. E é nesse sentido que também se pode evidenciar que *não existe relação médico-doente.*

Não só não existe relação médico-doente, mera contingência, a qual a lógica médica deve descartar, como também *não* ***existe*** *relação médico-doença. Só existe a relação instituição medica-doença.*

Médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalecem *a instituição médica* - lugar da totalidade do discurso médico, e da qual o médico é apenas o anônimo representante -, e a *doença* - objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo *terreno* no qual a doença se instala.

A exigência do *uniforme* tanto para o médico quanto para o doente hospitalizado - do mesmo modo que no exército, no presídio e no convento - parece adquirir sua significação não apenas da necessidade de identificação imediata do sujeito ou das regras da higiene e da assepsia, mas também da *uniformização* que o duplo anonimato em questão requer.

A ordem médica é da alçada da ciência, mas ela é sobretudo uma ordem jurídica. A prescrição médica se mostra, no campo da medicina, como o equivalente à sanção legal no campo jurídico - no próprio seio do discurso médico fala-se de sanção terapêutica. Ou seja, aquele cujo organismo se afastar da norma instituída pela ordem médica receberá a sanção que se destina a fazer com que ele retorne para o interior da norma. Assim como o criminoso que sofre uma sanção penal ao cometer um delito...

(17) Kelsen, *Teoria pura do direito,* Armênio Amado Ed., Coimbra, 1979.

É através de uma receita que o médico prescreve ao doente, ou seja, através de uma *ordem.* A prescrição médica é um enunciado dogmático: *coma isso, não beba aquilo, não fume, repouse, faça exercícios...* Até a sexualidade sofre este efeito de ordenação que está implícito na prescrição: manter relações sexuais periodicamente ajuda a manter a boa forma!... O que tem por efeito transformar a vida amorosa do sujeito num *dever* conjugal, o que é exatamente o modo pelo qual a ideologia dominante encara a sexualidade. Por onde se depreende o conchavo do discurso médico com o discurso dominante, um utilizando o outro para impor seus ditames, suas leis e seus ideais.

E nesse ponto que se estabelece uma distinção radical entre psicanálise e medicina, pois é o princípio mesmo de uma função superegóica de uma ordem perante a qual devemos nos curvar e nos adaptar que a psicanálise põe em questão, tanto em sua relação com os poderes públicos quanto numa cura individual. Ordem que está na base da *sugestão* hipnótica e da posição de *sujeito que sabe* assumida pelo médico. [18]

Era com o nome de *psicoterapia,* diz Clavreul, que a Grécia cristã denominava a ação de converter os pagãos. Converter, convencer, vencer são tarefas próprias ao discurso do Mestre. Já a psicanálise, sua propriedade é de *ne pas vaincre, con ou pás.*[19]

Foi exatamente isso que Freud deixou para trás, para a pré-história da psicanálise, quando fez a passagem da utilização da *técnica hipnótica,* e da *sugestão* com a qual esta necessariamente opera, para a escuta do sujeito em sua *livre associação.*

Associação *livre,* nesse caso, também da opressão promovida pelo inquérito médico, inquérito que se configura de modo nítido através da anamnese. Escuta, por sua vez flutuante, do, analista, ou seja, que não valoriza *a* priori nenhum dos elementos do discurso do sujeito, não utilizando-se o analista, desse modo, de seus pré-conceitos para ouvir,[20] Único modo pelo qual pode emergir a verdade do sujeito a partir da *transferência.*

(18) Vide epígrafes.

(19) Lacan, J., citado ***in*** Magno, M. D., "Senso contra Censo da obra-de-arte", *Lugar 9,* Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1977, p. 7. Lacan aí formula que o próprio da psicanálise é de *não vencer, não convencer.* Ao mesmo tempo, ao cortar a palavra *convencer (con-vaincre)* isola o termo popular *con,* que significa *bobo, babaca.*

Esta passagem da utilização da *sugestão* para *a transferência,* da utilização da *anamnese médica* para *a associação livre,* é permeada, em Freud, pela nomeação da posição própria ao analista, ou seja, a de *neutralidade.*[21]

Porque o que está em jogo aí, na verdade, é a *passagem de um discurso a outro,* do discurso do Mestre para o discurso do Psicanalista. Passagem da posição do médico - do psiquiatra - para a posição do psicanalista, que também é a passagem da posição de *compreensão* para a posição de *interpretação.*[22] *Passagem, enfim, da postura do sujeito que sabe,* própria do médico (domínio do Mestre) à do *sujeito suposto saber,* lugar do psicanalista.

Viés pelo qual se depreende que a psicanálise se diferencia de modo radical da medicina, o que impossibilita que seja definida como um dos métodos psicoterápicos dos quais o médico pode se utilizar - contrariamente ao que afirmam muitos psicanalistas.[23]

(20) É o que permite a Lacan afirmar: "*L analyste, je le dessuis. (O analista, eu o des-sou)*", Lacan, *J., Les Non-Dupes errent,* seminário inédito de 9/4/1974. "Um *analista não é analista: apenas se autoriza, por um seu `documento', ou 'monumento' que como certa base o suporte, suportar (não-) ser o objeto a que dele se apodera por escrita exarada, e no qual ele tem que se tornar, tornar-se* sempre. O *objeto a é não-ser, donde o verbo* des-ser *que Lacan forja para o analista que o figura, que dele faz semblante, toma a aparência, para advir a esse lugar inocupável, lugar de* personne: *pessoa, máscara, ninguém.*", Magno, M. D., "Senso contra Censo da obra-de-arte", ***op.*** *cit.*, pp. 65 e 66.

(21) O que não deve ser confundido com uma determinada *máscara de neutralidade* que, exatamente por estar no registro das aparências (no eixo do - imaginário - a-a' - do esquema L de Lacan), apenas esconde o poder em jogo em muitas análises, em que o analista, revestido da *máscara de neutralidade,* concebe o final da análise como sendo a identificação a seu ego, o que já não é indicativo de nenhuma neutralidade... A operação analítica, por se dar no eixo do simbólico - *S-A -,* é intersubjetiva, promove uma espécie de curto-circuito no esquema e prescinde do eixo do imaginário. Consultar: Lacan, J., *Escritos,* São Paulo, Ed. Perspectiva, 1978, p. 60.

(22) "*Compreender se opõe a interpretar, como o discurso do mestre se opõe ao discurso do analista*", Miller, J.-A, "Teoria da Alíngua", *in Lugar 8, Rio* de Janeiro, Ed. Rio, 1976, p. 16. Caberia aqui interpretar aquele que Compreende, o

que nos levaria a dizer que *toda compreensão é feita com preensão* Ou seja, aquele que compreende engloba o outro em seu próprio campo, à revelia desse outro da, alteridade que o constitui enquanto sujeito. Por isso diz Lacan aos analistas: "*Evitem. compreender!*", Lacan, *J., Escritos, op. cit., p.* 202.

Donde também a impossibilidade de uma expressão tão difundida quanto vaga: *psicoterapia psicanalítica,* ou *psicoterapia de inspiração analítica,* onde a palavra *inspiração* permanece deliberadamente obscura.[24]

Um termo sendo excludente do outro, o que tal expressão - *psicoterapia psicanalítica* - visa *é homogeneizar o* heterogêneo*,* abolir a diferença instaurada pelo discurso psicanalítico. Homogeneização cuja resultante final já se encontra prefigurada na própria expressão: tornar a psicanálise mero adjetivo qualificativo de uma técnica de persuasão, ou seja, descaracterizá-la no que ela possui de singular - singularidade que para ser atingida precisou da passagem discursiva que mencionamos acima. Homogeneização, ainda, cuja meta é *compatibilizar o incompatível: a "horda* selvagem" com *a ordem* médica.

Pois do ponto de vista psicanalítico, o psiquismo não é passível de ser "terapizado". Esta era a posição de Freud da qual Lacan veio relembrar os psicanalistas.[25] O termo *psicoterapia é* oriundo da instituição médica, ele é puramente institucional. É preciso eliminá-lo para que possamos começar a nos interrogar sobre a psicanálise? Por outro lado, a utilização do termo *psicoterapia* inicialmente no discurso religioso e em seguida no discurso médico indica que devemos nos deter sobre o fenômeno da ascensão do segundo em detrimento do primeiro.[27]

Por onde quer que o discurso médico tenha se desenvolvido, a histeria não deixou de ser reconhecida pelo que ela representa em relação ao saber médico. Ou seja*,* que a histeria pode parecer todas, as doenças sem nunca ser uma delas, escapando por essa via ao saber constituído. Por esse motivo, a histérica, com seus sintomas denominados no discurso médico de *migratórios,* ludibria o saber médico, colocando-o num impasse. E do médico, a histérica só ouvirá como resposta: *"Você não tem nada!".*

(23) A concepção da psicanálise estritamente como uma forma de terapêutica médica foi, aliás, o tiro de misericórdia do último Congresso da Associação Psicanalítica Internacional em Jerusalém.

(24) Melman, Ch., "Congresso da EFP em Estrasburgo", *in Lettres de 1 École freudienne,* n° 6, outubro de 1969, p. 38.

(25) Lacan, J., "Ouverture de la section clinique", *in Ornicar?,* n? 9, Paris, Ed. Lyse, abril de 1977, p. 13.

(26) Nassif, J., "Congresso da EFP em Estrasburgo", *op. cit., p.* 40. (27) Jorge, **M. A.** *C., A sexualidade em Freud (Da degenerescência á disposição neuropática geral), Maisum n° 2,* 1981, p. 97.

Mas, curiosamente, entre os médicos, comenta-se que ela tem alguma coisa, sim, ela sofre de *piti...* O que para nós, só faz evidenciar a desqualificação que é promovida pelo "diagnóstico" de *piti,* diagnóstico impossível de ser revelado sem desencadear no outro seu intuito mais secreto, a agressão moral.[28] "Diagnóstico" que tem como função a de desqualificar o sujeito, do mesmo modo que no caso do "paciente" negro W., relatado por B. Milan, "diagnosticado" de paranóico sem o ser, a "paranóia" é apenas o modo de o recalcado retornar [29] através do saber que se exerce contra o sujeito.

Ao dito do médico dirigido à histérica *"Você não tem nada"* cabe, pois, acrescentar o resto da frase que permanece, outrossim, não-dito: *"Você não tem nada... que seja passível de se inscrever no discurso médico. "*

Pois, se o "diagnóstico" de *piti* serve, no meio médico, para desqualificar a histérica, só serve é para *desqualifica-la enquanto doente.* O papel do doente, a histérica não o desempenha bem, na medida mesma em que seus sintomas são passíveis de regredirem subitamente sem qualquer intervenção médica ou, por outro lado, de se mostrarem inarredáveis mesmo após terem sido esgotados todos os recursos "mais modernos" da medicina.

Justamente por isso a histérica é acusada de *simular* os sintomas, termo que remete diretamente ao contexto teatral e seu jogo. Porque o papel que ela,deveria representar na cena *médica,* o do doente, este papel ela não o desempenha bem. E, recusando-se a coadjuvar na *opereta* que lhe apresentam, será, então, seu *drama* [30] que não será ouvido.

(28) *A função desqualificadora do diagnóstico pode ser evidenciada com a maior frequancia no discurso psiquiátrico, o que não impede que analistas não se esqueçam dos vicios* de sua formação psiquiátrica e deles se valham com a mesma finalidade: "*Uma ruidosa e crescente legião de* psicopatas *tomou de assalto a psicanálise*"**,** pronunciamento do Presidente da Associação Brasileira de Psicanálise no 8? Congresso Brasileiro de Psicanálise, referindo-se aos analistas não filiados à Associação Psicanalítica Internacional (Caderno B do ***Jornal*** *do Brasil,* 4/6/80). O intuito aqui, sendo o de *desqualificar* ***enquanto psicanalista.***

(29) Milan, *B., Manhas do Poder, op. cit., p. 54.*

Esta recusa está na dependência de *os sintomas da histérica não remeterem ao discurso médico, mas ao próprio sujeito. Ou* seja, não é da *cena medica que* se trata aqui más de *uma Outra Cena,* como disse Freud: *ein andere Schauplatz* [31] Exatamente por isso *foi a palavra da histérica a primeira a se fazer ouvir por Freud.*

O que deve ser observado, no entanto, como ressalta Clavreul, é que é em função da prevalência do discurso médico - e seu alcance junto aos indivíduos - que a histérica se apresenta como "doente". Pois quando eram os teólogos que mantinham o discurso do saber sobre o homem, eram as histéricas que desempenhavam o papel das bruxas, feiticeiras, possuídas... Essa passagem da suposição de saber da religião para a ciência foi o que deslocou a histérica da fogueira dos inquisidores para o consultório do médico, mas tanto numa quanto no outro o que ali se incinera e se esfuma é o desejo do sujeito.

Através das diversas etapas pelas quais se efetua *o ato medico,* ou seja, as etapas do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, o que se configura é um discurso totalitário que *exclui a diferença,* único modo pelo qual á subjetividade poderia se manifestar.

Por intermédio da utilização de um vocabulário ao qual o doente não tem acesso, o discurso médico opera *reduzindo o sentido* dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico. Operação que visa, portanto, o estabelecimento da *identidade* em detrimento da *alteridade: o mesmo* em detrimento do *outro*

.

(30) "*A transferência tem sempre o mesmo sentido de indicar os momentos de errância e também de orientação do analista, o mesmo valor para nos chamar a atenção sobre nosso papel: um não-agir positivo em vista da* ortodramatização *da subjetividade do paciente.*" Lacan, *J., Escritos, op. cit.,* p. 99.

(31) Expressão que Lacan, em seu retorno a Freud, teve o mérito de pinçar em sua obra: "*Freud nomeou o lugar do inconsciente com um termo que* o havia *impressionado em Fechner (o qual não é de modo algum em seu experimentalismo o realista que nos sugerem* nossos *manuais):* ein andere Schauplatz, *uma outra cena; ele o retoma vinte vezes em* suas *obras inaugurais*", Lacan, *J., Écrits,* Paris, Le Seuil, p. 548.

A pluralidade de sentido, característica da língua, é abolida para dar lugar à univocidade de sentido, ideal do código. Desse modo, o discurso médico se apropria do discurso do sujeito, transformando os significantes de sua fala em signos, em sinais médicos. Importa relembrar aqui a definição que Lacan dá do ***signo*** como sendo *aquilo que representa alguma coisa para alguém (que saiba lê-lo),* diferentemente do *significante* que *representa um sujeito para outro significante.*

Operação de que se vale o discurso médico e pela qual diversos significantes, tais como um *abafamento no peito,* uma ***falta de ar,*** uma *angústia por dentro,* uma *sensação de sufoco* etc., serão todos reduzidos, univocamente, ao sinal clinico da *dispnéia. E* isto, para que possam ser inscritos no discurso médico. Do mesmo modo, um *peso na cabeça,* uma *ardência* ***na testa,*** um *latejamento na mente,* um *pensamento que não pára de martelar,* serão reduzidos ao sinal clinico da cefaléia.

A fala do sujeito é ouvida apenas para ser descartada imediatamente, onde se depreende função silenciadora do discurso médico e seu posicionamento exatamente inverso ao da psicanálise. Onde a função eminentemente silenciosa do analista não apenas faculta mas também promove a proliferação da fala do sujeito, o analista não constituindo, pois, obstáculo à emergência do desejo?'

Diz Lacan nos Escritos,[33] comentando o sentido mais vigoroso da descoberta freudiana: "Se Freud tomou a responsabilidade - contra Hesíodo, segundo o qual as doenças enviadas por Zeus avançam em direção dos homens, em silêncio - de nos mostrar que existem doenças que falam, e

de nos fazer ouvir a verdade do que elas dizem' - parece-nos que essa verdade, na medida em que sua relação com um momento da história e com uma crise das instituições nos aparece mais claramente, inspira um temor crescente aos praticantes que perpetuam sua técnica".

(32) "*Dal a* neutralidade *do analista, seu silêncio, sua interferência* ronco pontuação, *escanção que faz silêncio no discurso do analisando, aonde e~a6 fala, a verdade, para o silêncio daquele - silêncio que não deixa de ser ta~ pontuação.*" Magno, M. D., "Senso contra Censo da obra-de-arte", *PP, cit.,* pp. 62 e 63.

(33) Lacan, J., *Escritos, op. cit., p. 89.*

(34) O grifo é nosso.

Tal operação do poder, a língua saberá subverter, é o que vem exemplificar um fato cuja proveniência da cena médica não é casual: - *"Eterno risco do mal-entendido, a língua contraria os desígnios do poder. E* ***o caso de um médico e de um certo camponês da Cevênola. Da prescrição para suspender os medicamentos resultou aí, efetivamente, uma suspensão. Não, contudo, a que se esperava, mas a dos medicamentos na cozinha, no teto, como outrora na região se suspendiam os alhos para afastar os vampiros".***

A visada de reduzir a pluralidade de sentido própria à língua é uma manobra própria ao poder,[36] característica de todo discurso dogmático, como o discurso médico, o jurídico e o publicitário.

Este último, discurso cheio de artimanhas, tem como meta alienar o outro de seu próprio desejo. Opera, através de pequenas fórmulas, com imperativos afirmativos categóricos visando exercer pressões, modular gostos, inventar necessidades e abolir outras, atrair e desviar vontades, não dando espaço para ser questionado." Imperativos afirmativos categóricos de tom superegóico onde não se evidencia *o sujeito da enunciação, os* dizeres surgindo enquanto *puros enunciados.*

Por isso - retornemos à teoria dos Quatro Discursos - na fórmula do discurso do Mestre, o sujeito está sob a barra (opostamente ao discurso do psicanalista), para significar que o sujeito aí não participa do discurso manifesto, embora esteja necessariamente presente:

(35) Milan, *B., Manhas do Poder, op. cit., p. 83.*

(36) Milan, *B., Manhas do Poder, op. cit., p. 82.* Aqui se explicita a visada de Stalin ao preconizar **a** substituição da língua existente por uma nova, **temendo a "anarquia na vida social", Stalin J., *Le marxisme et les problèmes linguistiques,* citado *in* Milan, *B., Manhas do*** *Poder, op. cit., p. 84.*

(37) ***"Produtora de certezas, a dialética do poder censura a verdade, que responde à incerteza e supõe a ignorância. Aí, a verdade, como a verdade inieiática, está na simples enunciação. Ao falar, o poder não mente por definição. Não deixa lugar para a dúvida, e a crítica é inadmissível. Fundando-se na sua irrefutabilidade, o poder é absolutista, e o destino da crítica é invariavelmente o mesmo. Não será ouvida; se for, será mortífera para o interlocutor. Em todo caso, desautoriza-se esta outra palavra para só propiciar o muro inofensivo das lamentações, face ao qual o poder se torna cego, surdo e mudo.*** " Milan, *B., Manhas do Poder, op. cit., p. 76.*

Enquanto que a ciência, por um lado, visa a fundar a realidade do objeto - por isso o objeto (a), na fórmula do discurso do Mestre, está no lugar do *produto: $'* - á^{Z} - a psicanálise, por outro lado, tende a mostrar sua "pouca realidade" (Breton) enquanto sustentação do desejo.

A psicanálise restitui ao Sujeito seu lugar, o qual a ciência escamoteia, ao constituir um discurso em que o sujeito (da enunciação) não se manifesta, em que a verdade enunciada por ele deve ser independente daquele que a enuncia.

As formações do inconsciente - atos falhados, sonhos, chistes e sintomas - ao mesmo tempo que constituem o lixo da ciência (aquilo que a ciência dejeta por não poder inscrever em seu discurso) e o material do místico em seu delírio, são o objeto de atenção da psicanálise. Exatamente por isso Freud pôde formular que tivera sucesso onde o paranóico fracassou. Essas formações do inconsciente constituem a expressão da verdade do sujeito, ou seja, do desejo. Diz J.-A. Miller: 1 "A verdade... só se diz pela metade. O que e a verdade? Hum! É um lapso, digamos. Embutimento de palavras no qual aquele que fala diz mais do que quer, mais do que

sabe, no qual sua intenção de dizer periclita, tropeça, catapuf. Apenas isto bastaria para nos assegurar de que a linguagem não é um instrumento de comunicação e que não há dono da verdade... O lapso, a verdade, desliza".

Na medida em que não visa a evitar o erro e o engano, mas antes constituí-los enquanto objeto, a psicanálise não é uma ciência. O discurso do psicanalista é o único a fornecer as articulações onde o desejo se inscreve. Para a psicanálise, o objeto - a - está para sempre perdido, impegável, a partir do momento em que foi originariamente substituído.39 E exatamente porque todo objeto é sempre, para a psicanálise, metonímia de a, que a, enquanto objeto perdido, é a causa do desejo.

(38) Miller, J.-A., "A propósito dos quatro conceitos fundamentais em psicanálise de Jacques Lacan", *in Art Press,* n° S, Paris, julho-agosto de *1973,* p. 20.

(39) "O objeto a *foi a grande criação lógica de Lacan. Ele é um desobate, um antiobjeto, um abjeto, que vou sempre tentar configurar em função des minhas marcações discursivas, daí por diante, em metonímias. Vou confid rar objetinhos, passíveis de serem colocados no lugar do objeto impegável, que Freud chamou objeto fundamentalmente-perdido,* Das Ding, *a liaa* Magno, M. D., *O Pato Lógico, op. cit.*

Foi isso que Freud demonstrou (e Lacan ressaltou) no Mais além do princípio do prazer,[40] ao narrar o episódio em que observava seu neto que jogava longe um carretel amarrado num barbante dizendo Fort!, e depois o trazia de volta para si gritando Da!, o que se acompanhava de júbilo. Freud concluiu daí que a criança, através desse jogo, dominava o desaparecimento e o reaparecimento de sua mãe, como se dispusesse de sua presença e de sua ausência de modo soberano. Nesse momento, o objeto mãe é substituído pelo objeto carretel e também pelo objeto palavra.

Daí a "pouca realidade" do objeto para a psicanálise e a descrença nele. A psicanálise destitui o saber com o qual o objeto é constituído pelo discurso do Mestre - por isso S_2 está sob *a* na fórmula do discurso do Psicanalista:

Ao contrário do discurso do Mestre, em que o objeto surge enquanto reachado do discurso:

Através da fórmula lacaniana também se depreende que a psicanálise enfatiza a fantasia inconsciente enquanto suporte do desejo, na relação estrutural que o sujeito, **xx**, mantém com o objeto de seu desejo, a: **xx** é a fórmula que Lacan fornece da fantasia inconsciente. Ao levar em consideração a relação do sujeito, **xx**, com o objeto causa de seu desejo, a, a psicanálise tem uma função subjetivante.

Inversamente à desalienação que a psicanálise promove, a medicina perpetua a alienação do sujeito aos significantes de um outro. Daí Clavreul afirmar que a entrada do sujeito no discurso médico é análoga à entrada da criança na língua materna.

Impõe-se, portanto, a diferenciação entre discurso médico e discurso psicanalítico, no momento em que uma espécie de ecletismo dos psicanalistas e, muitas vezes, sua insuficiente formação prático-teórica são excelente respaldo para o desvio pelas trilhas da ideologia, senão para o obscurantismo.

(40) Freud, S., Beyond the pleasure principle (1920), London, The Hogarth Press, 1971, p. 8 ss. Lacan enfatizou a simbolização que esse jogo supõe e viu nele o ato inaugural de toda simbolização humana.

Teorias como as do acesso ao genital love, ou ao amor oblativo, da adaptação à realidade, estão na dependência estrita de conceitos que foram sendo introduzidos na psicanálise a partir do saber médico e psicológico. Conceitos como os de ego autônomo, ego forte, aliança terapêutica vieram se acrescentar à visada normativizante da medicina, não podendo ser utilizados em psicanálise sem transformá-la imediatamente numa psicoterapia de apoio. [41]

Pois, assim como não existe *psicoterapia psicanalítica,* também não existe *medicina psicossomática* - contrariamente ao que afirma a corrente dita psicossomática que invadiu o pensamento médico - porque é *impossível conciliar psiquê e soma no campo do discurso medico. O* que a antiga máxima parece, entre outras coisas, sugerir: *Mens sana in corpore sano.*

Rio de Janeiro, julho de 1980. ADENDO

Três anos depois de ter sido escrito, este texto nos pareceria prescindível se não fossem seus remetimentos a um momento de candente questionamento da prática e das instituições psicanalíticas no Brasil - momento, no entanto, inócuo para muitos, vacinados. Pois escrito sob o impacto de uma ávida primeira leitura do livro de J. Clavreul, ele só fazia retomar seus pontos principais de modo condensado.

Neste livro escrito para psicanalistas estabelecendo uma leitura psicanalítica do discurso médico, Clavreul nos permite lançar uma nova luz sobre fatos atuais cuja existência, entretanto, não data de agora. Se o texto persiste aqui como introdução à edição brasileira isto se deve à necessidade de reatualização e reiteração de uma crítica.

Três anos depois já constitui um tempo para compreender que nos faria acrescentar algo ao que dizíamos, remetidos à história da medicina e da psicanálise que fomos desde então. O que não seria oportuno aqui e se fará em outro lugar.

(41) "Uma categoria de psicoterapeutas de apoio está atualmente em curso de fabricação em algumas Faculdades. Promete-se aí - a exemplo dos Psicólogos das fábricas - 'terapeutas' de apoio... ao poder vigente." Mannoni, M., O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise, Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1971, p. 239.

Contudo, não é possível deixar de dizer uma palavra sobre um depoimento recentemente publicado, o livro da jornalista americana J. Malcolm, *Psicanálise: a profissão impossível*[42] no qual ela relata suas entrevistas com um psicanalista nova-iorquino.

Foi exatamente nos EUA, desde a histórica controvérsia entre Freud e Brill, que a prática psicanalítica mais subjugou-se à prática médica, passando a ser uma superespecialidade dela. Lacan disse em *A Coisa Freudiana*:[43] a prática da psicanálise "na esfera americana rebaixou-se tão sumariamente a um meio de obter *o 'success'* e a um modo de exigência da *`happiness',* que convém precisar que aí está a renegação da psicanálise, aquela que resulta em inúmeros de seus tenentes do fato puro e radical de que eles nunca quiseram saber nada da descoberta freudiana e que eles dela nunca saberão nada, no sentido mesmo do recalcamento: pois trata-se, nesse efeito, do mecanismo do desconhecimento sistemático no que ele simula o delírio, inclusive em suas formas de grupo".

O psicanalista entrevistado, cuja identidade permanece velada, testemunha, aparentemente sem se dar conta disso, um lento processo de lapidação e objetificação a que foi submetido na chamada análise didática. Ele está docilizado, domesticado e sua própria palavra - que não é mais uma palavra própria - não pode ser senão a de uma aprovação obediente decalcada do discurso da instituição: "Agora, depois de vários anos de formação, meus valores, por alguma *estranha coincidência,* inverteram-se e passaram a ser os do Instituto"[44]

Quanto a nós, não consideramos nenhuma estranha coincidência o fato de que as palavras *estranha e coincidência* compareçam freqüentemente juntas, e aqui na boca de um analista. Pois trata-se justamente da denegação da própria teoria psicanalítica, a qual vem demonstrar, já com o Freud de 1900, que não há coincidência no mundo-do-1~, acaso.

(42) Malcolm, *J., Psicanálise: a profissão impossível,* Ed. Zahar, 1983.
(43) Lacan, *J., Ecrits, p.* 416.
(44) Malcolm, J., op. *cit., p. 47.*

Desnecessário prosseguirmos o cotejamento deste relato **com a análise** de J. Clavreul - o leitor poderá faze-lo. Resta a **pergunta:** três anos depois, o chamado *establishment* psicana**lítico está** na mesma... ou pior?

Rio, julho de 1983.

Entre as obras consagradas a Medicina, as de G. Canguilhem e de M. Foucault se destacam decisivamente por sua penetração. Tornaram-se referências indispensáveis a qualquer análise dos conceitos e da epistemologia médica. Mas elas também colocam com acuidade novas questões:

"O Normal e o Patológico" não são apenas conceitos. Eles são o fruto da prodigiosa empresa de normalização *cuja origem se confunde com a antigüidade grega, empresa na qual a medicina desempenhou um papel piloto.*

" O Nascimento da Clínica" deve sem dúvida estar situado no *século XIX, porque nesta data a epistemologia da clínica se enraíza na anatomia patológica. Mas isto não deixa esquecer nem a riqueza nem o rigor da* clínica de Hipócrates, ***que nada devia ao exame dos cadáveres.***

A medicina e antes de mais nada o que instaura uma ordem - q*ue não se confunde com a da natureza. Essa ordem é a do* discurso *que precede os conceitos e a epistemologia não cessa de renovar.*

Foi a partir do discurso psicanalítico e das formalizações dadas por Lacan, que se tornou possível dar conta dos pontos de apoio em que o imperialismo medico se torna um sintoma: um sintoma que não é acessível a nenhuma farmacopéia.

A psicanálise não é, pois um ramo da medicina. Ela seria antes seu avesso. Balizar esse passe, de um discurso a outro, é a que se deve empenhar aquele que quer seguir o louco no processo que ele abre contra a normalidade.

Introdução

Há um caráter comum a todas as obras que tratam da medicina. É sua perfeita inutilidade quanto ao que concerne à própria medicina, que se caracteriza por ser uma prática indiferente ao que dela se diz. Os livros sobre a medicina contribuem para reforçar a ideologia médica, ou então a combatem. São discursos sobre a medicina. O discurso médico é outra coisa que prossegue segundo suas leis próprias, que impõem sua coerção, ao doente e também ao médico.

Este livro não pretende derrogar essa tradição. De antemão podemos prever que o leitor, quaisquer que sejam suas convicções pessoais, irá *tomar medicamento* se tiver algum mal-estar. E se ele for médico, chamado para junto de um doente, mesmo se contesta pessoalmente *a Ordem* médica, ele dará uma *prescrição.* Ninguém, no fundo, saberá opor qualquer objeção que seja quando *se sabe* que um tratamento anódino pode vencer uma enfermidade ou que uma intervenção tecnicamente complexa pode salvar uma vida perdida. *Não se derroga uma obrigação que é constituída por um saber assegura o.*

Isto fornece ajusta medida de todo propósito concernente à medicina. O livro do grande médico, que atingiu o ápice ou o declínio de uma brilhante carreira, procede aos reajustamentos da ideologia que o surgimento de novos progressos técnicos necessita. Ele visa informar e educar o público, médico ou não, cobrir com sua autoridade o que transmitem *os mass media.* Ele modifica pouco a pouco a imagem que o médico faz de si mesmo. Após ter sido um combatente na vanguarda das forças que lutam contra o Mal, ao lado do moralista e do teólogo, o médico se tornou o cientista que contempla o cadáver, lugar de seu fracasso, e daí tirando o saber que lhe permitirá transformar este fracasso em vitória. Hoje, o médico olha o doente mantido artificialmente em sobrevida e descobre que ele é o único a decidir os meios, e mesmo a oportunidade de sua sobrevida. Essas imagens de Épinal fazem parte da medicina; elas não são a substância do discurso médico.

O livro antimédico e o panfleto contestatório fazem também parte de uma longa tradição. Eles fazem grande barulho porque é a imagética do papel e do poder do médico que eles atacam. E uma luta honesta, mesmo quando se chega a preconizar uma "desmedicalização" da sociedade. Mas, os médicos não fazem senão sorrir dos panfletos quando eles próprios não são seus autores. Pois, afinal, quando se denuncia as insuficiências da medicina, não é desejar seu "progresso", quando se critica seus excessos, não é em referência ao velho adágio médico *Primum non nocere?* Pode-se discutir, sim, os resultados da medicina, mas discute-se "cientificamente", "tecnicamente", apoiado por cifras. Não se discute a ética médica, sua finalidade. Tudo aparece rápido como polêmicas vãs, literatura, agitações exageradas, que não mudam nada na progressão da medicina. Ou melhor, só resta reter desses discursos sobre a medicina o insistente mal-estar dos autores que lhe fazem o elogio ou a critica.

A medicina não leva em conta esse mal-estar e com justa razão, porque o discurso médico não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico. Ele deve poder ser enunciado por qualquer pessoa sobre qualquer pessoa, o primeiro estando colocado em posição de médico, o segundo em posição de doente. O mal-estar provém de que não é suportável ser qualquer um e que, sobre isso, a medicina nada tem a dizer.

O direito à subjetividade ao contrário, é o que reivindica Freud , por exemplo no início de seu livro sobre o presidente Wilson.' Não é, nos diz ele, um olhar objetivo sobre o objeto de seu estudo que ele invoca. Bem ao contrário, é sua aversão pessoal em relação a Wilson que lhe faz empreender esse trabalho, e sua pesquisa só veio confirmar esse sentimento. Simples precaução oratória, poderíamos dizer, uma vez que Freud só toma mais cuidado para desmontar e demonstrar as bajulações das posições de Wilson, nas quais a pretensão ao humanitarismo e ao pacifismo se revela apenas ser preocupação em se afirmar pessoalmente como boa alma. A advertência preliminar é, no entanto, mais ambiciosa, pois *é referência a uma ética* outra que não a dos bons sentimentos e o autor a aplica a si mesmos Não é a preocupação de objetividade científica do cientista que o anima pessoalmente, mas sua revolta contra posições ideológicas enganadoras. Não há dúvida que Freud se empenha em mostrar que, citando assim seus sentimentos, não é a alguma intuição pessoal que faz referência, mas à ética que lhe impõe a disciplina psicanalítica, uma ética que nada tem a fazer com valores morais reconhecidos.

(1) LePrésident Thomas Woodrow Wilson, S. Freud e W. Bullitt, AlbinMichel.

Não creio que se possa falar honestamente da medicina se não for para fazer surgir a posição subjetiva em que o discurso médico nos coloca. Pois é uma posição *dividida.* Por um lado, porque nós só pedimos para nos submetermos a ele se a ocasião se apresenta. Por outro, porque não podemos aceitar sem revolta a ideologia que ele desavergonhadamente afirma para poder se perpetuar.

Em grande parte, esta ideologia se confunde com a ideologia dominante. Ela poderia se resumir assim: "O médico (ou o chefe) sabe melhor que você o que convém para 'o seu Bem. Sua liberdade resume-se em escolher seu Senhor". Fórmula na qual a obrigação de submissão é acrescida do ato de alivio que coloca em posição de pedinte aquele que deverá se submeter. Assim deixa-se a cada um a "liberdade" de recusar a medicina e o médico, mas com o risco de cometer um suicídio ou um crime. Derrisão da fórmula: "a liberdade ou a morte". Quem manteria sua provocação perante a Ordem médica? Seria loucura. E a loucura, ela também, está confiada aos médicos e votada a ser "curada".

Uma vez que a liberdade é apenas formal no contrato que liga o doente ao médico, os contestadores da medicina não deixaram de fazer uma analogia com as admiráveis páginas de Marx sobre a pretensa liberdade de que supostamente goza o homem que vende sua força de trabalho ao "homem do dinheiro". Marx não deixou de fazer uma crítica da ciência - mais que da medicina em particular, aliás. Em A Ideologia alemã, ele diz que não há história do direito, da política, da ciência (eu sublinho), da arte, da religião; não há senão a história das relações econômicas? Em uma carta a Ruge, ele escreve que religião e ciência se referem à existência teórica do homem, mascarando a realidade de sua existência material.

Haveria sem dúvida matéria para uma critica marxista à medicina: e não como fazem os militantes reclamando o direito da saúde para todos, pois a sociedade capitalista sempre esteve pronta a conceder este direito desde que compreendeu que tinha interesse em manter a força de trabalho em bom estado como se mantém uma máquina. Por outro, lado, a sociedade burguesa compreendeu rapidamente que os pobres constituíam um campo ideal de experimentação para formar seus médicos. A fundação de hospitais e hospícios é, de resto, a prova de que a caridade cristã não é uma palavra vã.

Hoje, a medicina é a imagem mesma que a sociedade quer dar-se de si própria. Se é

verdade que o burguês ou o alto funcionário soviético não têm efetivamente a mesma sorte diante da doença, a igualdade dos cuidados não se coloca menos como princípio. E isto realiza, portanto, um ideal de igualdade. A religião anunciava a igualdade na morte. A medicina realiza em princípio a igualdade na doença. Para aceder à igualdade, outrora bastava estar morto. É suficiente agora estar doente. Esta promessa engajadora basta para apaziguar muitas reivindicações.

O médico, então, qualquer que seja sua opinião pessoal, participa da ideologia enganadora que veicula a ciência. Ele cai no que Marx assinala: "Cada um tem a sua profissão pelo verdadeiro e por isso desconhece a sua realidade". Ele cai inevitavelmente na contradição que lhe impõem seu saber e sua ética: sendo bom médico, ele é mau marxista por reforçar o mito pelo qual se sustenta o sistema econômico. E, sobretudo, ele sustenta a idéia de que nas circunstâncias graves é preciso recorrer às prescrições que a competência fornece. Os ditadores, que compreenderam isso bem, recorrem à metáfora médica para assentar seu poder.

(2) K. Marx, L'idéologie allemande, editions Sociales, p. 135.

O fracasso, pelo menos relativo, da crítica marxista da medicina provém de não levar em consideração o que há de permanente na relação "médico-doente", que, como veremos, se anula completamente diante da relação "instituição médica-doença". Os marxistas tiveram, sem dúvida, razão em mostrar que as liberdades são puramente formais se o operário está na fábrica como o servo diante do senhor. Mas convém também acrescentar que nenhum regime político e nenhuma condição econômica nova virá modificar a permanência da submissão do doente ao poder do médico. Nenhum militantismo político pode vir contrabalançar nesse ponto o que aqui é o efeito do discurso médico.

O limite da liberdade está marcado pela, morte para a medicina, pela loucura para a psiquiatria. Juntando com um primeiro nó a loucura e a liberdade, Lacan constituía o ponto de partida de sua própria liberdade com relação à Ordem médica e psiquiátrica. Ele segue nisto a via indicada por Freud, reconhecendo na loucura das histéricas outra coisa que não um desafio à medicina, bastando apenas que a reduzam.

Estas não são simples notações históricas. Esse caminho deve ser reencontrado a cada dia pelo psicanalista, porque ele é incessantemente solicitado pela medicina. Incitado a trazer uma técnica complementar no tratamento da loucura, ele é também solicitado para colocar um pouco de ordem no famoso e esfumaçado "fator psíquico" o qual, como se sabe, não é de modo algum negligenciável nas doenças repertoriadas pela medicina. O ceticismo do corpo médico em relação à psicanálise cede cada vez mais, desde que se observa que a prática das curas psicanalíticas tem efeitos incontestáveis e apreciáveis em termos médicos. A arregimentação de psicanalistas em certos serviços hospitalares e dispensários seguiu-se a essa constatação, chegando até a incluir não-médicos, dos quais não se duvida que definitivamente colocarão sua técnica a serviço do projeto médico. Os choques que por vezes resultam, espera-se que sejam fecundos: para os doentes, para os psicanalistas e mesmo para os médicos que esperam daí tirar alguns esclarecimentos utilizáveis para seu próprio governo.

Este convite constitui problema, ou melhor, deveria constituir problema para todos os psicanalistas que o aceitam. Pois se se trata apenas de colocar alguns fragmentos do saber psicanalítico a serviço da Ordem médica, é uma opção política. Pode-se pensar que a psicánálise não tem nada melhor a fazer senão deslizar-se no discurso dominante, esperando dobrá-lo ou pretendendo subvertê-lo. A medicina se torna, então, o suporte ou o alvo da psicanálise. É, em suma, uma posição reformista mais preocupada com a eficácia, pelo menos imediata,que com o rigor. Mas podemos nos perguntar quem, nesse jogo, será conquistado pelo outro, a medicina ou a psicanálise. Parece que a evolução da psicanálise americana já forneceu a resposta.

O ensino de Lacan, prosseguindo a exigência de Freud, engajou os psicanalistas franceses numa outra via, marcando sempre com maior firmeza o que constitui a especificidade da nova

disciplina. Por aí, estamos convidados a não tentar construir uma dessas torres de Babel onde, sob o pretexto de fazer uma medicina do Homem total, não se pode registrar senão o fracasso resultante da confusão das línguas. Pois não poderá ser senão em nome de um totalitarismo psicanalitico que viremos reforçar o totalitarismo médico.

O que cada um faz, ou acredita poder fazer, seja ele médico ou psicanalista, deve se marcar de início por uma constatação: não existe medicina psicossomática, toda tentativa de fazer uma reconciliação superficial entre psyché e soma não é senão denegação do que instaurou a objetivação científica: a impossibilidade de deixar algum lugar que seja para a questão do Sujeito. Não é senão num outro discurso que essa questão pode ser retomada, o que faz a psicanálise. Para ela, não se trata de pretender preencher com seu saber as ignorâncias da medicina, como se elas fossem fortuitas. Pois não são ignorâncias, mas desconhecimentos, isto é, elas são sistemáticas e estruturantes para a construção do discurso médico. São, portanto, obstáculos epistemológicos que marcam os limites do saber e do poder médico, como marcam alhures os limites do discurso psicanalítico.

É para bem marcar tais obstáculos que achei necessário notar sua incidência desde a constituição do discurso médico sob a pena de Hipócrates. Não para esboçar uma arqueologia desse discurso, mas porque nele já aparecem todos os elementos da colocação do projeto propriamente científico, objetivo e objetivante, bem antes de ter alcançado seus frutos de maneira apreciável.

As peças estando em seus lugares, só restava Começar a partida. Ela continua a se desenvolver e nada pode dobrá-la, porque aquilo que a estrutura não depende dos suportes teóricos em que a medicina acredita reconhecer-se. Pode-se reconhecer as mesmas ênfases, á mesma ética, o mesmo "olhar" os mesmos desconhecimentos desde as origens da medicina até nossos dias. Não achei que devia insistir sobre seus aspectos mais atuais nos quais cada um pode compreender isso, por pouco que esteja atento, no que dizem da medicina os mass media, os médicos, e também cada um de nós. Para o que nos interessa, a evolução do discurso médico e menos importante que sua permanência, sua imobilidade. É por aí que podemos nos separar da comodidade que consiste em colocar sobre as costas dos médicos, considerados insuficientes, ou da administração da saúde, invasora, ou das fraquezas do saber médico, o que é na realidade dependente do que o discurso médico constitui e destitui.

Colocar-se à escuta do que se diz e do que nós mesmos dizemos, fazer a experiência do discurso, é fazer também a experiência do Inconsciente, que só é "estruturado como uma linguagem" pelo fato de que é seu efeito, o reflexo ao avesso do discurso dominante, enquanto este é constituinte do recalcamento. Não se trata aí de um procedimento cientifico, médico. É, mesmo, exatamente o contrário.

Para o médico é preciso fazer uma seleção, não reter senão o.que é utilizável, o que convém para o diagnóstico e o tratamento. É preciso sobretudo que ele se proteja do erro, aquele no qual o doente tem chances de fazê-lo cair e, do mesmo modo, ele próprio, se chegasse a perder a retidão que lhe fornece seu saber. Não será a ciência posta de lado como precaução quanto às causas do erro?

Para o psicanalista é, ao contrário, o erro que é seu fio condutor, aquele que o preservará da errância em que o faria cair uma apreciação vaga e intuitiva dos fatores psíquicos. Os erros, é sob esse título que se poderá reagrupar o objeto dos primeiros estudos de Freud: a histeria, os sonhos, os atos falhos, os lapsos, os chistes. Eis o que se opõe ao austero rigor que exige a ciência. Freud mostrou que todos esses erros tem em comum o fato de não ocorrerem de qualquer modo, mas segundo leis muito referenciáveis. São as leis mesmas da linguagem, confirmou Lacan.

Estamos bem longe da majestade do discurso científico, que distingue o erro e a verdade, a imaginação e a realidade, a aparência e a essência, o contingente e o necessário... todas categorias retomadas à porfia pela filosofia tradicional. Condenado a seguir o fio do discurso, o psicanalista o segue até em sua loucura, aquela dos loucos como aquela da loucura de cada um, e ele participa do descrédito que atinge todas essas manifestações, que, de bom grado, ficaríamos satisfeitos

dizendo que são puramente contingentes e, redutíveis pela instauração do reino da Razão.

A posição do psicanalista não se une à do médico e do doente que, é de recolocar em linha reta, a da normalidade, o que a patologia constituiu como aberração. O discurso médico, aquele que se impõe entre o médico e o doente, é um discurso normativo, o que implica que ele tenha uma sanção, a sanção terapêutica. O que a epistemologia pode dizer do discurso médico admite necessariamente como um dado esta visada que funda sua coerência. Não pode ser a mesma coisa para o psicanalista, cujas referências são outras. É, no entanto, certo que, apesar da difusão da psicanálise, persistem as maiores confusões, mesmo no espírito dos próprios psicanalistas, em particular no momento em que eles se colocam a serviço da Ordem médica.

Não me foi possível tomar aqui por admitido o que, do ensino de Freud e de Lacan aparenta ser evidente em certos meios. Pois a evidência, a utilização aproximativa de certos conceitos, isolados do contexto sem o qual eles perdem toda significação, podem também ser utilizadas para os únicos fins da perpetuação do discurso dominante. Ao menos pareceu-me necessário expor brevemente o que eu tinha de reter da psicanálise concernente ao meu propósito. Desculpem-me aqueles para quem esta disciplina é familiar. A ênfase que dou a certos pontos, sua interpretação fica a meu critério uma vez que se tratava de lhes dar uma coerência em função do que é, aqui também, um discurso.

Foi também com a preocupação de permanecer legível que multipliquei os capítulos, a fim de que o leitor possa entrar nesse livro por onde quiser, isto é, por onde o conduzem seus interesses pessoais. Os capítulos mais teóricos deverão encontrar sua razão de ser fornecendo as articulações em que se reúnem fatos destinados a ficar privados de significação enquanto notados isoladamente.

Resta que este livro é essencialmente dedicado aos psicanalistas e àqueles que se aproximam da psicanálise. Para se separar da metodologia propriamente médica é necessário conhecer seus fundamentos de forma diferente da que pensam os próprios médicos, o que não se distingue em nada da idéia ingênua que dela tem o homem da rua, o não-médico, o leigo, mesmo e sobretudo se for de formação filosófica ou psicológica. O que a medicina constitui como discurso sobre o homem ultrapassa amplamente o tempo relativamente restrito no qual se constitui o ato médico. Nossa linguagem e nossa ideologia são por ele habitadas a todo momento e devemos ficar atentos "É nos conceitos biológicos que residem os últimos vestígios de transcendência de que dispõe o pensamento moderno"[3] diz Lévi-Straus. Não é nem com a biologia nem com a transcendência que se fará a psicanálise. Nenhuma clinica psicanalítica se fundará numa confusão da qual é preciso mesmo dizer que é a regra.

No que diz respeito aos próprios médicos, não cabe esperar nem desejar que eles saiam do discurso que é o deles. Bem ao contrário: seus doentes nada mais têm a esperar deles, senão que lhe sejam fiéis. Uma maior consciência do poder da medicina como discurso daria entretanto aos médicos uma preocupação menor em estabelecer seu saber como poder e em manter uma ligação friorenta a prerrogativas de uma outra era, que ninguém pensa seriamente em lhes contestar. Não penso que o tête-à-tête do médico consigo mesmo, com sua ciência, com a opinião e a vigilância de seus confrades lhe proporcione tantas alegrias quanto insinuam certas polêmicas. Pois foi também para eles que Hipócrates constituiu o corpo como lugar da saúde. Mas, o corpo não deixa esquecer que ele é antes de mais nada o lugar do gozo.

O saber que o corpo tem sobre os caminhos do gozo não é um saber menos imperativo que o do discurso médico. Ele constitui seu intransponível limite, Ele se afirma ate à morte e a loucura, contra uma segurança que nos é imposta à força de nos ser proposta, contra a sabedoria das nações, esse lugar-comum do bom senso. Ele não é ensinado em faculdades e, é preciso admitir, também pouco se presta a que se faça um livro. "Um livro é sempre uma criança nascida antes do tempo, que me dá a impressão de uma criatura muito repugnante em comparação com aquela que eu teria desejado colocar no mundo, e que não tenho muito orgulho em apresentar aos olhares de outrem", diz ainda Lévi-Strauss. Sem dúvida, não é possível fazer mais quando se espera justamente do discurso que enfim dê um lugar a outrem, quando se sabe que não é do

sentido (bom sentido ou não) que procede o discurso, mas do *signo*. É de outrem que resta esperar que o signo seja recolhido para que a elipse que se refecha sobre o que foi demasiado rapidamente, demasiado mal dito, encontre seu outro centro que a justifique.

É preciso, portanto, contar demais com o que o leitor está disposto a acolher. Se é verdade, como adianto aqui, que o discurso médico nos deixa numa posição subjetiva dividida, não é nada duvidoso que ele espere de um livro sobre a medicina que este lhe forneça os argumentos ou, ao menos, a esperança de uma técnica complementar que lhe permita tomar partido, pró ou contra. Foi, entretanto, na via inversa que entrei, pois, de modo algum, tomo por ocasional o que habitualmente se considera como manchas de um sistema fundamentalmente bom, e que bastaria reformar aqui e ali.

A psicanálise mostrou que, também sofremos do que não pode se dizer censura que exerce o discurso médico provém de que ele não deixa nenhum lugar para o que não entra na coerência que lhe é própria. Quando o médico conclui que "isso não é nada" ou que é "psíquico" e, mais ainda, quando a medicina deixa supor que ela cedo ou tarde triunfará sobre as infelicidades que lhe são confiadas, ela tranqüiliza talvez por um tempo, mas ela não vende senão *orvietan,** por mais complexa que seja a fórmula química do medicamento que é seu suporte. Sobretudo, ela incita cada um a demitir-se de antemão diante de seu poder e seu saber supostos. Com isso é que ela fornece uma mitologia para os homens dos tempos modernos. Mitologia, de resto, bastante terna. Pois, da proeza das vitórias contra a morte, não insta mais que a promessa de uma sobrevivência, inscrita na matrícula da Previdência Social. O que aparentemente não basta para exaltar todos aqueles que encontraram os meios de se matar utilizando, aliás, de bom grado, os tóxicos que não se conheceria e não se produziria sem a medicina.

(•) Droga inventada por Orvieto no século XVII e exaltada pelos charlatães da época. (N. do T.)

1
A Ordem médica

Pôde-se ironizar a biblioteca do médico. Ironia fácil: ela testemunha apenas a censura que exerce a Ordem médica. Proust, pelo menos, não está ausente. Sem que se saiba muito se o doutor teve tempo de lê-lo. Que importa! Os médicos são finalmente um pouco provocados pelo Professor Dieulafoy, elegante e cultivado, cujas concessões ao mundanismo são, no total, sobretudo humilhantes. Com exceção da injúria, eles se reconhecem mais no Dr. Cottard, "grande clínico e tenaz imbecil". Para este, o mundo se compõe de médicos e de doentes ou futuros doentes; ele sabe que em último caso recorrerão a ele. O resto do mundo, por mais enfitado que esteja, não vale mais que seus próprios trocadilhos, os piores sendo sempre bons demais para o que merece.

A Ordem médica não tem de ser defendida nem demonstrada. Os médicos são seus executantes, seus funcionários, muitas vezes humildes, às vezes gloriosos, mas a Ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade até nossa morte no hospital, desde os exames pré-natais até à "verificação", na autópsia. Mais ainda que a eficácia da medicina, é sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável. Por ele, é a noção mesma de *crença* que se acha hoje transfigurada. A crença que seja. Ela mobiliza um movimento de solidariedade entre os homens sob a forma de um orçamento de saúde, que ultrapassa de longe todas as obras de caridade que invocam a moral e a religião. Também se pode tolerar que haja alguns descrentes da medicina. Quando chegar o dia, eles não deixarão de recorrer aos ritos de circunstância, e os ritos serão salvadores. A cura do descrente será também a ruína de sua vã revolta.

A biblioteca do médico não tem, portanto, necessidade de ser abundante. A Bíblia é suficiente. É suficiente que se encontrem os tratados, os compêndios, mais freqüentemente os resumos e os manuais, e mesmo os folhetos dos laboratórios farmacêuticos. Seria vão e injurioso deplorar isso. Um estilo conciso, sem vãs considerações, que se inscreve diretamente numa prática é o único que convém aos médicos. Nada os convence mais que um enunciado preciso sobre uma doença, uma indicação terapêutica, um remédio novo. Pois eles não tem tempo a perder e sempre sofrem apenas por lhes faltar um saber utilizável.

O resto é literatura e filosofia. E, desse ponto de vista, os médicos sentem a mesma irritação em relação às posições moralizantes do Conselho da Ordem, da folclórica prestação de Juramento, e das posições contestadoras de alguns estudantes, psiquiatras ou engajados políticos, dos quais pensam não estarem ele em contato com as realidades profissionais.

A biblioteca do médico se caracteriza por uma ausência, a de toda obra fundamental da medicina. Se o presente de amigo ou cliente reconhecido ocupou fortuitamente com sua boa encadernação uma prateleira, o livro não teria sido aberto, senão nas bonitas gravuras, nas quais se consente um olhar distraído sobre a história da medicina: o olhar do turista que recusa ser inculto. Pois: por que o médico não reproduziria o que lhe foi ensinado na faculdade e o que mostram todos os livros de medicina: que não há tempo a perder em vãs considerações e que é preciso ir direto ao objetivo?

Os médicos pensam, com Althusser, e mesmo se não o leram, que a filosofia é “o que não conduz a lugar nenhum” e que é também “o que divide”. Eles interpretam essas considerações no sentido pejorativo. O corpo médico não tem interesse em ser dividido por vãs considerações, e cada médico não pode suportar ser subjetivamente dividido na realização de sua tarefa cotidiana.

Assim, os livros fundamentais sobre a medicina são ignorados pela mesma razão que panfletos e polêmicas. É por isso também que podem ser notavelmente tolerados. Os médicos tem para eles apenas o olhar do rei para seu bufão. Este, por suas palhaçadas, não é o melhor sustentáculo de sua glória?

A medicina divide com os poderosos do mundo um estranho poder de fascinação. Todo mundo voa para ajudá-los ao passo que eles não pedem isso e só responderão com ingratidão. Os filósofos sempre falaram da medicina, e isso apenas para contribuir para a constituição de sua hagiografia. Hoje, a epistemologia empreendeu seu rastro fazendo um modelo da biologia e da medicina.

Para dizer a verdade, pode-se muito bem escrever uma coletânea de besteiras a partir de algumas desventuras da biologia, as do lyssenkismo, da critica da biologia pastoriana, da querela da ontologia no século XIX, da circulação sangüínea no tempo de Molière. Isso não se faz, mas que importa! Tudo isso não foi ensinado senão para os estudantes de filosofia, e a maioria dos médicos e geneticistas ignora até o nome de Canguilhem. Na grande feira da ignorância distribuída pela universidade, ninguém é melhor servido, o filósofo sendo convidado a estudar a "norma" somente na biologia, mas sem referência alguma, notadamente à monumental obra de Kelsen que abre outras avenidas.

O trabalho dos filósofos contemporâneos não deixa de ser dos mais interessantes, no que ele tende a se fundir o mais estreitamente possível com a idéia que a medicina faz dela mesma e, por isso mesmo, fornecer-lhe uma sustentação. Descrevendo a Ordem médica, eles a constituem.

M. Foucault[1] mostrou as bases conceituais e semânticas que a anatomia patológica forneceu à medicina moderna, constituindo os significantes mesmos de sua linguagem. Ai está um procedimento rigoroso, mas é também um procedimento que está na Ordem, que não pretende e não pode pretender dizer outra coisa que não o que vê o "olhar" médico, que retém somente o que o discurso médico pode reter. Do mesmo modo, não é senão de maneira inteiramente incidente que M. Foucault fala do que a medicina instaura como tipo de relação entre médico e doente problema que, como veremos, falando propriamente, não interessa a medicina. Esta ausência, que certamente não pode lhe ser reprovada de um ponto de vista metodológico, uma vez que o campo de seu trabalho é nitidamente delimitado, não deixa de tei conseqüências sobre a apreensão que se pode ter do que constitui a medicina.

(1) M. **Foucault, *Naissance de Ia clinique,* PUF, 1963. (Tradução brasileira: *O Nascimento da clínica,* Forense-Universitária, RJ, 1978)**

Quando, por outro lado, se lê a denúncia feita por M. Foucault, do enclausuramento dos loucos como ligado à instauração do reino da Razão? não se pode deixar de pensar que ele desviou seu olhar (e o nosso) da medicina para a psiquiatria, sem mostrar que esta está sob a dependência daquela. Ora, os muros do hospital, se são menos altos, são mais sólidos que os do asilo. O enclausuramento nos hospícios, leprosários e sanatórios serviu de modelo aos hospitais psiquiátricos. A forma é menos brutal e policial para o doente que para o louco, mas a pressão familiar e social deixa pouca escolha quando é preciso para cada um submeter-se a uma ordem que não é a sua. O "consentimento" do interessado aos exames e tratamentos que lhe são "propostos" não é evidente em lugar algum. Denunciando o arbitrário psiquiátrico, M. Foucault se faz indiretamente cúmplice da razão médica. Um e outro, no entanto, procedem do mesmo bom [1]sentimento: impor o que é mais favorável ao bem de alguém, que não é considerado capaz de opor um julgamento admissível.

Incidência não negligenciável: todos os psiquiatras leram a História da loucura. Nenhum médico, ou quase nenhum, leu o, Nascimento da clinica.

---

[1](2) M. Foucault, ___*Histoire de Ia folie,* Gallimard, 1972. (Tradução brasibha: *História da loucura,* Perspectiva, SP, 1979.)

(3) Canguilhem, *Le Normal et te Pathologi que,* Gamien, PUF, 1966. 1. radução brasileira: *Ó normal e o patológico,* Fõrense-Universitária, RJ,

Por esse destino junto aos médicos, o livro de Foucault se reúne ao trabalho de Canguilhem[3] unanimemente estimado pelos filósofos e praticamente desconhecido pelos médicos. Esse livro, mais preocupado com a metodologia médica que com qualquer outra coisa, não deixa, entretanto, de indicar o que constitui a verdadeira dificuldade da medicina: a doença, adquirindo um estatuto científico, separa-se cada vez mais do que o interessado sente dela. É o que havia conduzido Leriche a distinguir a "doença do doente" da "doença do médico". Canguilhem retoma com cuidado esta corajosa posição de Leriche que ia em cheio de encontro à ideologia médica. Mas, essa distinção, no entanto, não contradiz o que instaura a Ordem médica.

Afirmando que "a dor não está na ordem da natureza", Leriche atrai a atenção do médico para qualquer dor acusada pelo doente (e também sobre qualquer demanda) mesmo não referenciável em termos médicos. O que, como se sabe, contribuiu para progressos apreciáveis na cirurgia da dor, e também para outros, menos evidentes, nos tratamentos medicamentosos da angústia. Mas isso permanece finalmente, nos melhores casos, uma medicalização da "doença do doente", isto é, uma extensão do campo e do poder médico.

Uma outra conseqüência não é menos notável. Leriche, ao contrário, nega o título de doença às formas ditas silenciosas das doenças, tais como um câncer latente do rim descoberto na ocasião de uma autópsia praticada após uma morte intercorrente. Eis aí uma afirmação extrema que está na continuação da distinção feita por Leriche. Mas é claro que os médicos não podem aderir a isso. E muito menos Canguilhem que, no entanto, concorda com Leriche que deve necessariamente haver consciência mórbida do doente antes do diagnóstico médico. "Não há nada na ciência que não haja primeiramente surgido na consciência." Ele afirma, igualmente, que houve uma consciência mórbida, se não para aquele que tem uma forma silenciosa de câncer de rim, ao menos para os doentes que outrora apelaram para o médico por uma mesma forma de câncer em estado mais avançado.

Eis aí uma afirmação de princípio. Ela visa salvar a idéia que a medicina faz de si mesma: de sua coalescência em demanda do doente. É também a afirmação por um filósofo da primazia da consciência sobre a ciência. Mas é uma afirmação inexata. Assim, um doente com idiotia (digamos uma idiotia fenilpirúvica que evidentemente depende da medicina) nunca, nem hoje nem outrora, constituiu-se como doente, por razões evidentes. São seus parentes que o fizeram, informados que estavam de que um discurso médico podia ter alguma coisa a dizer sobre isso. É, pois, o discurso medico que tornou possível a identificação mórbida e não o contrário. Do mesmo modo nos casos extremos, é preciso que exista o discurso médico para que uma fadiga cesse de ser atribuída ao fleuma, uma afecção aguda a uma punição do céu, uma anomalia genética a um golpe do destino... Não é uma tomada de consciência do interessado que permite a constituição do saber médico, é, ao contrário, a existência desse saber que permite a tomada de consciência. O artifício do recurso à constituição histórica do saber médico, mesmo se pudéssemos provar sua exatidão (o que me parece impossível como acabamos de ver), não muda nada no fato, estrutural, da preexistência para cada doente de um discurso médico onde ele tem seu lugar designado de antemão. O papel de informante da medicina que tem cada doente nada muda na preeminência do papel do médico, pois é este que organiza as informações, que não vêm todas, ou quase, do que pode lhe dizer o próprio doente.

A posição de Canguilhem é coerente com o que ele mesmo anuncia.[4] "Nós não temos a presunção de pretender renovar a medicina incorporando-lhe uma metafísica. Se a medicina deve ser renovada, cabe aos médicos fazê-lo, correndo os riscos e empenhando sua honra." Mas nós não podemos segui-lo nessa afirmação. Constituir como "metafísica" o que está fora do saber médico é desacreditá-lo de antemão em relação a um medicina identificada a uma "física". É conceder de antemão à Ordem médica e aos médicos que a representam toda autoridade. Tirar o chapéu para a "consciência mórbida" dos longínquos precursores nas vias da doença não muda nada. A medicina provou mais que fartamente que podia prescindir de toda consciência pessoal de um estado mórbido, e mesmo de toda demanda. Esta, quando existe, não tem, de qualquer maneira, lugar algum no discurso médico, para o qual o doente não é senão um indicador de

signos e não um demandante, um pedinte. Aí está o desconhecimento, que é sistemático e não fortuito, da Ordem médica. É justamente porque Canguilhem consegue participar muito de perto do saber médico, que também participa de seus desconhecimentos sobre esse ponto.

Cada um de nós é demasiado solidário ao discurso médico Para não aceitar de antemão suas razões. Por isso a única crítica realmente radical que conheço da Ordem médica é dada por um fato que os etnólogos relatam, porque esse fato não tem que se embaraçar com considerações menores sobre os limites e os fracassos da medicina e impõe à nossa reflexão o que resulta do sucesso da medicina quando é total. A réplica é dada pelos próprios doentes, curados mas medicalizados, de alguma maneira, de surpresa, e não participando, pois, do discurso médico.

Lévy-Bruhl[5] consagrou um importante estudo às seqüências inesperadas das curas obtidas por. médicos europeus junto aos indígenas da África e da América. Estes últimos, longe de testemunhar seu reconhecimento ao médico que acaba de salvar-lhes a vida vêm, ao contrário, reclamar, como uma dívida, que ele continue a lhes assegurar um suporte moral e material, e se mostram desconcertados e irritados quando se recusa. O que mais impressionou e escandalizou os observadores foi, bem entendido, que os doentes curados viessem reclamar dinheiro! Lévy-Bruhl explica então pacientemente que não é preciso ver nisso nenhuma ingratidão, mas que a "mentalidade primitiva" dos indígenas lhes faz crer que sua vida, por ter sido salva pela intervenção médica, não fica menos gravemente ameaçada pelos demônios que já tentaram perdelos e que estes, ao contrário, correm o risco de se mostrar tanto mais ameaçadores agora que sua primeira tentativa fracassou. Igualmente a proteção do poderoso curandeiro branco deve se perpetuar.

Não há dúvida que uma interpretação tão “compreensiva” incite o médico colonial a uma indulgente condescendência com relação à falta de civilidade do indígena. Afinal de contas, a Ordem médica não está gravemente ameaçada porque o primitivo ignora em que sentido deve se fazer a circulação do dinheiro no mundo capitalista. Não se deveria, então, guardar disso senão uma anedota folclórica devida à sobrevivência das superstições de uma outra era. Assim o etnólogo se firma em seu papel de paleontólogo da espécie humana, observador de culturas e civilizações em vias de desaparecimento. O selvagem permanece como convém. Quanto ao médico, ele pode continuar em suas funções de benfeitor, aliás patenteado, da humanidade.

Deixemos ao etnólogo a responsabilidade de uma explicação que tem o mérito duvidoso de não colocar em causa nossos hábitos de pensamento. Não creio, entretanto, que o etnólogo sairá de sua rotina enquanto ela se limitar a estudar os costumes dos primitivos como o zoólogo observa os animais inferiores, ao menos inferiores aos homens, enquanto ela estudar seus mitos, seus costumes de casamento, seu Édipo na medida do homem ocidental. O pedido de dinheiro feito pelo indígena não questiona menos o médico sobre sua generosidade, uma generosidade que se limita à realização de proezas técnicas e especializadas, uma generosidade que não se dirige ao indivíduo como tal, mas a um representante qualquer da humanidade, e somente enquanto ele se encontra na situação particular de doente. E evidente para o médico ocidental que se pode e que se deve devolver a vida sem se preocupar nem com as razões, nem com os meios de viver do assistido. Pode-se, entretanto, imaginar que um espírito não avisado, tal como o do indígena, tenha alguma dificuldade em se encontrar num sistema de valores com imperativos ao mesmo tempo tão fortes e tão limitados. A questão que o indígena coloca permanece, portanto, inteira: o médico, trazendo a cura, não contrai uma dívida com aqueles mesmos que ele trata? Talvez seja esta questão que são, antes de mais nada, portadores todos esses "funcionais" e "neuróticos" que enchem as salas de espera dos clínicos.

Pois, é verdade que a medicina nunca fala da morte, a não ser para tentar adiar sua data de vencimento; ela não fala nunca da vida e do gozo, a não ser para regulamentá-los; ela nega qualquer razão de viver que não seja a razão médica que faz viver, eventualmente à força. Mas ela, pelo menos, tem contas a prestar aos seus administrados.

Esta mesma dificuldade poderia ser tomada por um outro lado que nos é familiar. Às vezes, a opinião pública se comove quando um prodigioso arsenal técnico se movimenta para prolongar

a vida e conseqüentemente os sofrimentos de algum velho célebre. Recentemente, um dos ditadores mais cruéis e mais poderosos, assim tratado, não pôde senão murmurar: "Vocês não acham que estão abusando de mim?". E, no entanto, quem poderia duvidar do autoritarismo de Franco, da competência e devotamento de seus médicos, dirigidos por um célebre cirurgião, seu próprio genro? A Ordem médica é mais poderosa que o mais poderoso ditador, e, às vezes, tão cruel. Não se pode resistir a ela, Porque não se tem nenhuma "razão" a lhe opor.

A queixa do ditador reúne-se aqui à reivindicação do selvagem. Ninguém pode pretender sair indene de sua relação com a medicina, quer seja médico, doente ou futuro doente. Precisamos fazer a constatação de que a medicina nos deixa subjetivamente divididos. Cada um de nós é seduzido, conquistado, menos por seus resultados terapêuticos que pela extensão e certezas do saber médico, e menos por estas que pela permanência de sua ordem no momento em que nosso próprio corpo nos abandona. Mas também, a medicina nos reduz ao silêncio. Nenhuma razão é objetável à razão médica, e o médico não recolhe de seu paciente senão o que pode ter lugar no discurso médico. Não se pode pretender salvar ao mesmo tempo o discurso médico e o discurso do paciente.

Poderá o médico, sem renegar suas opiniões, abandonar seu discurso e dar o direito às objeções de seu doente em vez de reduzi-las, o que ele constitui como sua obrigação? Aí está, no fundo, a questão de G. Duhamel, que nunca deixa de entoar bravamente as trombetas da ideologia médica: "A marca médica é indelével. Ela é tão profundamente marcada quanto a marca eclesiástica. *Sacerdos in aeternum*. Não conheço ninguém que tenha abandonado a medicina. O clérigo que deixa a casa sempre retorna a ela com facilidade e prazer. Ele sabe que não pode, o que quer que pense ou o que quer que faça, não agir e pensar como médico. Cada palavra que ele pronuncia é, quer queira ou não, uma palavra de médico"

Resta acrescentar isto: se o clérigo não pode sair da Ordem médica a não ser das "ordens", em que saber o leigo se apoiará para contestá-lo mais seguramente? O totalitarismo do discurso médico, que é o de sua lógica, não constitui a maneira de ser de seus clérigos. Inclui todos aqueles que conhecem, ao menos, sua existência.

Impõe-se a necessidade de falar da medicina como sendo um discurso. E, primeiramente, para extrair o fato de que se participa do discurso médico mesmo que não se possua seu saber e sua prática. O maior médico não pode pretender possuir todo o saber e toda a técnica; ele deve freqüentemente recorrer à opinião de seus confrades e também aos seus livros. Ao contrário, o mais ignorante dos não-médicos pode ser levado a se improvisar como socorrista e com isso realizar um ato médico. Há uma hierarquia em medicina, que é uma hierarquia do saber. Não creio que essa hierarquia possa ser abolida. Mesmo na China, os "médicos descalços" tem a mesma função que os oficiais da saúde pública na França, no século passado. E o médico célebre, forçado a passar alguns meses no campo, certamente continuará a gozar pelo menos do prestígio que lhe conferem seu saber e sua brilhante carreira. Se vai in loco para instruir-se, não faz nada além do que faz a medicina burguesa indo dispensar seus cuidados aos pobres.

A hierarquia não é o que há de mais importante. A distinção entre grandes e pequenos médicos, médicos e enfermeiros, pessoal médico e população instruída..., só dissimula o fato que instaura a existência de um discurso médico. Todo mundo sabe que existe um saber medico, que ninguém pode pretender possuí-lo inteiramente, mas que é sempre possível recorrer a ele. Bem mais, o próprio doente nunca é um outro, em relação a esse discurso. Ele participa dele, é convidado a reunir-se, a submeter-se a ele e, de fato, ele o precede e tenta raciocinar sobre sua doença em termos médicos.

É inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, "de sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige. Ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação "médico-doente", é substituída pela relação "instituição médica-doença". O resto não é senão verborréia com relação a essa transformação da situação, e

não pode senão acentuar-se na medida em que se desenvolve o discurso médico.

Falar da medicina como de um discurso nos permite não depender tão estreitamente da idéia de cientificidade que ela faz de si mesma. É porque a medicina invoca - com justa razão - a ciência, e porque ciência tornou-se sinônimo de verdade, que a medicina constitui um bastião resistente, tanto aos mais vigorosos ataques quanto aos elogios desajeitados, e que seu próprio totalitarismo é suportado como um mal do qual é preciso esperar Um bem. Mais ainda, sua metodologia, ou pelo menos a da biologia, tornou-se um modelo de que a epistemologia particularmente se apropriou.

A medicina, não considerando senão os modelos que a fazem funcionar atualmente, permaneceu incapaz de explicar o que quer que seja sobre as descobertas que outrora fez, a não ser colocando-as na conta do empirismo. Por outro lado, a exatidão do saber médico não é a verdade. Ela é o contrário desta: constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso, i medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico. É aí que teremos de fazer ressurgir a verdade, enquanto ela está mascarada pela própria objetividade científica.

2. Medicina. Ciências "positivas". Ciências "humanas"

É à medicina que convém reconhecer o "lugar ao mesmo marginal e central", a função "significante" para as ciências que se reconhece geralmente à biologia, como faz em particular J. Monod.' É verdade que os próprios médicos consentem de bom grado em reconhecer um primado científico à biologia, a medicina encontrando-se por isso relegada ao plano de aplicação da ciência, maculada de contingências estranhas à ciência pura, ao mesmo tempo que enobrecida por ter de levar em conta o que se chama, muito confusamente aliás, "o fator humano". Há nesta distinção muito mais que uma constatação, bastante banal de resto, pois há aí o estabelecimento de um verdadeiro estatuto da medicina que se inscreve no estatuto da ciência, isto é, o estabelecimento de uma diferença radical entre pesquisa pura e desinteressada da qual se convencionou considerar que ela não deve nada a não ser à aquisição desinteressada do saber, e ciência aplicada, ligada às utilizações técnicas e pragmáticas do saber. Isto é, o primado concedido à biologia sobre a medicina faz parte da ideologia da ciência e contribui para reforçá-la.

Esta separação entre ciência pura e ciência aplicada é, no entanto, constantemente denunciada: como resultando na desunião entre o cientista e as utilizações, freqüentemente discutíveis, às vezes condenáveis, de suas descobertas. E, então, por razões de ordem moral, e para que o cientista não possa aspirar à sua própria inocência pessoal, que se refuta o mito da pesquisa pura e desinteressada. Detemo-nos normalmente aí, isto é, afirmamos que o cientista não pode pretender lavar suas mãos quanto ao produto de seu trabalho: o que o engaja a tomar posições sociais, políticas ou religiosas destinadas a moralizar a utilização da ciência.

Conhecemos o efeito mínimo dessas exortações a uma moralização da ciência, já que na prática as tomadas de posição dos cientistas recobrem sensivelmente o quadro do jogo político, moral e religioso tradicional. O que não é muito surpreendente, pois não se vê em quê nem por quê uma formação científica favoreceria uma consciência política ou outra melhor que aquela dos outros homens. Do mesmo modo, os engajamentos pessoais dos cientistas não tem na prática maior importância que os dos artistas líricos e dos campeões esportivos. Eles se limitam a favorecer o recrutamento que os partidos políticos operam. E o efeito mais sensível de tais engajamentos é constituir um vedetariado que deixa entender que certos homens são mais inteligentes, mais lúcidos, mais devotados que outros à causa comum da humanidade.

É porque tem o olho fixado nas aplicações da ciência que o cientista (e com ele o público) é levado a para a medicina um estatuto especial, marginal e privilegiado. Toda a ciência e mesmo a biologia podem ser utilizadas para fins guerreiros, para estabelecer impérios econômicos, e correm pelo menos o risco de contribuir para a alienação dos homens e a destruição do equilíbrio ecológico Ao contrário, desde que se entra no domínio da medicina, penetra-se nas águas calmas da boa consciência do cientista. Ao passo que alhures as descobertas são guardadas pelo segredo (militar) ou cobertas por certificados de propriedade, a medicina tem, ao contrário, o dever de divulgar o resultado de seus trabalhos à comunidade científica. É toda a ética que se acha invertida no momento em que nos aproximamos das aplicações médicas da ciência. A medicina é a caução moral da ciência, como a Cruz Vermelha e o Instituto Pasteur o eram para a colonização. A medicina tem então uma função determinante sobre a idéia que o cientista pode ter dos efeitos de seu trabalho, uma vez que não há ramo científico que não tenha, pouco ou muito, aplicações médicas. Assim, está demonstrado que os cientistas podem, com a consciência tranqüila, prosseguir seus trabalhos. Existe, ao menos, um domínio no qual eles estão seguros de trabalhar para o bem da humanidade. A existência da bomba de cobalto prova que não é a bomba atômica que se queria fazer. A medicina serve assim para desculpabilizar os cientistas. Ela tem

uma função psicoterápica para assegurar a consciência tranqüila de nossa civilização ocidental.

A hierarquia que instaura a pesquisa pura no ápice da escala tem por função, sem dúvida, colocar o cientista afastado do debate duvidoso em que se trata de apreciar a ciência em seus resultados. Mas isto não explica em nada por que a biologia tem um estatuto privilegiado em relação à medicina. Pois é claro que ela o tem, e não somente sob a pena de J. Monod. Ela o tem muito mais do que geralmente se diz, mesmo quando se concede paternalmente ao humilde médico clínico virtudes insubstituíveis. O estatuto de grande médico, do "patrono", mais próximo da ciência pura que do doente não fica menos superior. Isto é devido por um lado a razões didáticas: o professor ensina o que ele sabe e não como e porque se tem acesso a esse saber. É mais fácil ensinar aos estudantes o que é anatomia normal e fisiologia normal para explicar o patológico como desvio em relação a uma normalidade. Mas essas razões didáticas devem, elas próprias, ser examinadas pois instauram uma certa ordem que está em . contradição com a ordem de acesso ao saber, a ordem heurística.

Ora, o exame do processo da descoberta científica mostra, de maneira constante, que em medicina é sempre sob a pressão da patologia que os estudos anatômicos, fisiológicos, biológicos foram empreendidos. Quando, por exceção, uma descoberta fortuita foi feita (como a da existência das glândulas suprarenais) os cientistas ficaram no maior embaraço até que uma doença (como a doença de Addison para as supra-renais) tivesse demonstrado sua função. Mesmo os fisiologistas mais puros como Claude Bernard só foram conduzidos ao estudo da fisiologia da glicose a partir do que a diabetes lhes informava de sua patologia.Assim, enquanto que na ordem didática, o patológico é deduzido do normal, na ordem heurística, ao contrário é o normal que se estabelece a partir do patológico. Não se leva em conta essa inversão das coisas no ensino e quando o fato é abundantemente demonstrado por Canguilhem; isto não muda nada nem no ensino da medicina, nem na sua prática. A Ordem médica prevalece, com suas exigências e suas ignorâncias. É preciso, para ela, manter a caução científica que constitui o primado da biologia.

É preciso sobretudo que se ache eludida a questão do modo de acesso ao saber, questão de que os cientistas não querem nada saber. Nada é mais instrutivo sobre esse ponto que ler o livro de J. Monod, pois a qualidade universalmente reconhecida dos trabalhos científicos do autor só dá maior interesse à crítica que pode ser feita de suas considerações ideológicas sobre o trabalho científico. A primazia que ele dá à biologia sobre a medicina constitui um verdadeiro morticínio simbólico do médico. Esta fórmula nos é sugerida por um exemplo que ele fornece, inocentemente é claro. Para nos explicar o que é o "acaso essencial", o autor nos diz' que seria completamente fortuito, "inessencial", o encontro do martelo de um bombeiro que trabalha na casa de um particular com o crânio de um médico que vem visitar um doente no mesmo imóvel. Ora, se é evidentemente o acaso que intervém no mito criado pelo autor (o exemplo é plenamente convincente), pode-se perguntar por que ele não utilizou um outro, como aquele, clássico, de Laplace que fala da queda de uma pedra sobre o crânio de um transeunte para definir o acaso como resultante do encontro de duas séries causais diferentes.

Não se trata de interrogar J. Monod sobre o "acaso" que lhe fez escolher um exemplo desastrado, mas, antes de mostrar a "necessidade" que resulta em suprimir o médico enquanto este ocupa um lugar determinante no progresso das ciências, ao menos porque, intérprete da demanda do doente, ele é portador de uma questão sobre a aquisição do saber. Há uma causa para o saber, a qual podemos pelo menos dizer onde se situa, do lado do médico e do doente, ou para dizer melhor, do lado da situação criada pela existência da doença. Sobre o que causa a instalação do saber, J. Monod não deixa entretanto de se interrogar, mas a resposta que ele dá é justamente da ordem da evitação e do recurso a noções puramente ideológicas. Ele, com efeito, reivindica um lugar central para a biologia porque crê que , `a ambição última da,ciência é... de elucidar a relação do homem com o universo' Mas a questão dá uma guinada quando ele diz' "ser levado a crer (...) que a angústia de solidão e a exigência de uma explicação coercitiva são inatas; que essa herança, vinda do fundo dos tempos, não é apenas cultural, mas sem dúvida genética".

Eis aí um ato de fé que de científico só tem a caução dada por seu autor. Mas é também

uma explicação racista ou pelo menos elitista que justifica de antemão o nascimento de uma aristocracia intelectual. É entretanto uma explicação pobre, pois mesmo se o pretenso gene do "desejo de saber" fosse recessivo, o que o autor não diz, como explicar por esta via por que a antigüidade greco-latina e, mais tarde, o mundo árabe, depois de períodos de prodigiosa fecundidade intelectual permanecem, durante séculos, improdutivos? Não convirá aqui remeter o autor ao que ele mesmo denuncia em outro lugar como uma dessas "ontogenias míticas e metafísicas"? Se a questão de um património genético a ser preservado deve se colocar, é preciso também colocar aquela que ironicamente indicava um muro de maio de 1968: "Terão os gaullistas um cromossomo a mais?".

É, finalmente, digno de nota assinalar que a ironia não aparece mais quando um prêmio Nobel afirma: "Os cientistas têm um gene a mais!". Aí está a prova de que uma certa ideologia da ciência e do cientista estão solidamente estabelecidas e constituem os modernos graus de ascendência nobre. Mesmo se este aspecto pode ser considerado como secundário, simples conseqüência sociológica fortuita do progresso da ciência, o problema não é sem importância no que concerne a própria ciência.

Não é possível, em nome da objetividade (e da modéstia) do cientista, colocar entre parênteses o processo mesmo da produção científica. A aquisição do saber introduz um elemento novo que tem por efeito desafiar as leis da natureza. J. Monod evoca de maneira particularmente interessante o lugar que pode ocupar a informação com relação a uma das leis melhor estabelecidas, a da degradação da energia, isto é, da entropiab "Eis como Maxwell imaginou um `demônio'... Este demônio, colocado no orifício de comunicação entre dois recipientes cheios de um gás qualquer, supostamente manobrava sem consumo de energia uma portinhola ideal que lhe permitia interditar a passagem de certas moléculas de um recipiente ao outro. O demônio podia então "escolher" só deixar passar num sentido as moléculas rápidas (de energia alta) e noutro apenas as moléculas lentas (de energia fraca). O resultado era que, dos dois recipientes primitivamente na mesma temperatura, um se aquecia enquanto o outro se esfriava, tudo isso sem consumo aparente de energia. Por mais imaginária que fosse essa experiência, ela não deixou de embaraçar os físicos: parecia, com efeito, que pelo exercício de sua função cognitiva, o demônio tivesse o poder de violar o segundo princípio. E como esta função cognitiva não parecia nem mensurável, nem mesmo definível, do ponto de vista físico, o "paradoxo" de Maxwell parecia dever escapar a qualquer análise em termos operacionais.

"A chave do paradoxo foi dada por Leon Brilloin inspirando-se num trabalho anterior de Szillard: ele demonstrou que o exercício de suas funções cognitivas pelo demônio devia necessariamente consumir uma certa quantidade de energia que, no balanço da operação, compensava precisamente a diminuição de entropia do sistema. Com efeito, para que o demônio feche a portinhola com `conhecimento de causa, é preciso que ele tenha medido de antemão a rapidez de cada partícula de gás. Ora, toda medida, isto é, toda aquisição de informação, supõe uma interação por ela mesma consumidora de energia'."

Acrescentemos que Monod nos indica que, doravante, esses demônios não são mais uma pura ficção, e que as enzimas realizam tal função de discriminação.

O saber não deixa de colocar problemas comparáveis àqueles evocados aqui. Pois o saber, pelo menos na medida em que é identificado à informação, sofre uma necessária degradação em sua transmissão de boca a orelha, de escrito a leitor, e mais ainda da coisa observada à sua consignação. Como a energia, a informação difundindo-se no ensino que dela é dado se degrada. Existe uma entropia da informação. Ora, é esta entropia que o cientista remonta.

A que hipotético "desejo de saber" seria preciso atribuir esse remontar da entropia, essa criação de saber? Sobre esse ponto, o psicanalista pode ao menos dar o testemunho de que em sua prática é a um desejo de não saber que ele tem a tratar. E isso é o que nos confirma a história das ciências quando nos mostra a que formidável resistência se choca toda nova descoberta, inclusive no seio das sociedades científicas, e em alguns aspectos sobretudo nelas na medida em que contradiz o sistema conceitual em vigor. Kuhn mostrou que as sociedades científicas se

constituem e se reconhecem em torno de “paradigmas” que são os modelos que permitem o prosseguimento da pesquisa cientifica. O grupo científico se reconhece em torno desses paradigmas e de seu bom uso, e acolhe a priori como não científico tudo o que vem contradizê-los e por este fato destruir, não somente os modelos aceitos, mas também a homogeneidade do grupo dos cientistas. Essa resistência dos corpos científicos constituídos dura ate que os paradigmas em vigor, tornados insuficientes demais para explicar fatos novos, sejam substituídos por novos paradigmas aos quais o grupo inteiro adere, esquecendo as bases sobre as quais funcionava anteriormente. Nós veremos que em medicina principalmente todo "progresso" acompanhou-se da rejeição de tudo que era desde então qualificado de medicina antiga. Assim revela-se que os sábios não são particularmente acolhedores em relação às novidades, apesar de seu pretenso "desejo de saber".

Um avanço certo do discurso científico não deixa de existir, mas nós diremos que ele se faz apesar dos próprios cientistas e somente em razão das virtudes do discurso científico, do qual eles são apenas os suportes ocasionais. A falta de que todo discurso é portador faz com que ele não cesse de se desenvolver. O mito do "saber tudo" que ele visa constituir não suporta as zonas de sombra que ele entretanto criou por seu próprio desenvolvimento.

Vimos que a questão colocada por Maxwell não pode encontrar resposta senão levando em consideração a relação de seu "demônio" com aquilo mesmo que ele é capaz de medir, com a energia. Do mesmo modo, a questão que coloca o cientista não pode ser estudada independentemente do que constitui sua relação com o saber, isto é, o discurso que ele mesmo enuncia e constitui. Ora, geralmente os cientistas se satisfazem com considerações simplistas sobre a linguagem que utilizam e sobre o lugar que eles ocupam como autores de um discurso científico.

Um exemplo nos mostrará a que aberrações pode conduzir uma tentativa de aproximação com pretensão científica da função da linguagem.

J. Lyons escreve:' "Quando Bloomfield escreveu seu livro monumental A linguagem, ele adotou explicitamente o behaviorismo como quadro para a descrição lingüística. (Não menos explicitamente, ele havia declarado sua adesão à psicologia 'mentalista' de Wundt em sua obra anterior, An introduction to the study of language, `Introdução ao estudo da linguagem', publicado em 1914.) No segundo capitulo de A linguagem, ele por outro lado sustenta que, mesmo se nós pudéssemos em princípio predizer se tal estimulo levaria alguém a falar e, nesse caso, exatamente o que ele diria, na prática, nós não poderemos fazer esta predição 'a não ser que soubéssemos a estrutura exata de seu corpo nesse momento preciso' (p. 36). O sentido de uma forma lingüística é definido como 'os acontecimentos práticos' que estão 'em relação com esta forma' (p. 30) e, num capitulo subseqüente, como 'a situação na qual o locutor a enuncia e a resposta que ela provoca por parte do ouvinte' (p. 132). Como exemplo de uma situação simples, mas provavelmente típica, na qual se poderia usar a linguagem, Bloomfield sugere o seguinte: 'Jack e Jill descem um atalho. Jill percebe uma maçã numa árvore e, estando com fome, pede para Jack colhe-Ia; ele sobe na árvore e lhe dá a maçã; e ela a come'. É assim que nós descreveríamos normalmente os acontecimentos. Uma descrição behaviorista seria um pouco diferente: a fome de Jill ('isto é, alguns de seus músculos que se contraem e certas' secreções que se fazem, sobretudo em seu estômago') e a maçã que ela ve (isto é, as ondas luminosas refletidas pela maçã que tocaram em seus olhos) constituem o estimulo. A resposta direta a esse estímulo seria que Jill suba ela mesma na árvore para colher a maçã. Em vez disso, ela produz uma 'resposta substituta' que toma a forma de uma seqüência particular de ruídos feitos com os órgãos da fala; e isto serve de 'estimulo substituto' a Jack, levando-o a agir como teria podido faze-lo se ele mesmo tivesse fome e tivesse visto a maçã. Esta análise behaviorista da situação deixa evidentemente muitas coisas sem explicação, mas nós não nos deteremos aqui. O exemplo de Bloomfield dará ao leitor uma idéia da maneira pela qual a linguagem supostamente funcionava em situações práticas como substituto de outras espécies de comportamentos não simbólicos; e isto basta para nossa proposição".

Não darei prova de muita audácia propondo uma interpretação bem diferente dessas considerações sábias, uma vez que o exemplo sugere isso evidentemente. Jill poderia muito bem ter outra coisa que não uma maçã para pedir a Jack, por exemplo brincar de Adão e Eva. Pois é provável que Jill e Jack já ouviram falar de histórias de maçãs e de paraíso terrestre: como voce e eu (é muito certamente Bloomfield, Chomsky e Lyons, se bem que eles não digam nada a respeito; mas é aí que se manifesta o recalcamento pelo discurso "científico").

Pode-se então ao menos supor que a demanda de Jill é portadora também de uma demanda de ordem sexual. Mas não creio que se possa recuperar a explicação bloomfieldiana dizendo, por exemplo, que a mensagem é polissêmica, que Jill tem uma demanda não apenas alimentar, mas também sexual. Pois pode muito bem ocorrer que Jill goste pouco de maçãs, e também não tenha nenhum desejo de realização sexual, imediato pelo menos, que ela queira somente começar um flerte puramente verbal (ao menos por enquanto) com Jack, que ela espere dele que ele pegue a dica (bem mais ainda que a maçã) para reenviála à sua parceira.

Não sabemos de nada a esse respeito. Sabemos apenas que a partir do momento em que a palavra ."maçã" foi pronunciada, d um significante que se trata e que esse significante não deve forçosamente ser colocado em relação com o objeto maçã que se acharia assim significado. No máximo, diríamos que a explicação bloomfieldiana não se mantém a não ser que suponhamos Jill como uma perfeita jovem inocente, e Jack um grosseiro estúpido. Quanto a mim, não creio que uma mulher jamais estenda uma maçã (sob a forma de um objeto ou sob a forma de um significante) de maneira inocente; bem mais, nunca acho que elas sejam bastante perversas e mentirosas para pedir uma maçã com o único objetivo de apaziguar sua fome. Quando um diálogo se inicia, por mais fútil que seja (e este não o é), é toda a relação à linguagem que está em causa, isto é, tudo que especifica a espécie humana. No flerte, a ostentação sexual se empreende em torno de manifestações de prestância nas quais os jogos da linguagem têm um lugar predominante, permitindo a cada um jogar com os significantes e frustrá-los. Por isso, pela linguagem, os homens conseguiram superar a fraqueza intrínseca de sua condição. É também, é sobretudo por sua arte de utilizar a linguagem que se reconhece um homem. Não nos mostra Cyrano como a arte de se servir dela é mais importante que a deformidade física?

Seria uma interpretação psicologizante, e falsamente psicanalítica a que nos faria dizer de Jill que ela tem uma "inveja do penis" e não uma "inveja* de maçã". Podemos somente dizer que não sabemos nada do que é seu desejo, além de sua demanda de maçã. Sabemos que esta engaja os dois protagonistas num terreno que, quer ela queira ou não, é o da linguagem. Eis-nos então bem longe das *certezas* da ciência em cuja direção nos levava Bloomfield, uma vez que é amenas de nosso não saber sobre o desejo de Jill (e de Jack) que nós podemos falar. E, no entanto, podemos dizer que nos aproximamos muito mais da *verdade* de Jill e de Jack quando levantamos a questão da problemática de seu desejo partindo de que ele deve se significar na linguagem. Pois, no caminho, nossa questão se deslocou da maçã para Jack e Jill. Diremos que, na sua demanda, Jill começa por *se significar ela mesma* num desejo cujo objeto não está de modo algum definido, e que só é talvez desejo de desejo, desejo de conhecer o que é de seu próprio desejo e do de Jack, que, pelo menos, é intimado a mostrar se é servil, e se é só servil. Não se toca nas maçãs sem alcançar a Arvore do Conhecimento. Pelo menos é o que diz a Bíblia que, aqui, nos ensina mais sobre as maçãs e sobre as origens da humanidade que as considerações "científicas" de nossos lingüistas.

Entretanto, a maçã, em sua materialidade tranqüilizadora, é tomada no discurso científico. O do botânico, do químico, do dietético, do biólogo e, como vimos, do lingüista. Talvez o médico também terá de conhecer esta história da maçã, porque, se conhecemos o destino da maçã no tubo digestivo, quem sabe se o jogo amoroso e sexual de Jack e Jill, devendo se precisar, não vai criar algumas perturbações das secreções especializadas? Não se pega uma úlcera por tão pouco, mas se o jogo se prolonga e a ambigüidade do significante "maçã" não é levantada...

(•) *Envie*, em francês, que também quer dizer vontade, desejo.

A maçã, então, é bem diferente do objeto maçã. Maçã do amor como sugerimos, ela também pode ser pomo da discórdia; e "pêra, uva ou maçã" nas brincadeiras infantis. A maçã designa também o rosto, a cara de um indivíduo, o que não é a mesma coisa que um caroço (que não é necessariamente de maçã). Nisso tudo, mesmo se não se é um imbecil "maçante", aí se pode levar uma maçada. E isto, tanto mais quanto a maçã pode muito bem ser... um cacho de uvas, como o faz uma representação borgonhesa da tentação de Adão (cujo pomo é bem conhecido).

Não podemos começar a falar seriamente das coisas senão a partir do momento em que levamos em consideração que elas são, de saída, logros. A ciência desconfia dos logros vendo neles apenas avatares dessas iscas que se propõe à caça que se quer atrair. O cientista não quer deixar-se apanhar ridiculamente como o pato. Nas ciências ditas humanas, é ele que prepara essas iscas sob a forma de questionários que são como esses labirintos em que o homem é de antemão constituído como um rato. Quer dizer, ele procura bloqueá-los lá onde, por surpresa ou submissão, o outro não estará em condições de desfazer os logros que lhe terão sido armados. Por isso essas ciências ditas humanas seriam melhor chamadas de inumanas já que elas não se interessam pelo homem, a não ser por aquilo que não o especifica como tal. Elas não deixam de coletar algumas "informações" mas que só podem servir para estreitar o universo concentracionário onde tudo será organizado para que nenhuma surpresa venha perturbar a ordem. De fato, não foi após pesquisas junto às donas-de-casa que foi selecionada a maçã mais adaptada Cada às suas necessidades, a melhor calibrada, a menos problemática, a maçã chamada "golden", irremediável e uniformemente insossa?

A psicanálise não é uma ciência uma vez que não visa evitar o erro e o engano e, sim, constituí-los como objeto. Por isso o psicanalista se expõe à acusação de impostura como se acusa de impostura todos aqueles que se ocupam do que é reputado fútil. O objeto maçã, no entanto, não é fútil, se bem que ele seja substituível por outros objetos (frutas, por exemplo), porque ele está num certo lugar. Lacan não o designa como "objeto X" mas Como "objeto a". Aí é tomado o tempo de um reencontro, de uma esquiva entre dois sujeitos que podem incluí-lo cada um na sua fantasia. Sua materialidade importa menos que sua função significante e a possibilidade que ela fornece ao Sujeito de o constituir no seu discurso. É então no sujeito enquanto autor, sujeito de seu discurso, que se interessa a análise; o que o remete à sua fantasia e ao que ele mostra dela: o que é uma coisa bem diferente de procurar ver como ele se vira no discurso que lhe imporíamos. O saber que o psicanalista pode adquirir na escuta do discurso do qual seu paciente é o autor não o conduz a enunciados sobre seu desejo, o qual, como vimos, permanece problemático e finalmente desconhecido, mas a formulação sobre as relações entre seu discurso e o que constitui sua fantasia, isto é, sua relação com o "objeto". Que o objeto esteja necessariamente presente como suporte da fantasia, isto se articula assim com o fato de que é por seu desaparecimento (pelo menos como objeto especularizável), por sua possível substituição por qualquer outro objeto que ele toma consistência como objeto do desejo.

Finalmente, se a ciência visa fundar a realidade do objeto, a psicanálise tenciona mostrar seu pouco de realidade enquanto suporte do desejo. Por isso ela restitui ao Sujeito um lugar que, ao contrário, a ciência tende a evacuar constituindo um discurso em que o Sujeito (da enunciação) não tem nenhum lugar, uma vez que a verdade enunciada por ela deve ser independente daquele que a enuncia.

Quando evocamos acima a questão do "demônio de Maxwell" para nos perguntarmos o que permitia ao cientista remontar a entropia do saber, era para nos interrogarmos sobre o que era necessariamente perdido Por ele no curso desta operação. Pelo menos podemos dizer que é do lado da fantasia que se efetua esta perda. O saber científico adquirido sobre os astros exclui o olhar romântico sobre as estrelas. Quando se olha na luneta pode ser para sonhar, mas não se estabelece uma ciência senão no momento em que se pára de sonhar. É preciso um Kepler para explicar o que ele mesmo deve ao sonho, para analisar segundo um método que não renegaria Freud, para reconhecer sua dívida para com a astrologia e também o saber de sua mãe que era

feiticeira. Mas também, ele nos explica que o que lhe interessa é menos o objeto a ser descoberto que o caminho pelo qual se acede a ele, do mesmo modo que o explorador, o navegador é menos útil falando do lugar a que chegou que relatando as tentativas que lhe permitiram lá chegar. O discurso universitário passou por cima disso. Reteve de Kepler as leis, a astronomia, a ótica etc. Ele esqueceu o "Sonho". Mas Kepler, que, no entanto, nada ignorava de sua dívida para com Tycho Brahe , não havia dito que “a Universidade é guardiã da ignorância"?

Do mesmo modo que não cabe fazer o processo da medicina, não é preciso fazer o da ciência. Mas, não se pode negligenciar instruir o processo da descoberta científica. Freud constituiu um mito de toda lei que rege as relações humanas. É o do assassinato do Pai da horda primitiva... e de seu esquecimento. Não se passa de outra forma com a ciência e suas leis. Mito do assassinato do medico pelo biólogo J. Monod. Ou mito do medico que retira seu saber do cadáver de seu doente. Ou ainda mito de Jack e Jill e da maçã, em que os protagonistas são reduzidos ao estado de marionetes.

Por serem míticos, esses assassinatos nem por isso deixam de ser os constituintes da grandeza glacial da ciência. Sabe-se que esta os faz ressurgir no real sob as formas anônimas e monstruosas que tornam possíveis os instrumentos que ela forjou. Cabe-nos mostrar que a medicina, esse lugar privilegiado da boa consciência do cientista, guardou igualmente o acre sabor do fruto da Arvore do conhecimento do Bem e do Mal, uma vez que aí está nosso mito fundamental.

3. As origens da medicina. Mitologias do positivismo

Evocar as origens é sempre constituir um mito e esse mito vem estear a ideologia. A coleta desses fatos, sua apresentação é uma escolha que está a serviço do que se procura constituir.

Bariéty introduziu a história da medicina fazendo remontar à noite dos tempos o que ele chama "o instinto de cuidar".

"A preocupação inata de aliviar e de curar, isto é, de cuidar, traduz um dos aspectos do instinto de conservação: o da preservação funcional: ele é tão velho quanto a doença... Todos os seres vivos obedecem a uma impulsão natural que os leva a tentar aliviar seu mal e o de seus semelhantes... Instintiva no reino animal, a medicina original torna-se naturalmente intuitiva na raça humana... Ela permaneceu intuitiva durante milênios; a maioria das descobertas médicas foi, pelo menos em parte, fruto de um conhecimento imediato e não racional da verdade. Ela ainda é e provavelmente será sempre: a intuição não é uma das primeiras qualidades do médico, a que distingue o mau do bom clínico, a que inspira sua arte singular e que nenhuma ciência pode substituir inteiramente?"'

Eis uma teoria que tem o mérito de ser extrema. Ao "desejo de saber" atribuído ao cientista, acrescenta-se para o medico um"desejo de curar" e uma "intuição", todas qualidades inatas, que, sem dúvida, existem em todo homem e mesmo em todo animal, e que são suficientes para explicar os "dons" do "bom médico" para o diagnóstico e a terapêutica.

Teoria elitista que não deixaria de parecer singularmente obscurantista se não se indicasse que o obscuro é próprio dos tempos antigos, e que os tempos modernos trazem aos poucos as luzes da razão. Tudo isto combina bem com a idéia de uma ciência em contínuo progresso e constituinte do mito do cientista, herói- moderno, acompanhado de santidade uma vez que ele traz a luz e o bem à humanidade.

Quase não é necessário ressaltar que esse mito não resiste de forma alguma ao exame dos fatos. É somente em função de uma ilusão retroativa que vemos, que isolamos certas práticas, atribuindo-lhes uma função terapêutica. Nada nos permite isolar um "instinto de curar" que seria natural. Ao contrário, pode-se observar que numerosos homens e animais se deixam morrer e, mesmo, suicidam-se ativamente, às vezes coletivamente. Nas coletividades animais está claro que matar o indivíduo doente constitui uma resposta dada à doença tanto quanto às tentativas de salvamento. Nos homens, a história nos mostra que o afastamento dos doentes para os hospícios, leprosários, sanatórios são as respostas mais constantes à doença, muito mais que os esforços para ajudar os doentes. Santificaram-se aqueles que não acreditavam que podíamos nos contentar com encerrar os doentes para nos desembaraçarmos deles: o leproso, o pestilento são homens dos quais é preciso se afastar, como também era desprezado o doente, o thaelquani, comedor de esterco, na América pré-colombiana. Mesmo as respostas individuais do organismo estão longe de serem as mais favoráveis para a conservação do indivíduo, a medicina contemporânea demonstrou isso amplamente. A posição antiálgica tomada pelo ferido e o doente está longe de ser a mais favorável à cura, e se podemos nos extasiar diante do cão que lambe sua pata ferida ou o gato que encontra as ervas que lhe purgam, como não evocar também os animais que comem as ervas que os matam, as formigas que se intoxicam com as secreções dos pulgões que criam?

É inteiramente artificial isolar, à luz de nossa ideologia médica contemporânea, certas práticas considerando-as como signos anunciadores de uma prática médica em vias de se instaurar, e localizar outras práticas como fruto de superstições votadas a desaparecer na medida dos progressos da humanidade. O olhar condescendente que damos às práticas antigas, que o acaso

nos faz conhecer, aos remédios tradicionais, às medicinas exóticas, é o que nos permite uma certa idéia da medicina e da cura, inseparáveis de um certo humanismo e que não temos nenhuma razão de atribuir à humanidade em seu conjunto, não mais que aos animais.

Se é necessário falar de um "instinto de curar", seria mais sustentável considerar que a natureza conservou as soluções mais favoráveis à conservação da espécie, e não as mais favoráveis à conservação do indivíduo. Ora, é certo que a espécie tem todo o interesse em conservar apenas os indivíduos mais vigorosos, os mais aptos a defender-se, e não os doentes, os enfermos, que ela, ao contrário, deve eliminar. Este não é, alias, um dos menores problemas que coloca a medicina contemporânea que se interroga não somente sobre o peso financeiro sobre a comunidade humana dos cuidados dados aos doentes, mas também sobre a hipoteca que ela faz pesar sobre o patrimônio genético comum assegurando a sobrevivência e a reprodução de indivíduos portadores de taras genéticas. E então indispensável considerar que a medicina moderna, longe de se inscrever na linha de uma tendência "natural", col oça-se ao contrário como ruptura em relação a esta tendência, privilegiando o destino do indivíduo contra o da espécie. Basta ver como as ideologias racistas, quando estão no poder, apressam-se em inverter esta tendência instituindo a eliminação dos indivíduos não conformes ao ideal da raça. Mas seria vão rejeitar essas soluções extremas como sendo próprias de sistemas políticos monstruosos. Tudo que tem a tratar com uma medicina efetivamente ativa não pode evitar a colocação dos problemas da eutanásia, aborto e contracepção.

O desejo de curar não é, de modo algum, uma evidência natural. Só posso subscrever o que Israel' diz sobre isso: "Não é certo que esse desejo não tenha sofrido importantes variações no decorrer dos séculos". Ao menos não podemos falar disso sem colocá-lo em paralelo com as inumeráveis circunstâncias em que forçosamente se constata a que ponto as sociedades se mostram impiedosas com os doentes, ao menos quando elas não podem pretender recuperá-los.

Os médicos do nazismo provaram abundantemente que o corpo médico não oferece resistência alguma a uma ideologia racista, e não há praticamente exemplos de que os médicos não tenham dado preferência dos privilégios de seus cuidados aos seus compatriotas, ou seus irmãos de raça.

Uma história da medicina, fundada na naturalidade do desejo de curar, está, portanto, inteiramente articulada em função da ideologia apregoada pela medicina contemporânea. Ela é uma aplicação da ideologia em curso na sociedade, mas não a transcende.

Mais interessantes são as tentativas para marcar os verdadeiros inícios da medicina em função da idéia que um ' médico contemporâneo pode fazer da evolução da ciência. Assim, Jean Bernarda começa seu livro admirando o fato de que a medicina tenha feito muito maior progresso no decorrer dos últimos trinta anos que durante os três milênios que os precedem. Com ele, diremos que a medicina atual não pode ser pensada senão como "tissular", "celular", e mesmo "molecular". O que rejeita para uma verdadeira pré-história da medicina as tentativas anteriores, por mais admiráveis que sejam. A medicina fundada sobre a anatomia patológica aparece como uma aproximação grosseira, macroscópica, desmembrada a cada momento pelos estudos mais finos que revelam ou revelarão os processos verdadeiros, intracelulares, moleculares que, sozinhos, podem explicar a morte e a doença. Assim, a medicina pode considerar que nasce verdadeiramente no momento em que a fineza de suas descobertas se traduz por um fato novo que cria sua eficácia.

Antes dessa fixação de uma data de nascimento da medicina científica no meio século precedente, era na referência à anatomia patológica que a medicina via o que havia de mais inatacável, de mais cientificamente demonstrável de sua prática. A prova, a "verificação" era a autópsia: o cadáver confessava o que os sinais clínicos haviam permitido prever. M. Foucault' insistiu longamente sobre esse retorno operado pelos médicos, qu^assim fizeram de seu fracasso em curar o lugar da constatação a partir do qual a medicina pôde constituir-se como ciência, estabelecendo assim o vocabulário, o tesouro dos significantes que constituíram e ainda constituem, no essencial, as bases do vocabulário médico. É preciso colocar entre aspas esta

noção de fracasso constituído pela morte do doente que M. Foucault parece admitir sem crítica, pois ela também, por sua vez, supõe que a cura faz parte da vocação natural da medicina, ao passo que, para mim, a morte nunca foi um fracasso para a medicina, se ela se faz na ordem, isto é, se ela é localizável no saber médico. A anatomia patológica foi sobretudo uma grande ordenação da doença e da morte. E ela permanece hoje isso mediante o que o médico pode mais facilmente representar a doença de seu paciente. Entretanto, como já vimos, a interpretação da doença em função do sistema de referência anatomopatológico parece um pouco estreita aos médicos contemporâneos. E quando M. Foucault escreve: "A medicina moderna fixou ela própria seu nascimento nos últimos anos do século XVIII" esta asserção já data de algum tempo. Ela tem sobretudo o defeito de rejeitar para o limbo da pré-história uma clínica médica que lhe é bem anterior.

Antes da época contemporânea, a medicina se prevalecia da rejeição do dogma da autoridade. Assim, Malgaigne s escreve: "Apenas surgia o século XVII e a nova filosofia, erguendo-se diante do mundo antigo, fez ouvir seu primeiro grito de revolta e independência". Em 1605, Bacon publica seu livro sobre o "avanço das ciências". Aí, não somente o dogma da autoridade era invertido e pisoteado, mas, mais preocupado em bater com força que em bater com justeza, Bacon envolvia tudo que tinha sido feito antes dele numa reprovação geral. A seu ver, Platão e Aristóteles, Hipócrates e Galeno tinham produzido e só tinham podido produzir erros: "A antiguidade dos tempos, dizia ele, é a juventude do mundo e, uma vez que o mundo envelheceu, somos nós que somos os antigos". Ele também insiste particularmente no ponto que é preciso fazer tabula rasa e proceder a uma completa restauração das ciências fazendo-as repousar sobre uma base única, a experiência. Um médico contemporâneo não desdirá essas valorosas palavras e, sem dúvida, aceitará fazer remontar a cientificidade da medicina a Bacon como queria Malgaigne.

Mas nós não terminaremos de remontar o tempo. Paracelso queimava as obras de Galeno e de Avicena. O próprio Hipócrates, segundo Plínio, destruiu os arquivos do Asclépio de cós... para se atribuir a paternidade das preciosas informações que lá estavam consignadas, ele precisa sem benevolência. Hipócrates também sempre falou da medicina de seus predecessores como sendo a "medicina antiga", instalando-se ele próprio no classicismo e não num modernismo sempre suspeito de ser apenas uma moda.

Os historiadores da medicina, como os historiadores das ciências, constroem a história em função de sua ideologia. A data de nascimento pode, assim, ser fixada nos últimos anos, há alguns séculos, e até mesmo nas origens do mundo segundo o que se tem a demonstrar. Não cabe nenhuma surpresa. Trata-se somente de constituir um mito das origens conforme a ideologia do momento, inscritível nos paradigmas que pode compreender a comunidade científica. O resto, isto é, a existência de descobertas que é preciso reconhecer, é atribuído ao "acaso" ou ao "gênio" de um precursor. Quer dizer que não se interessa por isso. Do mesmo modo, os princípios que fundam as medicinas exóticas não interessam a ninguém. Alias, sem dúvida, bem poucos sábios estariam em condições de compreender uma metodologia que não é de nenhuma forma separável de toda uma cultura diferente da sua. Do mesmo modo, no melhor dos casos, retém-se apenas algumas receitas, mesmo se foi demonstrado em certos casos que a eficácia de toda uma medicina era superior à nossa. Na Idade Média, os sucessos de um medico africano, formado em Dacar, junto à população de Toulouse atraíram-lhe o ódio de seus confrades, que dele se desembaraçaram envenenando-o. A medicina pré-colombiana que os navegadores estimavam superior à medicina européia não deixou nenhuma marca sensível em nosso saber.

Ainda atualmente, não se presta senão uma atenção distraída à acupuntura chinesa, como também aos métodos de reinserção social dos alienados na Africa negra. De qualquer forma, não entra na história da medicina o que não é interpretável dentro dos conceitos em vigor na comunidade médica. Se Bariéty utilizou um conceito tão vago e tão indefensável quanto o do desejo de curar, foi para poder escrever uma história geral que é antes de mais nada uma nomenclatura.

Na prática, os médicos se interessam muito pouco pela maneira como se escreve a história, e estão persuadidos de que esta é tanto mais "objetiva" quanto se limita a colacionar os fatos. Está aí uma empresa que é de fato a-histórica e evolucionista. A filosofia positivista que é aquela à qual se liga a medicina contemporânea é a sua causa. Querendo reconhecer como seus apenas os fatos (mais além das teorias sempre suspeitas), ela constitui a história da medicina como a dos ensaiose-erros, em decorrência do que retém-se apenas os sucessos patentes. Também a história, nessas condições, não tem senão um interesse anedótico e folclórico. O gênio ou o acaso, o desejo de saber ou de curar são suficientes para explicar tudo. Constitui-se uma galeria de ancestrais: "Grandes médicos... quase todos" como diz Mondor. E lança-se, de tempos em tempos, sobre eles um olhar colorido de admiração e de ironia. Eles têm o rosto nobre, mas são um pouco ridículos com seus trajes e suas perucas. Não se pode dizer, olhando-os, que eles são sem dúvida geniais, mas que sabiam bem menos que o mais ignaro daqueles que os contemplam?

Uma história da medicina não pode, entretanto, ser escrita seriamente nesta dimensão evolucionista. Como explicar nesta perspectiva que, durante séculos, milênios, nenhum progresso sensível tenha sido registrado, ao passo que outras épocas foram extremamente fecundas? Canguilhem,' entre outros, mostrou que o acaso ou o gênio nunca devem ser invocados para explicar as descobertas. Estas se fazem, e às vezes em vários lugares, simultaneamente, porque estão reunidas condições ligadas à evolução econômica, social, industrial e também à evolução do pensamento, às aquisições das outras ciências. Mesmo globalmente, o progresso considerável da medicina no século XIX está antes de mais nada ligado ao reagrupamento de um grande número de doentes nos hospitais em decorrência dos éditos da Revolução Francesa. É preciso, também, falar das lutas que a medicina oficial não cessou de travar contra as medicinas paralelas, a das feiticeiras, por exemplo. Em resumo, é necessárioreinserir a história da medicina na história tout court, se quisermos compreender o que seja do que se passou e, conseqüentemente, do que hoje se passa. A medicina, repitamos, não tem contas a prestar senão a ela mesma e em função de sua ideologia atual.

Fazendo remontar à antiguidade grega as origens da medicina, é evidente que me exponho a ser acusado de ter optado por uma escolha tão arbitrária quanto qualquer outra. Que Hipócrates tenha sido freqüentemente designado como o "pai da medicina" não basta para nos obrigar a uma atitude reverenciosa em relação a ele. Não temos de falar dele de modo diferente dos termos utilizados por M. Foucault para falar do autor:' "Trata-se do autor. O autor, é claro, não entendido como indivíduo falante que pronunciou ou escreveu um texto, mas o autor como princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência". Está fora de dúvida que numerosos escritos e fatos atribuídos a Hipócrates são apócrifos. Pouco nos importa. Se eles lhe são atribuídos é porque só se empresta aos ricos, é porque o conjunto da obra de Hipócrates é muito mais o fruto de uma época que de um homem isolado.

A obra de Hipócrates é paralela e, portanto, comparável ao que foi, por outro lado, a dos filósofos, dos lógicos, dos matemáticos, dos políticos, tanto quanto dos escultores, dos arquitetos, dos artesãos. Admitiu-se em Hipócrates, além da qualidade de suas "observações" clínicas, a fundação de uma ética que permanece quase intacta nos dias de hoje, e também sua luta contra o obscurantismo ligado à religião e às superstições. Não vamos abusar. Naquela época, os deuses tinham deixado de habitar nos e entre os homens. Refugiados no Olimpo, eles faziam apenas curtas e raras aparições, e ainda assim, na maioria das vezes, sob a cobertura de um disfarce. É provável que, nessas condições, os tempos de Asclépio tivessem de sofrer progressivamente com o ateísmo em progressão e a desafeição dos templos. O descendente do mítico Esculápio tinha então o maior interesse em encontrar fundamentos mais sólidos para seu poder sobre as doenças, o que só lhe concediam até então devido à sua condição de sacerdote e à sua ilustre ascendência.

Hipócrates era então suportado por todo um movimento do qual ele não foi senão o mais ilustre representante nesse domínio particular que é a medicina. A democracia ateniense que se instalava implicava uma igualdade (aliás relativa) entre os homens. Cada homem sendo igual aos

outros, de direito senão de fato, também o era diante da doença. Noção igualitária que não é de modo algum óbvia, uma vez que, como veremos, os médicos se esforçaram muitas vezes para demonstrar que a doença atinge desigualmente os homens, em função das épocas e das categorias sociais. Ao contrário, na época de Hipócrates, a noção de igualdade implicava que os sintomas fossem os mesmos, qualquer que fosse o homem atingido, ou bem, se não fosse esse o caso, era preciso dar razões admissíveis.

Por outro lado, a prevalência dos interesses do indivíduo, eventualmente contra os da cidade, modificava a prática médica. A medicina, até então, era um assunto coletivo (como o é em muitos países não ocidentais). A doença interessava à coletividade, e era o Estado que se encarregava da saúde dos cidadãos, estes tendo de pagar um imposto especial, o iatron, com o qual os médicos eram remunerados (muito mal, aliás). Aos poucos, uma medicina individual aparece, da qual, é claro, se beneficiavam sobretudo os ricos; aos Asclepíades, contudo, afluíam também doentes muito numerosos, portadores individualmente de uma demanda, um pedido de cuidados. Os Asclepíades tinham se tornado hospitais tanto quanto templos, e uma medicina individual, uma prática de tipo liberal, se instaurava, no templo e fora dele.

As condições materiais estavam ligadas ao desenvolvimento do humanismo que iria tomar, na medicina, uma forma particularmente surpreendente, estabelecendo uma trilogia: "Há três coisas a considerar: o médico, a doença e o homem" .9 E com razão que J.-P. Valabrega assinala que M. Balint estabelece tal trilogia: “The doctor, his patient, and the illness”, que ele traduz, no entanto, muito impropriamente: "O medico, seu doente e a doença". A existência de um terceiro elemento, "a doença", permite com efeito sair das sempiternas considerações sobre a relação médico-doente. Com efeito, graças a esta separação, a medicina pôde isolar o que constitui seu objeto: isto é, a doença, e fazer seu estudo considerando-a como semelhante em todos os homens, com exceção de algumas variantes que se relacionam tanto à própria doença quanto ao homem no qual ela evolui. Está fora de dúvida que só esta distinção permitiu à medicina ocidental desenvolver-se. A fórmula hipocrática permaneceu intacta através dos milênios.

Mas Hipócrates diz muito mais que Balint falando do "homem" e não do "paciente" ou do "doente". Pois o homem é assim constituído como bem diferente do doente, o qual é designado como sempre suspeito aos olhos do médico. Pode-se sempre temer que ele minta ou, pelo menos, que não diga tudo; ele não tomará forçosamente as prescrições do médico que são, muitas vezes, desagradáveis, ele arrisca tomar decisões contrárias ao interesse de sua saúde; ele pode mesmo não ficar agradecido para com o médico que acaba de salvar-lhe a vida, não pagar os honorários, ele pode não confiar e acreditar em charlatães ou maus médicos. Em resumo, ele não tem essa qualidade na qual se reconhece o homem, sua liberdade, esta liberdade que lhe faz escolher a razão, isto é, a submissão à ordem médica, instaurada por Hipócrates.

O doente, na ordem médica, se define pela soma de dois elementos: o homem mais a doença. Ou melhor, o homem se define como constituído pelo doente do qual a doença teria sido retirada: homem = doente - doença. Curando os doentes, separando-os da doença, o medico procede então como o escultor que extrai da pedra informe a imagem do Homem, o homem ideal. Ele procede, também, como o filósofo que ensina a afastar as superstições e os raciocínios falaciosos para extrair as vias da justa razão. Todos contribuem para demonstrar que o homem é naturalmente "são" de corpo e espírito, e que sua liberdade se manifesta por sua adesão as idéias e aos ideais da civilização. O médico, segundo Hipócrates, é, pois, um dos artesãos que contribuem para constituir um humanismo que outros forjam nas leis, na filosofia, na arte etc. O declínio do humanismo na idade Média acarretará um abandono, e até mesmo uma regressão da medicina. O Renascimento será um retorno aos valores do humanismo e será acompanhado do desenvolvimento das ciências e notadamente da medicina. Ainda hoje, não constitui dúvida para médico algum que é aos valores do humanismo que ele se refere. E se algumas contestações da medicina surgem aqui e ali, desde há alguns anos, é porque os valores do humanismo se acham recolocados em questão.

Desenvolvendo seu discurso que tem como objeto as doenças, a medicina contribui,

portanto, para constituir o estatuto do homem "normal". Identificando um número cada vez maior de doenças, caracterizando-as em sua sintomatologia, combatendo-as, a medicina foi admitida entre as disciplinas que contribuem para a constituição de nossa civilização. Ela tornou-se, mesmo, o modelo no qual os ideais que ela preconiza se acham representados.

Essencialmente, é a constituição da medicina como discurso que a funda, e a funda como científica. Discurso completamente ligado e articulado ao discurso dominante. Pois sob a cobertura de objetividade dos resultados consignados e dos efeitos do saber adquirido, a intenção do autor do discurso médico (quer dizer, de cada médico) permanece sempre que existe sobre o homem um discurso que cada indivíduo em particular não pode conhecer, mas que, entretanto, tem o poder de transformar a humanidade afastando dela esses fatos contingentes, inessenciais ao homem que são as doenças. Esse discurso constitui uma ordem das coisas em relação à qual cada um terá de se situar, para aceitá-la ou recusá-la.

Cabe dizer mais sobre a ordem hipocrática. Pois ela constitui uma "ordem jurídica" no sentido em que fala Kelsen O direito, diz Kelsen, não fala do Ser (Sein) mas somente do dever-ser (Sollen) e os meios do direito (as sanções) estão destinados a fazer com que cada um aceda ao Sollen. O homem, tal como é definido pelo humanismo e pela medicina, é da ordem do Sollen. É o homem em boa saúde, aquele ao qual o homem poderá aceder se seguir as prescrições da razão e da ordem médica. O Sein, o homem doente, não interessa à medicina, e é nesse sentido que podemos dizer que não existe relação médico-doente. O médico não se dirige ao doente, mas ao futuro homem são, e se resta muito pouca saúde nele, ele tomará decisões em seu lugar, fará pressão sobre a família, eventualmente fará com que o internem.

A medicina, graças a Hipócrates, saiu das receitas mais ou menos satisfatórias reclamadas às vezes pelos doentes. Ela estabelece a saúde como um dever que se impõe a todo cidadão. O doente está aí apenas como informante sobre o estado de um corpo enfraquecido. Ele é presumivelmente cooperador com o médico na medida em que pode se identificar com os ideais propostos pela medicina. Mas é pela mesma razão que o acusado é por definição presumivelmente inocente. Não se negligenciará, neste caso, a imposição dos pontos de vista da ordem médica, como se impõe ao delinqüente a submissão às leis do país. A liberdade se acha definida como a aceitação da ordem. É certo que esse discurso, particularmente convincente e potente quando se trata da medicina, não poderia ser recolocado em causa se a própria noção de liberdade não se achasse hoje em questão.

O discurso médico não é um discurso sobre o homem, mas sobre a doença. Nem por isso deixa de implicar uma certa idéia implícita sobre o homem, sobre sua liberdade, sobre seu Ser. Nós podemos, portanto, remontar a Hipócrates as origens desse discurso, não somente em razão da enorme coerência interna de sua obra, mas sobretudo pelo fato de que ela está em completa harmonia com os ideais da época em que nasceu, ideais sem os quais o discurso médico não poderia se desenvolver. O resto, isto é, as teorias pelas quais a medicina afirma sua cientificidade, estão elas mesmas em concordância com as idéias que a ciência sucessivamente fez de si própria. Essas teorias são contingentes porque estão ligadas à contingência de uma época. A permanência não é a dos fatos, mas do discurso médico que os constitui como tais.

4. A medicina é um discurso. Poder e impotência do discurso

Hipócrates consagrou um longo estudo à impotência nos Citas' Ele merece ser reproduzido aqui, pois é exemplar do que é o discurso médico:

"... encontramos entre os Citas muitos homens impotentes; eles se condenam aos trabalhos das mulheres, e falam como elas. Eles são chamados de ***afeminados.*** **Os** indígenas atribuem a causa desta impotência à divindade, eles veneram esta espécie de homem e os adoram, cada um temendo para si semelhante aflição. Quanto a mim, penso que esta doença vem da divindade como todas as doenças, que nenhuma é mais divina ou mais humana que a outra, mas que todas são semelhantes e todas são divinas. Cada doença tem, como esta, uma causa natural e, sem causa natural, nenhuma se produz. Eis a minha explicação de como vem esta impotência; ela ocorre em função da equitação permanente dos Citas, o que lhes causa estrangulamentos nas articulações, visto que eles tem sempre os pés pendentes ao longo do cavalo, e que chega até mesmo a ocasionar a claudicação e a distensão do quadril naqueles que são gravemente atingidos. Eles tratam de sua impotência do seguinte modo: no início do mal, eles abrem a veia localizada atrás de cada uma das orelhas. Quando o sangue corre, a fraqueza excita o sono, e eles adormecem; depois acordam, uns curados, outros não. Mas esse tratamento mesmo parece-me alterar o líquido seminal; pois existem atrás das orelhas veias que, cortadas, privam aqueles que sofreram esta operação da faculdade de engendrar; ora, são essas veias que eles parecem cortar. Isto feito, quando eles vão procurar uma mulher e não podem ter relações com ela, inicialmente se inquietam pouco e ficam em repouso. Mas se em duas, três ou mais tentativas não têm melhor sorte, eles imaginam ter cometido alguma ofensa em relação ao Deus ao qual atribuem sua aflição, e vestem roupas de mulher. Declaram sua impotência; a partir de então vivem como as mulheres e se entregam às mesmas ocupações delas. Esta doença afeta, entre os Citas, não os homens da classe baixa, mas os ricos, aqueles que são os mais poderosos por sua fortuna e nobreza; a equitação é a causa disso, e se os pobres estão menos sujeitos a ela, é porque não andam a cavalo. Entretanto, se esta doença é mais divina que as outras, seria necessário que não fosse exclusiva dos Citas mais ricos e nobres, mas que atacasse igualmente todos, e mesmo, de preferência, aqueles que possuem menos e que não oferecem sacrifícios, se é verdade que os Deuses se comprazem com as homenagens dos homens e lhes recompensam com favores. Pois os ricos podem imolar numerosas vítimas, apresentar oferendas, e usar sua fortuna para honrar os Deuses, enquanto que os pobres estão impedidos, por sua indigência, de honrá-los da mesma forma, e os acusam desta indigência mesma. Assim, a pena de tais ofensas deveria de preferência atingir os pobres em vez dos ricos. Mas, como eu já disse acima, tudo isso é divino como o resto; cada coisa se produz conforme as leis naturais, e a i doença de que falo nasce, nos Citas, da causa que indiquei. De ,resto, acontece o mesmo com os outros homens; ali onde a equitação é um exercício diário, muitos são afetados de estrangulamento das articulações, de ciática, de gota e tornam-se inaptos para a geração. Esses males afligem os Citas e fazem deles os homens mais impotentes; acrescentem às causas da impotência o Jato de que eles usam calção constantemente, que eles estão quase sempre a cavalo, sem poder mesmo colocar as mãos nas partes naturais, que, por causa do frio e da fadiga, distraem-se do desejo da união dos sexos, e que no momento em que fazem tentativas, já perderam sua potência viril. Eis o que tinha a dizer sobre a nação dos Citas".

Poderíamos escolher outros exemplos igualmente característicos da obra de Hipócrates. Em particular, seu estudo muito conhecido sobre a epilepsia? Hipócrates mostra que a epilepsia não é,

de modo algum, o "mal sagrado" e não tem nenhuma origem divina. Suas causas são naturais e devem ser atribuídas a um mau funcionamento da glândula pituitária (hipófise).

A obra de Hipócrates suscitou comentários diversos, que não são todos favoráveis. Um dentre eles pode reter nossa atenção, pois trata-se nada mais nada menos que aquele do mais célebre tradutor de Hipócrates. Littré escreve: "Nada é mais curioso, como instrução negativa, que ver como podemos nos contentar tão completamente com palavras e explicações que não explicam nada". Mas Littré é um desertor da medicina, um "desfradado", diria G. Duhamel.

Mais interessante é o comentário, tão breve quanto peremptório, feito por Bariéty'sobre o texto que trata da impotência dos Citas: "A lógica do raciocínio é perfeita". Pois Bariéty, o qual, não se pode negar, é um grande médico na mais pura tradição, evidentemente não fala levianamente. Sem dúvida sua opinião está marcada pelo fato de que, com relação à impotência, não se pode dizer que a medicina tenha feito grandes progressos desde Hipócrates. Salvo em casos bastante raros nos quais a impotência é um sintoma que faz parte do quadro clínico de uma doença geral (endócrina, na maioria das vezes) ou local (lesão neurológica), ela permanece quase sempre "idiopática". Ocorre o mesmo com a epilepsia que permanece em geral "essencial".

Ora, é pouco provável que um médico contemporâneo, mesmo leitor de Hipócrates, o que é raro, espere descobrir que seu doente impotente pratica a equitação (ou mesmo o ciclismo?), e ainda menos que a cura seja esperada do abandono desta prática. Do mesmo modo os distúrbios do funcionamento hipofisário não são procurados na origem da epilepsia.

O médico contemporâneo que seguisse estreitamente o ensino de Hipócrates para aplicá-lo aos seus doentes atrairia os sorrisos de seus confrades que veriam em tal fidelidade ao velho mestre um respeito abusivo, marcado por um coquetismo certo em relação às suas leituras. A medicina não funciona mais com os paradigmas em vigor no tempo de Hipócrates, e o corpo médico encontra de bom grado sua linguagem em torno de noções novas (por exemplo, a eletroencefalografia e a quimioterapia para a epilepsia). É, pois, tanto mais notável que as passagens de Hipócrates sobre a impotência e sobre a epilepsia, ainda que nada tenham trazido de decisivo, ao menos para os sujeitos que dela sofrem, sejam consideradas, pelos médicos e,s em particular, Bariéty, como exemplares do andamento especificamente médico.

Esta aprovação se deve ao fato de que Hipócrates refutou o argumento religioso como explicação da impotência e afastou por princípio todo obscurantismo no estudo desse sintoma. Ele constituiu esse fato como "doença" e impôs que se lhe descobrissem "causas naturais". O que significa que a seu ver existe um saber suscetível de dar conta da impotência, não um saber obscuro que seria aquele dos deuses e que se poderia adivinhar e exorcizar da melhor maneira por práticas religiosas ou rituais (preces, oferendas, sacrifícios). Trata-se ao contrário de um saber perfeitamente articulável em termos que têm sua lógica própria. A etiologia invocada por Hipócrates não sustenta senão uma patogenia localizável, uma patogenia que, sem dúvida, não é tão rigorosa como pretende Bariéty, quando Hipócrates pretende que a secção das veias situadas atrás da orelha "priva aqueles que sofreram esta operação da faculdade de engendrar", ainda que se possa, no final das contas, supor que a fraqueza ocasionada por esta intervenção agrava a impotência como acarreta o sono. Mas isto, de qualquer forma, não é senão um detalhe em relação à preocupação de Hipócrates em encontrar uma "causa natural" para a impotência dos Citas.

O que está em causa, constituído como causa da doença, é a equitação. É bem evidente que Hipócrates, ao mesmo tempo que a privilegia, não se atém absolutamente a esta causa. Existem muitas outras: o calção, o frio, a fadiga, a impossibilidade de "levar as mãos às partes naturais" etc. O que seduz evidentemente o médico contemporâneo que lê Hipócrates não é a descoberta desta ou daquela etiologia, mas a instauração de um método, e, para dizer melhor, de um discurso sobre a doença, sobre sua etiologia e sua patogenia: um discurso que permite constituir como fatos elementos que, sem ele, permaneceriam puramente contingentes, inessenciais. Assim, mesmo se nós não subscrevemos inteiramente a afirmação de Bariéty de que "a lógica do raciocínio é perfeita", não podemos senão concordar sobre o interesse do discurso hipocrático

enquanto permite, se não estabelecer, ao menos supor que um certo número de elementos devem ser colocados em relação (em causa) com a doença. Pois adivinhamos bem que se trata aqui menos de equitação que de qualquer outra causa de compressão que pode comprometer a circulação sanguínea e o influxo nervoso que interessa essas partes tanto chamadas de "vergonhosas" quanto de "naturais" ou "sagradas".

Poderíamos do mesmo modo dizer que a etiologia invocada por Hipócrates é falsa, e que, salvo nos raríssimos casos de tumores, não é a compressão do períneo que ocasiona a impotência, e que ele deveria ter desconfiado disso, pois a impotência teria se curado no momento em que os Citas se entregassem aos "trabalhos das mulheres", o que certamente comportava o abandono da equitação. Esta objeção aparentemente elementar não reteve a atenção de Bariéty, já que ele não fala dela. E, com efeito, trata-se de coisa bem diferente, uma vez que é para instaurar o discurso médico que se empenha Hipócrates, o que quer dizer que é preciso, para que esse discurso se estabeleça, privilegiar certos fatos e afastar o que vai contra esse discurso.

As conclusões de Hipócrates podem ser falsas, e só se sustentarem com a condição de levar em conta só certos elementos; nem por isso seu raciocínio é menos médico, no mais estrito rigor da disciplina. Da mesma forma, um médico pode, por exemplo, relacionar uma dor epigástrica a uma úlcera no estômago, sendo que se trata de um câncer; pode mesmo ocorrer que a dor se deva à afecção de um outro órgão, vesícula biliar ou pâncreas. Mas, qualquer que seja o erro cometido, ele não permanece menos no discurso medico. Por outro lado, ele sairia evidentemente deste se dissesse ao doente que o que lhe dá dor de barriga é a má conduta de sua mulher, ou as humilhações que seu chefe lhe faz sofrer. Ou ainda, se ele tentasse relacionar seu sofrimento à má sorte que lhe lançou um vizinho malévolo e um pouco feiticeiro; se ele acusasse o doente de haver cometido faltas morais, de faltar com a piedade; se lhe recomendasse, como único remédio, encomendar missas, ele evidentemente sairia de seu papel de médico, ele sairia do discurso médico. No primeiro caso, o de um erro de diagnóstico, o médico, ainda que se engane, permanece "no verdadeiro" do discurso médico (para retomar uma expressão de Canguílhem). Mas se a psicossomática, a bruxaria ou a religião são invocadas, sai-se do discurso médico, entra-se numa outra lógica.

Escolhi apenas exemplos extremos e, de certo modo, absurdos, mas não há dúvida que seria completamente possível manter um outro discurso para a doença que não o médico. Mais que ninguém, o médico não pode ignorar que uma pessoa pode deixar-se ficar doente, e até morrer, após eventos particularmente dolorosos que vão até o ponto de tirar-lhe toda razão de ser. A doença, que vai tomá-lo talvez, tem provavelmente pouca importância em relação a esses eventos. Do mesmo modo, a doença que ocasiona a morte de um velho terá apenas um interesse anedótica, já que é de velhice que se morre. Estas são, no entanto, considerações que são sem interesse próprio para a medicina. Enunciá-las não serve para nada, não desemboca em nenhuma prática. Um médico não se lançará em considerações sobre a miséria humana e a misericórdia divina, ou, se o faz, cada um descobrirá aí seu embaraço e julgará que o mal realmente ultrapassa os recursos de sua arte. Por mais interessantes que sejam todos os discursos possíveis sobre o mal e a doença, eles não retêm o medico se não estiverem na ordem médica.

Acrescentemos que de modo algum sairíamos do discurso médico se acreditássemos necessário substituir uma explicação de ordem psicológica às etiologias possíveis de uma doença. Hipócrates não deixa de evocá-los para a impotência dos Citas. Ele diz que eles não "podem levar as mãos às partes naturais" e "que eles se distraem do desejo da união dos sexos". Poderíamos dizer que o investimento libidinal concedido ao cavalo desviava os Citas dos interesses eróticos heterossexuais. Falando da impotência dos potentes, uma vez que são os senhores os mais atingidos, substituiríamos uma psicogênese à gênese por causas naturais. O que nos conduziria a considerações sobre a freqüência comparativa da impotência sexual dos presidentes das grandes empresas contemporâneas e dos operários especializados. A hagiografia da virilidade triunfante sob a forma do cavaleiro antigo é sem dúvida tão enganosa quanto aquela do "superman" do sucesso social e das histórias em quadrinhos. É certamente tomar a representação da virilidade

pela própria virilidade o fato de investir em atividades de pura prestância uma energia que se retrocede aos prazeres especificamente eróticos. Estas são Considerações que não correm o risco de nos conduzir muito íonge, para melhor ou pior, ao reforçar o discurso médico acrescentando uma psicogênese a uma organogênese. O que seria uma aplicação de um sistema conceitual a um objeto que não é o seu:

O discurso médico demonstra certos fatos, permitindo dar-lhes uma articulação em sua lógica própria. Ele não faz senão privilegiá-los. Ele impõe um certo olhar no campo que ele constitui. Ele é uma disciplina de avaliação dos fatos e impõe uma disciplina para aquele que mantém esse, discurso. Limitando o campo de visão, ele impõe uma certa vista, ele demonstra, como M. Foucault claramente mostrou." Pois o que o médico observa é o que pode se inscrever num certo campo de saber, com exclusão de qualquer outra coisa, é isso que pode constituir uma teoria, pelo menos um diagnóstico, que tenha uma coerência. O resto não tem existência para ele.

A observação é sem dúvida um dom, mas um dom que se adquire. Littré diz, para "observar":

"1º. Conformar-se ao que é prescrito por alguma lei, por alguma regra (primeiro sentido já que o latim observare significa: guardar em torno). `Eu observarei, Senhor, uma opinião importante...'

2º. Considerar com aplicação as coisas físicas e morais. `Observar a natureza, observar os sintomas de uma doença, observar os costumes das diferentes nações.`

É porque o médico se conforma à ordem do discurso médico que lhe é dado saber observar. Sua fé é aquela do discurso. Não e fortuito que Hipócrates tenha sido o observador excepcional que sabemos; e o homem que promulgou as regras metodolôgicas e deontológicas da medicina. Quando hoje se fala de medicina (e das outras ciências) como de uma "disciplina", é primeiramente para indicar que aqueles que a invocam aceitaram fazer para si uma regra da observância de suas leis. A tomada da "observação" do doente, que é a disciplina fundamental imposta ao estudante de medicina no leito do doente, aquela sobre a qual ele será julgado quando cursar suas "Clínicas", é a colocação do discurso médico. Convirá que sua "observação" (isto é, seu texto que consigna o que foi observado) recolha tudo o que é enunciável nos termos do discurso médico e também, bem entendido, que ele afaste tudo que não é enunciável nesse discurso. Sua habilidade para manter esse discurso será julgada tanto em função do que tenha afastado quanto do que tenha sabido reter. Mas, ele nem mesmo falará do que terá rejeitado.

Hipócrates, porque estava nas origens do discurso médico, não podia se dispensar de realizar o ato de força, a "violência feita às coisas` que constitui a colocação de um discurso. Muitos outros discursos poderiam ser mantidos sobre os Citas, por exemplo um discurso etnográfico ou um discurso sobre sua religião, seus mitos... Só se reteve a recusa, por Hipócrates, de toda superstição. Mas finalmente, o que é o mais interessante, é a rejeição do discurso do próprio doente. Discurso que poderia nos reter! Pois os Citas impotentes, tornando-se "homens sagrados" e o objeto da adoração dos outros homens, não deixavam de tirar alguma vantagem de sua nova condição! Não é evidente que se "condenando aos trabalhos de mulheres", eles caíam num estado de decadência. O sistema de valor ao qual Hipócrates se refere implicitamente falando da impotência dos Citas como de uma doença talvez fosse evidente para um grego da era clássica (ainda que a homossexualidade reinante nos meios intelectuais coloque em questão a natureza' da virilidade assim promovida). Nos Citas, o problema da condição feminina não era certamente simples como testemunha a presença de uma solução singularmente original, a constituição de grupos de Amazonas. Hipócrates talvez as conhecesse já que escreveu a esse respeito uma tolice muito notável: "Na Europa, há um povo cita que habita e; perto do mar da Criméia e que é diferente dos outros povos: as mulheres andam a cavalo, usam o arco... Elas não têm o seio direito, pois, quando ainda pequenas, suas mães lhes aplicam um ferro quente que as queima e impede o seio de crescer; isto desenvolve completamente a força e a plenitude de seu braço e ombro direitos"

Vê-se que o cavalo sempre foi problema para o caro Hipócrates. Mas, por uma vez, Galeno

confirma a questão do seio: "Queimava-se o seio direito das jovens Amazonas a fim de que os alimentos rendam maior abundância na mão e no braço vizinhos e os façam assim mais fortes"

3º.A explicação da força das Amazonas pela ablação do seio entra sem dúvida no discurso médico, mas ela é perfeitamente improvável e a iconografia das Amazonas a ignorava. Hipócrates teria sido vítima do jogo dos significantes? Pois a etimologia da palavra amazona é provavelmente como cena (mulher forte) e não a macena (sem mama). De qualquer forma, quando o discurso médico se mete a falar de coisas que tocam de perto ou longe o sexo, tem uma tendência surpreendente para dizer inépcias!

Do mesmo modo o olhar médico sobre a epilepsia não trouxe grande coisa. Teríamos, talvez, aprendido outras coisas sobre esta doença se tivesse sido dada maior atenção ao seu caráter "sagrado" que conferia um estatuto não negligenciável àquele que era atingido, e que tinha bastante incidências sociais para ser chamado "mal dos comícios" (comicial). Quantas crises, tanto histéricas quanto epilépticas, se produziram nessas condições! Sem contar todas as crises epilépticas "verdadeiras" das quais sabemos (mas tão vagamente) que estão ligadas às circunstâncias da vida emocional e afetiva.

Eliminando qualquer outro discurso, e conseqüentemente o do próprio doente, o discurso medico afasta, pois, um certo número de elementos que não deixam de ter interesse em si mesmos. É da visada totalitária do, discurso medico (como de todo discurso) nada querer nem poder saber do que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema conceitual, e não pode resultar em nenhuma prática que fosse médica. Esses elementos, estranhos ao discurso médico, e no entanto singularmente insistentes, uma vez que é continuamente que os doentes os apresentam ao médico, são verdadeiramente "não fatos" em relação à medicina. Os sofrimentos diversos, não justificáveis medicamente, os distúrbios funcionais, as modificações de humor, do sono, da vida sexual, sobretudo a angústia, e tudo o que forma o fundo de um tipo de reivindicação permanente e tagarela, é acolhido por uma maior ou menor boa vontade por parte do médico, mas este permanece inteiramente desarmado tanto para dar uma interpretação cientificamente aceitável coma para tratá-los, uma vez que os diversos medicamentos que pode utilizar não têm maior especificidade que a antiga teriaga.

"Não há fatos senão pelo fato do discurso."' É o que devemos nos lembrar quando somos levados a pensar, com a ideologia atual, que os fatos constituem um núcleo duro, sólido, insensível à moda das teorias sempre discutíveis, quando se é, mais, levado a crer com a publicidade "chega de discurso, os fatos..." ao passo que a publicidade é precisamente um discurso capaz de vender qualquer coisa (inclusive remédios) com a única condição de que esse qualquer coisa tome lugar num discurso.

Os fatos são, então, de início, qualquer coisa que possa ocupar um lugar constituinte no discurso. Nos textos de Hipócrates que vimos são o cavalo, a sela, o frio, a fadiga, as veias atrás da orelha, no discurso sobre a impotência; é a glândula pituitária no discurso sobre a epilepsia. Os fatos são qualquer coisa que constitua "semblantes" por pouco que isto permita ao discurso manter-se. Lacan dava como exemplo mesmo do "semblante" o que permitiu a astronomia se constituir, isto é, a observação das constelações que são o exemplo mesmo de um agrupamento inteiramente artificial de estrelas que não têm nada em comum entre si a não ser o fato de estarem agrupadas na mesma zona de nosso céu. "Semblante", o que, por isso, não quer dizer falso, pois é realmente um "fato" que elas são localizáveis em sua equidistância, portanto semelhantes à imagem que já sugeriram em observações anteriores. Desse semblante, que é uma semelhança, há conclusões a tirar, se não sobre os astros observados como pertencentes à constelação, pelo menos sobre os outros astros (sol, planetas) que não obedecem a esta lei de permanência de nossa observação. Podemos, também, tirar disso outras conclusões quanto a nosso distanciamento em relação a elas, quanto aos movimentos de nosso planeta etc. Assim, uma ciência se constituirá pela colocação de semblantes a partir do que se torna possível raciocinar.

A medicina teve, e tem sempre de constituir os semblantes com os quais ela funciona. As síndromes, as doenças são, de início, semblantes pelo fato de que são semelhantes, ou quase, num

certo número de doentes. Reencontrando de uma forma :Permanente e quase idêntica os mesmos sintomas, a mesma evolução de um doente a outro, pode-se constituir entidades que Gomam valor científico por sua permanência. Isto não deve nos fazer esquecer que nesse trabalho de classificação que é a nosologia, tende-se a constituir a doença como um ser, a fazer uma ontologia das doenças, o que não é mais sustentável que querer constituir as constelações como seres. O semblante que é a ;doença corre o risco, se nos deixarmos pegar, de constituir máscara a que será identificado o doente. A medicina não deveria esquecer que seu discurso lhe permite conhecer admiravelmente a máscara, mas nada além disso. Ela não deveria sobretudo imaginar que é suficiente retirar a máscara para que o homem apareça. Pois atrás da máscara há outra máscara, a que nos permite ver um outro discurso.

5. O mestre do discurso.
O discurso do mestre de Cós

Para todo mestre é necessário um escravo (pelo menos um) para lhe reconhecer seu poder. Um escravo ou um aluno (pelo ` menos um) para lhe reconhecer seu saber. É neste segundo sentido que se atribui a Hipócrates o título de Mestre: Mestre da "Escola de Cós e também de todos os médicos que invocaram seu Ensino. Reconheceu-se em Hipócrates aquele que dispensou um ensino magistral, que forneceu método e saber para aqueles que 1', deviam aplicá-lo tão escrupulosamente quanto possível. Sem dúvida não se teria lido Hipócrates de forma muito diferente se fosse admitido que seu saber vinha dos deuses. Por ser atribuído à autoridade da ciência, o saber médico ensinado agora não tem menor audiência, ao contrário. Ensina-se aos estudantes um °saber constituído, sem perder tempo em mostrar de onde esse saber foi tirado. Cada um tira a sua vantagem, o Mestre por não ser contestável pelos alunos que não conhecem suas fontes, e o aluno que só deve seu saber a seu Mestre. O poder que o médico terá assim junto aos seus doentes só será maior. Mais prestigiosa ¡;é a autoridade do Mestre, menos tem-se que arriscar a si próprio ';ao que se adianta. Nada mais resta ao médico, aluno dos maio~res mestres, senão conquistar a confiança do doente. Seus títulos ;Universitários contribuirão em muito. Ele deverá falar enquanto mestre à cabeceira do doente. Ele está investido de um poder, quase religioso. Ele recebeu a consagração do título de doutor. Ele é um alto funcionário da medicina.

A mestria do médico é, no entanto, consagrada menos pela verificação (sempre duvidosa) de seu saber no decorrer dos exames de faculdade que pela prestação do Juramento (por onde ele dá testemunho de sua fidelidade e obediência à Ordem médica) e pela demonstração de sua habilidade em manter o discurso médico: redação de observações no decorrer das provas ditas "clínicas", e também a redação de uma "tese". Sem dúvida a tese não traz grande coisa ao saber médico e, às vezes, foi comprada pronta numa agência especializada; o princípio não é menos mantido, pela exigência de uma tese, que cada médico participe na construção do edifício do saber, que ele se declare como "autor" do discurso médico, tanto quanto seus iguais. Todo médico é um mestre.

Para sustentar sua posição de mestria, o médico deve ser um personagem. Hipócrates consagra um capítulo inteiro para descrever o que ele deve ser: "A regra do médico deve ser a de ter uma boa cor e estar bem nutrido, de acordo com o que sua natureza comporta, pois o vulgo imagina que aqueles cujo corpo não está assim em bom estado não poderiam cuidar convenientemente dos outros. Depois a pessoa do médico deverá ser de grande limpeza. Postura decente, perfume agradável cujo odor não tenha nada de suspeito. Pois, em geral, tudo isto apraz ao doente. Quanto à moral, o homem sábio não apenas será discreto, mas também observará uma grande regularidade em sua vida. Isto faz o maior bem à reputação. Seus costumes serão honráveis e irreprocháveis e, com isto, ele será para todos grave e humano, assim isto seria muito útil, pois vangloriar-se e prodigalizar excita o desprezo. Que ele se regre segundo a licença que lhe dá o doente, pois as mesmas coisas raramente apresentando-se para as mesmas pessoas são bem-vindas. Quanto ao exterior, ele terá a fisionomia refletida sem austeridade, de outro modo pareceria arrogante e duro. Por outro lado, aquele que se entrega ao riso e uma alegria excessiva é visto como estranho às conveniências; e ele precisa se preservar disto cuidadosamente. A justiça presidirá todas as suas relações, pois é preciso que a justiça intervenha freqüentemente. Não são pequenas as relações do médico com os doentes. Os doentes se submetem ao médico e este, a qualquer hora, está em contato com mulheres, com jovens, com objetos preciosos. É preciso, em relação a tudo isto, conservar as mãos puras. Assim deve ser o médico quanto ao corpo e à alma".'

Não se ensina mais isto que poderia fazer parte do manual da respeitabilidade burguesa. O Dr. Knock, no entanto, não negligencia lembrar sua importância em voz alta: "Chame-me Doutor... Responda-me: `Sim, Doutor' ou `Não, Doutor'... E quando você tiver oportunidade de falar de mim lá fora, não deixe de se exprimir assim: 'o Doutor disse', `o Doutor fez'. Eu dou importância a isso"? Do mesmo modo, Toinette não se enganava: "Olhe, Senhor, quando houver apenas sua barba, já é muito e a barba faz mais da metade do médico". (O doente imaginário.)

O médico é um personagem heróico, cavaleiro da ciência e do dever. Ele se expõe a riscos consideráveis porque trata das mais graves doenças, sem que se saiba muito se é o risco de contágio que lhe confere sua auréola, ou o fato de que seu paciente quase morreu: o cirurgião é tanto mais prestigioso quanto as operações que pratica sejam mais perigosas; ele participa do risco mortal que sua intervenção faz seu cliente enfrentar.

Sinais indiscutíveis testemunham a autoridade e a importância do médico. Seus títulos lhe permitem falar alto, como o caduceu de seu carro lhe assegura uma quase impunidade perante a policia. Sua sala de espera sempre cheia prova que ele é muito solicitado e sobrecarregado. O público enquanto espera discute, fala "dele", e assim se constitui um estado de sugestibilidade favorável ao seu prestígio e sua autoridade. Se ele é um grande médico, só se conseguirá uma consulta após uma longa espera. De qualquer forma, ele se fará desejar. Até sua vida privada deve contribuir para seu prestígio.

"Que vida leva ele, então? Uma vida de forçado. Desde que acorda, corre para suas visitas. As dez horas, ele passa no hospital. Você o verá dentro de cinco minutos. E, de novo, visitas até o final do bairro. Eu sei muito bem que ele tem seu automóvel, um belo carro novo que dirige a toda velocidade, mas tenho certeza que mais de uma vez lhe acontece de almoçar apenas um sanduíche.'"

Pois a vida privada do médico é uma vida infernal e ninguém pode ignorar isso... Ele é incomodado freqüentemente à noite. Ele pode ser chamado na casa dos amigos com os quais vai jantar. Ele nunca pode estar seguro de poder ir a algum espetáculo. Incomodam-no mesmo no barbeiro. Sua mulher, burguesa elegante, deplora esta vida difícil da qual deve participar, mas convém que seu grande homem deva entregar-se antes a seus doentes. Ela participa discretamente do saber e do prestígio de seu esposo. Freqüentemente solicitam-se seus conselhos, pelo menos quanto ao que diz respeito às crianças. Ela sabe que contribui para o prestígio daquele que às vezes chama de "o doutor".

Não faltam na história da medicina vidas exemplares, heróicas mesmo, de médicos.° Os mass media não deixam de fazer as hagiografias dos "homens de branco". Eles têm razão; os médicos são valores mais seguros que os príncipes e as atrizes; e estão entre os mais sólidos pilares do sistema social, pois são o exemplo menos contestável da legitimidade dos privilégios que hoje se concede à competência.

Quaisquer que sejam os defeitozinhos que cercam este gênero de operações, é com justa razão que os médicos se preocupam com sua imagem, ratificando-a ao gosto do dia. O personagem que mantém o discurso do Mestre não deve ser qualquer um. A solidez de sua inserção na sociedade, que ratifica sua inscrição na Ordem dos médicos, é a garantia da eficácia do discurso do qual ele é em parte o autor, pelo menos o porta voz junto aos seus doentes.

O imaginário não é uma dimensão negligenciável e, se existe algum desrespeito ao se falar dele, é porque, geralmente, convencionou-se que esta imagem se extraia dela mesma, e não seja pesquisada sistematicamente. O Código de deontologia, que se preocupa com a boa imagem da distinção do médico, prevê a erradicação do médico que tenha incorrido em sanção penal, ainda que não se veja, a priori, porque se passaria a ser mau médico quando se emite um cheque sem fundos. (É verdade, no entanto, que nesse nível da hierarquia social, às vezes estamos a descoberto, mas não se emite cheques sem fundos.)

A respeitabilidade de todo o corpo médico está em jogo na de cada médico em particular. É por isto que ele deve se referir a seus confrades e aos seus mestres quando encontra uma dificuldade. Hipócrates, que também é um mestre neste ponto, não deixou de atribuir o maior cuidado à

constituição de um corpo médico coerente e respeitável: "Não há nenhuma desgraça se um médico, embaraçado, em alguma ocasião, junto a um doente e não vendo claro por causa de sua inexperiência, peça a vinda de outros médicos com os quais se consultará sobre o caso atual, e que se associarão a ele para lhe dar ajuda". O corpo médico é o garante do saber médico. É preciso afastar dele os maus médicos, aqueles que "provam por eles mesmos que surgiram do nada (sic) com a única ambição do renome, do dinheiro e do luxo. Estes fogem da relação com os outros, freqüentam apenas outros maus artesãos como eles, e recusam qualquer ordem útil".

A Ordem útil, hoje, é a Ordem dos médicos, porque apesar das críticas e dos brocardos de que é objeto, ela representa o corpo médico em sua preocupação de respeitabilidade, que é uma das preocupações maiores de cada clínico. O que a leva a pronunciar exclusões contra os médicos que não estejam conformes a uma certa imagem de distinção. É igualmente levada, e sem dúvida é o caso mais freqüente, a cobrir com sua autoridade os médicos que são atacados por seus doentes em razão de um prejuízo causado por um exame ou tratamento desastrado ou ineficaz.

Os juristas não deixaram de se inquietar com esta constituição de uma Ordem dos médicos, isto é, praticamente de uma jurisdição específica e corporativa que escapa à ordem judiciária. Com efeito, o juiz de direito foi claramente advertido contra "o erro que cometeria erigindo-se como 'Sorbonne' médica"! A posição do juiz torna-se muito delicada por este fato: "O recurso ao serviço dos peritos não constitui senão uma ajuda insuficiente por causa dos riscos da análise, das divergências de escola e da solidariedade às vezes excessiva que os peritos testemunham com relação a seu confrade"? O recurso ao próprio Conselho de Estado não poderia ter efeito pois "concebe-se que quando a Ordem dos médicos se pronuncia sobre a existência ou ausência de uma imprudência censurável, o Conselho de Estado toma por `soberana' a apreciação que a Seção disciplinar trouxe sobre a eficácia ou inocuidadé da terapêutica praticada, e até sobre o caráter abusivo das prescrições. Do mesmo modo, não existe decisão que outorgue uma indenização a um doente que se pretende vítima de um erro terapêutico"?

Constatando uma decisão do Conselho de Estado de 31 de janeiro de 1964, estatuindo sobre um prejuízo corporal ocasionado por uma intervenção cirúrgica feita sem o consentimento explícito do doente, Louis Dubois diz ainda: "Não se poderia melhor negar qualquer valor, mesmo moral, a respeito da integridade física e da liberdade pessoal". A Ordem dos médicos é praticamente a única referência para o juiz, e este só se mostra "mais audacioso (que o Conselho da Ordem) quando julga a correção dos métodos de diagnóstico ou de tratamento, referindo-se notadamente a esse critério, não obstante incerto, dos procedimentos profissionais, e comprometendo a responsabilidade do médico cujos tratamentos não estejam conformes aos

dados adquiridos pela Ciência"'

O doente está assim praticamente desarmado diante do médico, o qual não tem que prestar contas senão a seus pares. O doente e os juizes de direito tem um estatuto que é o do incapaz, pois aqui é a competência que faz a lei. O médico escapa, assim, à lei comum.

Hipócrates já havia evocado perfeitamente o epílogo que se pode formular quando uma doença tem um término funesto: quem é o responsável? "O médico quando se põe a trabalhar, são de espírito e são de corpo, raciocinando sobre o caso presente e, entre os casos passados, sobre aqueles que se assemelham ao caso presente... ou o doente que deseja mais o que lhe agrada da doença que o que convém à cura, sem dúvida não querendo morrer, mas incapaz de firmeza e paciência?" Ele interroga: "Qual das duas alternativas é a mais verossímil, ou admitir que o doente, assim disposto, não executará ou executará mal as ordens do médico, ou admitir que o médico, achando-se nas condições descritas acima, fará prescrições ruins?" E ele conclui firmemente sobre este "término funesto no qual aqueles que raciocinam mal retiram a responsabilidade dos verdadeiros culpados para lançá-las em quem não pode fazer nada". Estranha conclusão. Aquele "que não pode fazer nada" não é o morto, mas o infeliz médico injustamente atacado!

Em mais de dois milênios as coisas não mudaram. A medicina não pode ser julgada porque ela é seu próprio legislador. Não há lugar de onde se possa julgá-la. É preciso fiar-se à sabedoria dos próprios médicos julgando-se entre eles. Seu discurso é um discurso de mestre sem partilha.

A coesão do corpo médico é a garantia desta responsabilidade. Do mesmo modo todos os médicos são iguais de direito. O título de doutor em medicina é garantia de uma igualdade na formação e no saber. Todo médico tem, então, o direito de praticar qualquer intervenção ou tratamento que julgar útil, em qualquer especialidade. Direito algo temperado pela instituição das especializações que limitam praticamente o poder que teria o médico de cobrir todo o campo da medicina. Permanece, entretanto, adquirido o princípio de igualdade que fornece a acessão ao título de doutor.

Para assentar o poder médico, a obra de Hipócrates é, ainda, exemplar. Pois não é o poder como tal que é procurado. Em sua época, os médicos geralmente exerciam atividades diversas, tal como Empédocles que era, além de médico, estadista, legislador, urbanista, poeta... Com Hipócrates, ao contrário, o poder do médico não deve nada, senão unicamente ao seu saber, unicamente à sua função. Nenhum recurso aos deuses, tampouco. A divindade não tem nenhum papel na gênese das doenças, e não deve ser invocada para obter a cura. O médico não recomendará preces e sacrifícios. O poder do sacerdote, como o poder político, não é da mesma ordem que o poder médico. Só se lembrará que existem "doenças divinas" para explicar os casos desesperadores. Neste caso, é preciso "abster-se de tocar naqueles em quem o mal é mais forte, portanto colocado, como se deve saber, acima dos recursos da arte".

O médico deve, também, demarcar constantemente todos os poderes temporais. O poder do dinheiro em particular. Assim, o médico concederá uma parte de seus cuidados aos pobres, para marcar bem que sua ambição não é de fazer fortuna. Mesmo o Dr. Knock não hesita em atravessar toda a região para cuidar de uma pobre velha. Ele tinha, também, preparado sua vinda à localidade fixando um dia para as consultas gratuitas. É verdade que os cuidados gratuitos contribuíram amplamente para estabelecer a imagem da devoção médica. Eles permitiram, também, a criação dos hospitais onde o saber médico se constituiu. A confissão cínica da função da caridade hospitalar nos é dada por M. Foucault" "Explicando no ano VII como funciona a Maternidade de Copenhague, Demangeon faz valer contra todas as objeções de pudor ou de discrição, de que lá só se recebe `mulheres não casadas, ou que se apresentam como tais. Parece que nada pode ser melhor imaginado, pois é a classe de mulheres cujos sentimentos de pudor são tidos como os menos delicados'!' Assim, esta classe moralmente desarmada, e socialmente tão perigosa, poderá ser da maior utilidade para as famílias honradas; a moral encontrará sua recompensa no que a ridiculariza, pois as mulheres `não estando em condições de exercer a beneficência... contribuem ao menos para formar bons médicos e reciprocamente seus benfeitores com usura'. O olhar do médico é de uma poupança bem apertada nas trocas contábeis de um mundo liberal."

O poder médico, enfim, sempre se demarcou em relação ao poder político. A lenda reteve: "Hipócrates recusando os presentes de Artaxerxes". É verdade que o episódio não ocorreu, nem poderia ter ocorrido. Mas, por não ser um fato histórico, não é menos portador de verdade. Não é porque Artaxerxes era um tirano e um bárbaro - portanto um inimigo - que Hipócrates recusou ir cuidar de suas tropas arrasadas pela peste. Ele fez a mesma recusa quando o povo de Abdera o chamou para cuidar de Demócrito, que apresentava sinais de loucura: respondeu que uma nação não devia depender tão estreitamente de um homem. Por outro lado, ele aceitou finalmente ver Demócrito quando o pedido foi feito a título individual pelo interessado.

Não nos enganemos, entretanto, sobre a independência de que se vangloriam os médicos de todos os tempos. Ela significa apenas que os médicos não querem reconhecer nenhum outro poder que não o poder médico. Eles se recusam a ser os empregados de um poder estranho a sua disciplina. Eles são, no entanto, obrigados a levar em conta outros imperativos que não os imperativos médicos, em particular exigências de ordem econômica, social, administrativa, humana. Mas eles mantêm o comando sobre esses elementos estranhos ao poder médico. O médico se quer esclarecido, mas não é menos um déspota por isso.

É diante do doente e da doença que o médico deve, sobretudo, afirmar seu poder. Hipócrates afirma: "Fazendo a demonstração da arte, arruinarei os argumentos daqueles que

pretendem aviltá-la"!' Nesses casos é a medicina, e só ela, que permite a cura. Ela deve reinar como mestre absoluto no que constitui seu domínio. O que não ocorre sem dificuldades, mas Hipócrates responde: "O adversário objetará que muitos doentes se curam sem a intervenção do médico. Não nego, mas pode ser, parece-me, que mesmo sem médico eles tenham usado a medicina"!" Não é, pois, à defesa espontânea do organismo que é preciso atribuir a cura, mas à sorte ou intuição do doente e dos que o cercam. Aí está uma tomada de posição totalitária e que, já vimos, é especificamente médica na sua desconfiança em relação às reações espontâneas do organismo. Outra objeção concerne às doenças que terminam pela morte. Mas, já vimos, Hipócrates não hesita em atribuir a responsabilidade ao doente e não à medicina.

Não é um trabalho pequeno o de convencer o doente da superioridade do saber médico. É com o prognóstico que o médico afirma seu prestígio. "O que me parece melhor para o médico é sua habilidade em prever, penetrando e expondo previamente o presente, o passado e o futuro de seus doentes. Explicando o que eles omitem, ele ganhará a confiança deles e, convencidos da superioridade de seus esclarecimentos, não hesitarão em se colocar de novo sob seus cuidados. Desta forma, o médico será justamente admirado e exercerá habilmente sua arte." Do mesmo modo, a obra de Hipócrates compreende nada menos que quatro grossos capítulos consagrados ao estudo do prognóstico: "Prognose - Pyorrética I - Prenoções - Pyorréticas II", sendo este último capítulo, pelo menos, apócrifo e consagrado aos fracassos proféticos que fizeram os discípulos de Hipócrates. Imagina-se facilmente que os conselhos do mestre teriam feito eclodir mais vocações de adivinhos que de médicos. No estabelecimento do prognóstico há, entretanto, mais que a preocupação de dar provas de um talento adivinhatório. O discurso médico assemelha-se ao discurso profético no sentido em que fala Foucault. Ele anuncia o futuro e, pelo fato mesmo de constituí-lo, contribui para criá-lo. Por sua intervenção, o médico modifica o curso da doença, mesmo fora de qualquer intervenção medicamentosa ou outra, pois modifica a relação do doente com sua doença. Não se espera que a visita do médico traga um alívio da angústia e uma salutar esperança na cura? Inversamente, desde Hipócrates até nossos dias, é uma regra para o médico não pronunciar um prognóstico fatal, o qual, pensa-se, só pode agravar o estado do doente e suprimir as poucas chances de cura que devemos sempre supor. O Código de deontologia obriga o médico a não dizer toda a verdade ao doente (art. 34). Na prática, isto significa também que ele deve fazer certos diagnósticos, quando a doença tem reputação de ser fatal. Diagnóstico e prognóstico são tão próximos, que são confundidos freqüentemente pelo público: "Os médicos reservam seu diagnóstico!". É verdade que, quando um doente é "condenado" pela faculdade, esse julgamento de realidade tem mais peso que o julgamento de valor para o criminoso "condenado" pelos tribunais, onde o recurso da graça ainda é possível. Entre aquele que "lê a sorte" e o médico capaz de estabelecer um prognóstico há um parentesco: o futuro está inscrito nas palavras que eles pronunciam. Os anatomoclinicos do século XIX restabeleceram relações com os arúspices: eles souberam examinar as entranhas mesmo antes de terem aberto os ventres. O futuro está inscrito ai como num livro, e a medicina aprendeu a lê-lo.

Poder do discurso médico! O estudo do cariótipo do feto suscetível de portar uma anomalia cromossômica permite assim determinar o sexo da criança que vai nascer. É a data deste anúncio que os pais são, em seguida, levados a considerar como a data do nascimento! É a data do anúncio do sexo e da escolha do nome; também é a data em que se decidiu não recorrer ao aborto que uma anomalia cromossômica justificaria.

Discurso do mestre, o discurso médico o é menos pelas tomadas de posições pessoais e coletivas para assegurar um necessário prestígio junto ao público e aos doentes, por sua recusa de qualquer outra ordem que não a que é especificamente médica, que pelo ato medico propriamente dito, aquele que se opera junto ao leito dos doentes: a clínica.

A primeira etapa deste encaminhamento consiste na afirmação: Você foi atingido por uma doença. Seu corpo está habitado por uma doença na qual você não está engajado pessoalmente. O doente é convidado, assim, a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre. Está convidado a se olhar como um outro, a desconfiar do que sente, pois tudo que sente

deve ser interpretado em função desta doença que não pode conhecer e que só o discurso médico pode interpretar. O doente se acha definido como: homem + doença. O que vai assinar sua entrada no discurso médico é a nomeação da doença, é o diagnóstico. Por aí, o médico mostra que aquilo de que o doente sofre tem seu lugar no sistema dos significantes que constitui o discurso medico. Esta nomeação, que é um aprisionamento, não comporta senão o aspecto negativo que toda categorização comporta. Ela é também, sobretudo para o doente, um ato que contribui para retirar sua angústia. Tudo que ele sentia, e que não podia ser relacionado com o que poderia ser interpretado a partir de seu saber sobre ele próprio, toda essa onda de sensações subjetivas penosas, dolorosas, angustiantes, freqüentemente culpabilizantes, é retomada no discurso médico que afirma que um sentido pode ser encontrado para o que era anteriormente puro não-senso. E sobre este sentido novo o médico afirma que tem ou pode ter a mestria, o domínio (maitrise). Mestria pelo menos verbal, mesmo se ele não pode reduzir a doença. Quantos estados mal definidos podem assim ser transformados por afirmações tão peremptórias quanto duvidosas do tipo: "Você está deprimido e a depressão é uma doença". "Você é alérgico e a alergia é uma doença." "Você é alcoólatra e o alcoolismo é uma doença." is

Uma vez que o médico não pode esperar obter do próprio doente todas as informações necessárias para a realização do ato de mestria que é o diagnóstico, ele não hesitará em interrogar a família, e mesmo os mais humildes domésticos e escravos, nos ensina Hipócrates. Deste modo, saberá, muitas vezes, o que foi omitido ou escondido. Mas, sobretudo, ele vai procurar fazer com que apareçam outros sinais que não aqueles que o profano pode conhecer: "Quando os sinais são mudos e a própria natureza não os fornece voluntariamente, a medicina encontrou os meios de pressão pelos quais se abre a natureza violentada, sem danos; esta, assim abrandada, revela para as pessoas que sabem fazer seu trabalho o que é preciso fazer". Eis, então, a porta aberta para todos os exames "clínicos" e também para os exames "paraclínicos", pelos quais o médico toma conhecimento do que não pode ser interpretado senão a partir do discurso médico. Hipócrates inaugurou a prática da toracocentese (exploratória? curativa?). Mas, a natureza "violentada" pelos exames paraclínicos o é sempre "sem danos", como afirmam Hipócrates e os melhores depois dele?

Nenhum exemplo poderia ilustrar melhor o que Foucault diz do discurso: é uma "violência feita às coisas". O discurso médico constitui na sua ordem o que poderia ter sido interpretado num discurso religioso, moral, familiar, social, psicológico. Com maior ou menor delicadeza, o médico refuta o que pode ser enunciado como consideração sobre o mal, a culpa, a vergonha, o pudor. O próprio sofrimento é um sinal entre outros. Procura-se às vezes atenuá-lo por comiseração pelo doente ou porque é suscetível de agravar a doença, mas é "respeitado" quando sua evolução é um sinal que deve permitir sustentar ou anular um diagnóstico. Não se dá antiálgicos para uma síndrome abdominal aguda.

Discurso totalitário, conseqüentemente, e que exclui que o doente oponha suas razões à razão médica. O médico pede sem dúvida o consentimento do doente para fazer exames, mas isto é apenas uma preocupação mais formal que real. O doente não sabe ao certo a que o expõem os exames e tratamentos propostos, e o médico não pode explicar tudo, sob pena de infligir inúteis angústias pela exposição das incertezas e dos riscos que o doente pode tanto não compreender quanto seu estado mórbido não lhe proporcionar a serenidade desejável ou mesmo o tornar perfeitamente inconsciente (por exemplo, se está em coma). De qualquer forma, a ordem médica se impõe, e, mesmo quando o médico não consegue que o doente se submeta ao que ele ordenou, a pressão da família e dos próximos é tal que a submissão é praticamente sempre obtida. Não há, de fato, nenhuma solução de troca no discurso médico, senão, às vezes, a complacência de um outro médico que, apesar de tudo, permanece sempre menos preocupado em agradar ao doente que em poder responder, se for o caso, pelo que fez ou negligenciou fazer diante de seus pares, isto é, diante da jurisdição da Ordem dos médicos. Esta não é forçosamente a garantia de que ele agirá melhor.

Seria preciso falar da extensão da ordem médica além da relação médico-doente. Pois, aí

também, as considerações do Dr. Knock "sobre os pretensos estados de saúde" entraram nos costumes. "Um homem que está bem é um doente que se ignora", e ele deve, pois, submeter-se aos exames da medicina preventiva, vacinação etc., que lhe dirão o que ele mesmo não sabe e nem mesmo sente, e lhe proporão ou imporão as medidas para evitar as doenças. Pois, também, a medicina sabe cada vez mais que existem doenças contagiosas, epidêmicas, que interessem a sociedade em geral mais que ao próprio sujeito; e, uma vez que a sociedade é, nesse caso, quanto ao essencial, quem paga, ela tem o direito de olhar sobre a saúde de cada um. Se o direito à saúde tornou-se o direito imprescritível de todo homem, por outro lado, suprimiu-se em razão deste fato o direito à doença.

O "imperialismo médico" é um termo que os juristas empregaram para designar o absolutismo das decisões do tribunal que constitui a competência técnica, representada pelo Conselho da Ordem, excluindo qualquer outra jurisdição. Este termo poderia aplicar-se às extensões de poder do médico em domínios que lhe são, em princípio, estranhos. Ele interveio junto ao Inquisidor contra o bruxo, junto ao magistrado contra os criminosos. Nos hospícios da Revolução, ele separou os sifilíticos, os loucos, os delinqüentes, as prostitutas, até então misturados no mesmo depósito. Sua ação foi quase sempre "liberal", mas sua empresa é cada vez maior e cada vez menos contestada.

Seria vão emitir um julgamento de valor sobre o discurso do mestre. Ele se desenvolve com a mesma certeza de um fenômeno natural e ultrapassa largamente a personalidade de cada médico que contribui para instaurá-lo, assim como a dos oponentes. Hipócrates teve o mérito de estabelecer com força os elementos que o constituem. Sua leitura nos permite ver que não são os imperativos técnicos da tecnologia contemporânea que lhe dão o aspecto que conhecemos. E, ao contrário, o discurso em si mesmo que tem suas leis próprias. Seu desenvolvimento, tornando-se cada vez mais rigoroso, incluiu os elementos de saber e de técnica que lhe permitem prosseguir de maneira sempre mais pressionadora.

6
A exclusão do desejo

Trata-se de uma lenda e, por esta razão, pode ser refutada. E, no entanto, o que nos fez retê-la, pois se ela correu deve ser porque encerra alguma verdade, mesmo que sua historicidade não seja aprovada.

Diz-se que o jovem Hipócrates, assumindo suas funções de médico no templo do Asclépio de Cós, teve por primeira cliente uma jovem chamada Avlavia, cuja doença resistia aos cuidados de seu pai, médico também, e de todos que foram consultados. Nem os ungüentos, nem as decocções, nem as preces e oferendas feitas aos deuses conseguiram conter o mal. Hipócrates, depois de examiná-la, estimou que seu caso ultrapassava os recursos de sua arte e aconselhou que consultasse o oráculo de Delfos. O que foi feito. Este anunciou à jovem que ela deveria retornar ao seu país, que ela se curaria e que o jovem médico que a tinha examinado a amaria e a esposaria. E, com efeito, Hipócrates e Avlavia se casaram, viveram muito tempo e tiveram muitos... pequenos médicos.

A esta história, que marca de algum modo o início da medicina, pode-se opor uma outra que marca também, de certa forma, os inícios da psicanálise.

Jones conta que Breuer tinha se apaixonado por Anna 0., esta jovem tão inteligente e bela que acompanhava em psicoterapia, devido a sua neurose. Ele falava dela com tanto entusiasmo que a senhora Breuer foi afetada, obrigou seu marido a interromper a cura, e o casal Breuer foi de tal forma transtornado por esta aventura que eles fizeram uma viagem a Veneza... de onde a senhora Breuer voltou grávida. Quanto a Anna 0., ela produziu uma gravidez nervosa! Sigmund e Martha Freud foram, do mesmo modo, muito afetados por esta aventura, e Martha escreveu a Sigmund que, quanto a ela, não gostaria absolutamente que semelhante aventura acontecesse a seu esposo. Freud lhe replicou com alguma indignação que ela deveria estar orgulhosa de pensar as coisas assim e imaginar que seu marido era igual ao prof. Breuer, pois tal paixão não poderia dirigir-se senão a um médico célebre.

Parece que Hipócrates limitou a esta aventura com Avlavia as interferências entre a vida profissional e a vida amorosa. Em todo caso, ele fez uma regra de deontologia a recusa do medico em tirar proveito da situação privilegiada que lhe dá sua função junto ao doente, como junto à família e seus escravos. Esta regra não foi estabelecida como sendo destinada ao bem maior dos interessados, pois, afinal, nada prova (a história de Avlavia seria um exemplo disso) que uma aventura amorosa com o médico não seria, em certos casos, favorável à evolução da doença. Ir o próprio medico que esta interdição protege. Trata-se de uma colocação dos papéis. A paixão está do lado do doente: com efeito, sua doença pelo menos é uma paixão, um sofrimento. Como o doente, "ao mesmo tempo que sofre, poderia raciocinar melhor que o médico"? O médico, por sua vez, está do lado da Razão. Claude Bernard retoma para si o que diz Bacon: "Nunca ter o olho umedecido pelas paixões humanas". As lágrimas turbam a visão e o olhar é o órgão dos sentidos que permite ao medico assegurar o valor científico, objetivo de seu trabalho. Do mesmo modo, qualquer médico desconfia quando tem de tratar um de seus próximos, um daqueles que ama. Ele sabe que seu amor faz com que perca o sangue-frio, seu olhar frio, a distância que deve conservar

em relação a seus doentes.

Se a clinica médica cessa onde começam a paixão e o desejo, a aventura psicanalítica, e também sua clínica, começam com a transferência, essa "atualização do Inconsciente" (Lacan), e seu corolário obrigatório, a contratransferência do analista. Igualmente, a história da primeira cura de Hipócrates não entra nas observações médicas. E se é verdade que toda uma parte da observação de Anna 0. não faz parte senão da pequena história da psicanálise, é justamente porque Breuer recusou analisar sua contratransferência em relação a Anna 0. e preferiu fugir. Vários anos mais tarde, Anna 0. chamou Freud para uma consulta, e este, tendo dado o diagnóstico de gravidez nervosa, apanhou o chapéu e a bengala e partiu precipitadamente. Breuer não se tornou psicanalista. Pois a psicanálise comporta necessariamente a tomada em consideração e a análise de um fato, a paixão que não pode deixar de nascer do paciente por seu analista, paixão à qual este não pode pretender ficar indiferente, se bem que não partilhe dela - o que a medicina, de sua parte, recusa antecipadamente, mesmo se cada um saiba que existe. Ela quer conhecer as paixões apenas para frustrar seus efeitos.

Pode-se imaginar um outro tipo de relação médico-doente na leitura de Platão. No Carmidas, Sócrates torna-se médico para tratar de Carmidas, que sofre de dores de cabeça ao acordar pela manhã. Mas o que interessa Sócrates não são as dores de cabeça e sim a grande beleza de Carmidas, e ainda mais, talvez, a sabedoria do jovem, que seu tio Critias louvava e que, aqui, faz um pouco o papel de alcoviteiro. Vendo chegar Carmidas, Sócrates fica perturbado: "Eu estava em fogo, não era mais dono de mim! Foi então que compreendi toda a superioridade, em matéria amorosa, desse Critias que, falando de um belo garoto, avisou a outro, que não eu, que tomasse cuidado para que a corça, perto do leão, não perdesse um pedaço de carne. Tive, com efeito, a impressão de ter caldo nas garras de semelhante monstro"' A partida não está, portanto, jogada de antemão. Não se sabe quem vai ganhá-la, a jovem corça ou o velho leão.

Sócrates vai prescrever uma erva e uma encantação, mas diz isto "sem dúvida com um pouco de pena", pois agora vai ser preciso levar Carmidas a reconhecer que não se pode tratar de uma parte do corpo sem tratar do corpo inteiro, e que não se pode tratar do corpo sem se ocupar da alma: a encantação não poderia ter efeito sem esta precaução. Para decidir Sócrates a revelar-lhe que encantação é esta é necessário, inicialmente, que Carmidas o convença de sua sabedoria, a que foi elogiada por Critias. Carmidas enrubesce com o elogio (o que faz sua beleza parecer ainda maior) e responde que não poderia nem dizer que lhe faltava sabedoria - o que seria contradizer Critias - nem dizer que ele era sábio - o que seria imodesto. Assim, inicia-se um jogo de sedução recíproca no qual aparece o desejo de Carmidas de atingir a sabedoria e• a habilidade de Sócrates em discorrer sobre esta. Não será mais, pois, questão de dores de cabeça, mas de amor da sabedoria, de filosofia.

A situação não tem a simplicidade da relação habitual médico-doente que conhecemos. A paixão está também tanto do lado de Sócrates, quanto a sabedoria do lado de Carmidas. Diríamos que tanto um quanto o outro estão divididos, cada um sendo levado por um duplo desejo que se constitui do amor da sabedoria e do amor do outro. Carmidas não pode responder senão uma coisa, que está dividido sobre este objeto, o saber, do qual ele apenas pode dizer que o ama. Ele diz, alias muito bem, que é em razão de sua relação com o discurso que ele está dividido, uma vez que deve ser considerado como sábio já que algum outro o enuncia como tal, mas que não pode dizê-lo enquanto sendo, ele próprio, o enunciador de tal asserção. Se ele está dividido, é em razão de um fato de linguagem que o divide na medida em que é, ao mesmo tempo, sujeito do enunciado e sujeito da enunciação, uma vez que é de sua própria sabedoria que deve falar. Ele pode apenas dizer que não sabe nada disso, que ele não pode ter saber sobre sua própria sabedoria.

Estas são considerações que podem ser tidas como simples sutilezas de filósofos. Mas, afinal, Hipócrates, ele também, poderia ter se perguntado se os cavaleiros citas não eram também divididos, ambivalentes, como se diz, diante de sua impotência sexual. Disto, manifestamente, Hipócrates não queria saber nada. Um homem deve permanecer um homem e comportar-se como

tal. Não se entra aqui nas argúcias dos filósofos atenienses cuja homossexualidade tende a demonstrar que o fato de ser um homem não é incompatível com o desejo por outros homens, assim como o fato de ser um sábio não exclui o desejo da sabedoria. Não e questão em medicina considerar o Sujeito como dividido: o fato de ser portador de um pênis deve ser suficiente para designar o homem como tal e conseqüentemente para indicar o objeto de seu desejo. Todo defeito diante deste imperativo só pode remeter a um evento fortuito designável como doença. O que é normativo quanto ao desejo só pode vir do próprio corpo, não do discurso. Com isso o médico mantém sua obrigação de pesquisar toda causalidade nos fatos materiais.

Sabe-se que a ambição da medicina é prolongar esta causalidade exclusiva em tudo o que se apresenta como anormal, até no

domínio da psiquiatria, onde se espera sempre que ela encontre algum ácido aminado ou algum gene que funcione mal.

A dor de cabeça de que sofre Carmidas não é apreendida por Sócrates como um fato, isto é, não é, de início, situada no vocabulário especificamente médico, com a possibilidade de nomeá-la "cefaléia" ou "enxaqueca", a fim de, assim, marcar bem que a dor já não mais pertence a Carmidas e sim ao médico. A apreensão da dor no discurso médico necessita que sejam encontrados outros elementos de linguagem desse discurso com os quais articular o sintoma, por exemplo: distúrbios digestivos, frio, manifestações oculares, erupções cutâneas etc., e, se estivermos na época moderna, distúrbios da pressão arterial, sinais de hipertensão intracraniana, sinais paraclínicos diversos, sanguíneos, radiológicos, eletroencefalográficos etc. A cefaléia é, de saída, apreendida num sistema epistêmico que pode dar conta dela. O ato de dominação em que consiste o ato médico do diagnóstico consiste em afirmar que a linguagem médica dará conta dela... pelo menos quando a medicina tiver feito progresso suficiente. Dará conta encontrando "causas naturais", porque estas são as únicas que fazem parte do discurso médico, da mesma forma que terá constituído outros sintomas em fatos e os terá reagrupado em síndromes. A situação que assim se instaura situa o saber do lado do médico e o desejo (pelo menos de curar) do lado do doente.

Sócrates coloca, ao contrário, a questão do saber. A sabedoria está do lado de Carmidas tanto quanto do seu, e Carmidas é incitado a mostrar sua "sabedoria" ou, pelo menos, discorrêla. Quanto ao desejo, este está tanto do lado de Sócrates quanto do lado do "doente". E esse desejo é também desejo de ensinar a sabedoria, e de aprende-Ia, como é desejo de curar. Ele coloca a questão do que é a sabedoria, em particular do que é a sabedoria do corpo. Para Sócrates, convém apelar para a sabedoria de Carmidas, porque esta não é separável da sabedoria do corpo.

Esta não é, propriamente falando, uma questão médica; é, antes, uma questão prévia a toda medicina. Ela implica o pressuposto socrático de um saber preexistente ao homem, sendo o papel dos filósofos ajudar o homem a reencontrar as idéias que o constituem. Sócrates não pode senão engajar Carmidas num maiêutica onde ele poderá reencontrar a sabedoria perdida de seu corpo, em favor de seu desejo da sabedoria que se confunde com o desejo puro e simples. Podemos considerar que aí se propõe uma espécie de alternativa ao discurso medico que conhecemos, uma espécie de medicina psicossomática? Não é, em todo caso, sobre tais bases que um discurso psicanalítico poderia se desenvolver. Lacan propôs o termo de "epistemossomática", em lugar de "psicossomática", indicando assim que é uma análise epistemológica do discurso sobre o corpo que é preciso empreender se se quer referir a algo mais preciso que considerações sobre a "psique" e idéias sobre as quais, de qualquer forma, só se conhece o que pode ser dito delas.

Encontramos em Freud' os elementos teóricos que justificam os fundamentos do discurso médico. O organismo, nos diz Freud, procura o estado de menor tensão e se esforça para chegar até lá pelos meios mais curtos. É o princípio do "nirvana", primeira formulação dada por ele ao que será mais explicitamente designado como pulsão de morte. O desejo sexual é um estado de tensão que procura resolver-se no ato sexual, que obtém, com o orgasmo, a resolução da tensão, a detumescência. Do mesmo modo, o organismo inteiro enquanto vivo está num estado de tensão que só se resolverá na morte. A vida inteira é, portanto, um longo desvio que retarda a tendência

da matéria animada a retornar ao inorgânico, ao mineral. Além do princípio do prazer está o princípio de realidade, que consiste em diferir este retorno ao estado de resolução tensional. O princípio de realidade sustenta o estado de tensão com a esperança de que esse retardo trará uma maior felicidade, um maior gozo, admitindo que essa maior felicidade seja postulada na vida eterna. É, portanto, por um "mais-gozar" que o sujeito renuncia ao prazer imediato. O papel da educação é constituir a interdição do prazer imediato a fim de permitir ao sujeito educado aceder a este acréscimo de gozo prometido àquele que não se satisfaz com a resolução imediata da tensão. O instinto animal, que é um saber, faz, ele também, com que o animal realize um longo desvio para que seja assegurada a sobrevivência da espécie. Não é paradoxal que, após um longo trajeto, o salmão morra como indivíduo no momento em que assegura a fecundação isto é, a - sobrevivência da espécie. Desejo sexual e pulsão de morte estão indissoluvelmente ligados. A morte é o quinhão do animal sexuado. O princípio de realidade está a serviço do princípio do prazer, ele é seu prolongamento.

É, portanto, legítimo, se não sempre com discernimento, que a medicina desconfie do desejo e da procura do prazer. Esta procura é um caminho que conduz à morte, mesmo se não diretamente. A medicina tem por objetivo prolongar esse caminho tanto quanto possa. Ela sobretudo visa proibir que o organismo encontre na morte o circuito mais curto que permita a resolução da tensão, quando ela está particularmente viva, como nas doenças agudas e nos traumatismos graves.

É bem além das doenças agudas que o médico desconfia do doente, "que deseja, antes, o que a doença lhe torna agradável que o que convém à sua cura". Mesmo para os sujeitos saudáveis, a medicina introduz sua ordem, que, por vir muitas vezes sobrepor-se à ordem natural, distingue-se desta radicalmente pelo fato de não estabelecer suas prescrições em função do que é mais agradável, mas em função do que pôde ser cientificamente analisado. Assim, a alimentação é julgada em função de seu teor em calorias, vitaminas, sais minerais etc., e não em função de seu gosto. Em última instância, é melhor que um alimento não seja muito bom, pois o doente e também o são correm o risco de abusar. É claro que o mesmo também vale para os remédios e tratamentos de toda espécie, que, muitas vezes, parecem tanto mais eficazes quanto sejam dolorosos ou desagradáveis. A dietética dos lactentes e das crianças, ainda hoje, muitas vezes impõe aditivos, muito bem compostos sem dúvida, mas que a tornam pouco apetitosa. A mãe participa da ordem médica quando tem alguma coisa a impor ao seu bebê, com o risco de retirar-lhe o gosto de viver. Ela própria se impõe um desagradável regime para emagrecer ou engordar, o qual vem, aliás, contrabalançar o que lhe impõe o regime da vida social, nem menos pressionador e nem mais natural. Quanto à vida sexual, ela é reprimida na observância de normas, às vezes prescritas com precisão. O coito praticado regularmente faz parte da boa higiene sexual com o risco, aí também, de transformar em corvéia, em dever conjugal, a vida amorosa. Mas o que não se fará para evitar os excessos? A "liberação sexual", preconizada por Reich, ou outros mais obscuros, permanece na ordem da prescrição médica. As relações sexuais fazem parte da prevenção das neuroses. O orgasmo faz parte da prescrição. Alguma surpresa se, nessas condições, só raramente é atingido?

Substituindo sua ordem à do desejo, a medicina se faz moralizadora. O médico não julga a doença da mesma forma quando seu administrado transgrediu explicitamente a ordem médica. Como a ordem do desejo é outra que não a ordem médica, e conseqüentemente vem muitas vezes contradize-la, tudo que testemunha uma vida "desregrada" do doente é geralmente mal recebido pelo médico. Este se mostra muitas vezes severo quando deve se ocupar de doenças venéreas e abortos. As consultas de dermatologia são particularmente difíceis de suportar, sobretudo para as mulheres impudicas que contraíram doenças sujas. E a maneira como são praticadas as curetagens é na maioria das vezes bastante penosa para que não se suspeite de alguma intenção moralizadora a fim de desencorajar a "criminosa" a recomeçar. Evidentemente não se terá o mesmo comportamento se a interessada supostamente não teve nenhum prazer nas relações sexuais que manteve (estupro, por exemplo).

Da mesma forma, o uso de tóxicos não será julgado igualmente se é feito por ordem médica ou se se trata de uma toxicomania "selvagem". Isto também vale para o alcoolismo, se bem que a tolerância dos médicos seja maior em relação ao alcoolismo mundano ou dos homens de negócio, mais próximos deles, e para quem se pode encontrar a desculpa das obrigações profissionais. Mas quando não se conhece a justificativa para a toxicomania, só se retém a procura do prazer, e o medico como o pessoal de enfermagem explicam que já têm bastante trabalho com as "verdadeiras" doenças para que venham sobrecarregálos, tornando-se doente de propósito. Até os suicidas são duramente tratados: aliás, se fracassaram, não é esta a prova de que não era sério? As considerações sobre a histeria são, então, um grande recurso para evitar toda compaixão excessiva.

A medicina não pode aceitar que sua ordem seja derrogada, a não ser que uma outra ordem possa ser invocada. Ela também cauciona com sua presença as performances esportivas porque o esporte constitui um ideal convencionalmente admitido. Contenta-se em condenar o dopping, mas sem fazer a crítica ao espírito de competição que é sua causa. Da mesma forma, a medicina fornece alternativamente estimulantes e sedativos aos quadros das empresas, como aos operários estafados. A farmacopéia se coloca a serviço da ordem social desde que o álibi invocado seja suficiente para que o médico não veja onde o sujeito encontra seu gozo. O risco vital pela pátria ou pela revolução ou por qualquer outra causa reputada nobre é admitido, mas a imprudência pela procura única do prazer é condenada.

Troca de bons procedimentos: o moralista agita o risco das doenças para incitar seus administrados a uma vida honesta. E o médico, por temor de ver a ordem do desejo opor-se à ordem médica, aconselha também uma vida exemplar. O doente e o futuro doente devem estar preparados para se curvar à ordem médica, isto é, para participar desta ordem. Se se deixa a brecha aberta ao desejo, não é o próprio julgamento que se encontrará alterado? "Enquanto função do conhecimento, um julgamento deve sempre ser objetivo, isto é, deve ser colocado sem relação como que pode desejar o sujeito que o coloca."" Os juristas não dizem coisa diferente dos médicos. Há apenas as histéricas para contradize-los. Elas enchem as salas de espera dos médicos, mas nunca conseguiram senão ser repreendidas.

7
O desejo do medico é definido pelo objeto da medicina

O desejo do médico se desenha sobre o fundo de exclusão do desejo que o discurso médico instaura. É, portanto, enquanto instância recalcadora em relação ao desejo que os psicanalistas foram mais levados a falar do discurso médico e se dedicaram, então, a mostrar, por um lado, como outros desejos, mesmo assim, aparecem na prática médica (e em seu detrimento), e por outro, como desejos de origem infantil encontravam uma sublimação no exercício da medicina. Não me parece, entretanto, possível fazer disso o centro de nosso propósito e isto pela razão dada por Canguilhem quando cita Platão: "Na minha opinião, é apenas uma maneira de falar dizer que o médico se enganou, que o calculista, o gramático se enganaram; na realidade, eu acho que nenhum deles, enquanto merecedor do nome que lhe damos, jamais se engana; e, rigorosamente falando, já que você pretende ter rigor em sua linguagem, nenhum artista se engana; pois ele só se engana na medida em que sua arte o abandona, e então ele não é mais artista".' Nós também nos interessamos, definitivamente, pelo desejo do médico, enquanto constituído pelo discurso médico, e qualquer outra consideração sobre o desejo deve ser julgada em função do que ele prescreve.

A exclusão do desejo é o que prescreve a deontologia desde o juramento de Hipócrates e, sem dúvida, em todas as práticas da medicina. Ficamos em boa posição ao dizer que não é tão simples assim e que há desejo demais entre médico e doente, mesmo que não se trate de deixá-lo transparecer, um mínimo que seja, nas publicações científicas. Com isso, o médico desempenha um papel nada negligenciável na vida dos doentes, que, às vezes, estão apenas doentes de falta de amor, e também, indiretamente, na vida dos membros da família que sofrem os contragolpes do investimento libidinal e do prestígio a que é promovido o homem de ciência que se ocupa do corpo e formula prescrições e proibições. O médico também tira proveito de uma prática na qual a devoção aos doentes às vezes serve de álibi para breves encontros nos quais as "passagens ao ato" (sexual) não estão excluídas. Os comentários psicologizantes sobre essas situações estão bastante difundidos para que valha a pena nos determos nele, ainda que me pareça necessário denunciar uma espécie de complacência em se espalhar gracejos malévolos, nas conversações privadas, sobre fatos, no final das contas, marginais, e em constituir como temas de estudo para grupos especializados os charmes e os dramas da "transferência" quando são apenas uma repetição moderna das histórias "afortunadas".

Que exista uma erotização das relações entre médicos e doentes isto não nos autoriza tampouco a procurar sistematizá-la como sendo uma relação do tipo homem-mulher que se superpõe àquela do "médico-doente". Os dados estatísticos e antropológicos sobre os quais quer se apoiar 7.-P. Valabrega2 nada têm de decisivo sobre esse ponto, e deveriam igualmente ser estudados em relação à predominância dos homens na elaboração de todo discurso do senhor (discours du maitre). Pois não é apenas em medicina que as posições de domínio (maitrise) são preferencialmente ocupadas pelos homens. Tampouco me parece possível ligar a vocação médica a uma posição "viril" ou "castradora". Pode-se, nesta via, ir muito longe, como faz o autor, e

considerar que ser médico é prolongar as "brincadeiras de médico" a que as crianças freqüentemente se entregam. Mas, também, por que não fazer a análise inversa? Por que não considerar, de preferência, que são as crianças que tentam integrar em suas brincadeiras uma das situações mais significantes que vêem os adultos praticar? A tentativa de domínio em que a criança se exerce reproduzindo na sua brincadeira a relação médica é tão importante quanto o pretexto assim achado para satisfazer sua curiosidade sobre o sexo dos outros. Sem dúvida, podemos também dizer que a escolha de uma especialidade pelo médico se faz em relação com preocupações, conflitos, tendências, fantasias inconscientes que marcaram sua infância. O desejo de cada médico é, sem dúvida alguma, formado por significantes que constituíram sua história pessoal, e podemos mesmo acrescentar, sem ir muito longe, que certamente não é qualquer estrutura da personalidade que permite a alguém tornar-se médico.

Mas a que poderão tais considerações nos conduzir, senão a lançar uma suspeita sobre o desejo do médico, a apresentá-lo de algum modo como impuro em relação a um ideal? Não é necessário ver, nas pretensões em analisar o desejo do médico em componentes que o remetem à sua própria história, uma tentativa de transpor - minimizando - as exigências da psicanálise didática tal qual é compreendida por certos autores: isto é, quando esperam que ela os proteja das decepções de sua contratransferência. Este ponto de vista, que não me parece de forma alguma sustentável para a teoria da análise didática, o é ainda menos para a formação médica. Se fazemos uma psicanálise é para nosso benefício pessoal e só num segundo tempo, se estimarmos ter adquirido uma experiência suficiente do Inconsciente, que podemos nos autorizar a nos tornarmos analista. Isto não é em nada aplicável à medicina. A disciplina que constitui a formação médica é, aliás, particularmente eficaz para que se realize o recalcamento de todo desejo pessoal, porque ela promete, por este sacrifício, as satisfações específicas do exercício da medicina. Cada médico aceita o princípio de não fazer de sua vida profissional o campo fechado de suas satisfações pessoais, as quais encontram melhor lugar para se realizar plenamente na sua vida privada. A licença dos costumes de sala de espera repete a austeridade exigível nas salas do hospital.

De resto, não é pelo corpo do doente que o médico se interessa, como deixam entender interpretações às vezes maledicentes, sempre contingentes, sobre o fato de que a relação médico-doente é a única, ao lado do casamento, em que a instituição autoriza e conseqüentemente obriga a tocar o corpo do outro. Toda a história da medicina (sobretudo nas medicinas não-ocidentais) está marcada pelo pequeno interesse dos médicos pelos estudos anatômicos e fisiológicos. Os médicos sempre preferiram as discussões abstratas sobre a essência das doenças e se desviaram do exame clínico. Atualmente, de novo, um médico pode fazer quase inteiramente seu diagnóstico sobre os elementos recolhidos na papeleta mais rica em exames "paraclínicos", que em observações recolhidas no exame clínico que coloca diretamente o corpo do médico em relação com o do doente. A "apresentação de doentes", grande rito da exposição magistral, é cada vez mais apresentação de papeleta, onde o doente é um figurante.

Somente a partir do século XIX os médicos passaram a se interessar diretamente pelo corpo do doente, e isto se deve a um fato: a descoberta da importância da anatomia patológica. Assim, podemos dizer que é pelo corpo, enquanto está morto - ou votado à morte -, que o médico se interessa. Muito se tem assinalado que os estudos de medicina começam colocando o estudante diante de cadáveres, o que não teria por função apenas ensinar-lhe anatomia, mas também confrontá-lo com a única realidade que constitui o objeto da medicina. Esta é uma interpretação que não me parece sustentável. Se o exame do cadáver ensina alguma coisa ao médico, o médico ignora a morte na sua especificidade, e se ocupa apenas de suas causas, isto é, das doenças. Não se poderia, em todo caso, concluir os estudos anatomopatológicos que é alguma coisa da ordem da pulsão de morte que habitaria o médico na sua atividade profissional, como faz Lemoine.

É bem verdade que a carocha* também é uma variedade de inseto mortífero tanto quanto o estudante de medicina. Mas isto não é senão um gracejo fácil. Não é o corpo morto enquanto tal

que interessa ao medico, mas o que nele se pode ler. Os progressos da fisiopatologia, propondo uma outra leitura da doença, vieram substituir os estudos anatômicos e

anatomopatológicos. A morte do doente cessou de ter interesse para o médico desde que os exames sobre o vivo tornaram-se os mais importantes. Não existem mais nos hospitais esses doentes que eram conservados um pouco por caridade, mas cuja morte se esperava para saber o que tinham. Esta prática bastante desagradável cessou desde que os exames paraclínicos permitiram "violentar a natureza" sobre o vivo. O corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve. O que chamamos um "belo doente" nunca designou nada de considerações estéticas sobre seu corpo, morto ou vivo. É somente a doença ou as doenças de que ele é portador que o designam para a admiração dos médicos.

Quanto ao resto, isto é, o corpo do doente, ele não é o objeto de seu desejo, pois não é senão o que resta uma vez retirada a doença. Por isso a medicina ignora da mesma forma o que faz a vida e a morte, o que constitui o desejo e o gozo.

Na constituição do desejo do médico deve ser dado um lugar importante ao problema da identificação. Missenard e Gellys dizem que o estudante de medicina, depois o jovem médico, "se identifica" com os seus doentes. Isto é levar em conta sentimentos de simpatia, empatia, comiseração, compaixão, nos quais se reconhece bem menos a noção de identificação no sentido que falam os psicanalistas, do que a ideologia cristã e burguesa que, com isso, dá conta das obras de caridade nas quais adquire boa consciência e desvia o olhar da injustiça que se perpetua alhures. É verdade que os jovens médicos e estudantes não deixam de ser perturbados na sua imagem do corpo, às vezes ao ponto de sofrer manifestações hipocondríacas e nosofóbicas que podem ser graves. Mas é a freqüentação do discurso médico que é a causa disso, e não a dos doentes! Tais distúrbios aparecem também nos Three men in a boat que têm, como única leitura, um livro de medicina, ou nas pessoas que lêem assiduamente o Larousse medical, ou agora nos estudantes de medicina que não vêem um doente durante três anos.

A noção de identificação do médico com seu doente é sobretudo um conceito cômodo para explicar o "desejo de curar". É imputado ao doente como sendo um desejo "natural" e assim se explica que, por identificação, o médico se apropria, interioriza o desejo de cura de seu paciente. Explicação simplista, a qual já vimos que está a serviço da ideologia médica, mas não é de modo algum sustentável.

Em matéria de identificação, devemos reter apenas a do doente com seu médico, porque é uma identificação significante. Por isso o médico deve ter boa aparência, como recomendava Hipócrates, e sobretudo encarnar os prestígios da ciência por seu comportamento e pela sabedoria de suas prescrições. Com isso, o "sujeito suposto saber" (saber ao menos que pode curar), o médico, é o objeto do desejo do doente numa relação de tipo transferencial como fala a psicanálise. O desejo dirigido à pessoa do médico se confunde com o desejo que ele tem de se apropriar de seu saber ou, antes, dos benefícios desse saber. Na falta de tomar o médico, toma-se o medicamento. O imperador Marco Aurélio não queria tomar a teriaga a não ser da mão de Galeno em pessoa. A absorção faz a identificação, e é esta que é portadora de cura. Molière, que entendia de doentes, e não apenas de "doentes imaginários", indicou isso claramente: é fazendo-o tornar-se médico que se pode curar Cléante.

O problema da identificação do médico deve ser tanto mais colocado quanto não deixa de ter incidências práticas. Missenard e Gelly opõem duas imagens identificatórias para o estudante de medicina: a do doente, como vimos, e a do grande médico, do titular. Eles propõem que se favoreça o primeiro tipo de identificação ao doente. O que seria, segundo eles, o quinhão do medico clínico. Tentativas foram feitas nesse sentido, em particular institucionalizando-se os estágios de estudantes de medicina junto aos clínicos. Mas parece que o que foi assim empreendido, aliás dificilmente, logo sofreu uma guinada.' Para dizer a verdade, era previsível que os clínicos suportariam mal a confrontação com os estudantes, que, supostamente, estariam mais a par dos últimos progressos da medicina; os próprios estudantes não tinham outro objetivo senão retornar para junto de seus modelos identificatórios, isto é, de seus titulares.

No fundo, tais considerações vão no sentido da hierarquização da medicina do tipo mais tradicional. Tudo que não é identificação aos mais altos valores na ordem médica é necessa-

riamente percebido como um fracasso, e de nada serve querer dissimular isso justificando a posição do clínico por uma pretensa competência nas relações humanas que o grande titular não teria. Há na hierarquização da medicina alguma coisa que é sem dúvida inevitável, mas é abusivo apresentá-la como necessária, e, finalmente, contribuir para constituí-Ia estabelecendo uma classe de médicos supercompetentes, "pesquisadores" e especialistas, a par dos últimos progressos da técnica, no apogeu das honras, ao passo que os clínicos teriam como quinhão de consolação o reconhecimento dos méritos de uma prática que os colocaria mais próximos dos doentes, mais "humanos", só com o inconveniente de lhes propor uma formação psicológica adaptada. Hamburger escreve: "O clínico geral é o moderador natural dos aspectos puramente técnicos da medicina (eu ia dizer o defensor natural do doente contra os técnicos, mas isto ultrapassaria meu pensamento)"! Vê-se bem que os problemas colocados pela desumanização da medicina não lhe escapam. Mas a hierarquia assim constituída ainda é uma solução puramente "técnica". Além de não poder ter eficácia alguma, pois, chegada a hora, o pequeno médico sempre se inclina diante do grande, ela escamoteia o verdadeiro problema. Balint constituiu, inicialmente, seus grupos com assistentes sociais, e só posteriormente fez grupos de médicos. Tende-se assim a formar uma subclasse de médicos que finalmente são apenas assistentes sociais informados sobre medicina e psicanálise, reduzidos ao papel de orientadores e de public relations, diante de organismos cada vez mais temíveis; eles estão finalmente encarregados de assegurar a ideologia médica com um máximo de meios, e de tornar possível a unificação do desejo do médico.

Pois, definitivamente, é o grande médico, o titular, que encarna o personagem ideal do médico. E quando exaltamos as virtudes da intuição psicológica, do sentido do "humano", é com a mesma condescendência com que se fala do saber da enfermagem e do devotamento ao doente. Tudo isto não teria nenhum sentido se a ordem e o saber médico não viessem colocá-lo sob sua direção. O titular, que está no ápice da hierarquia, tem assim muito mais que uma função (hospitalar) a preencher. Ele sustenta sua própria imagem porque ela é o suporte de todo o edifício. Sabe-se que ele suporta mal seus fracassos (terapêuticos) e ainda mais seus erros (diagnósticos). Sua função é, sobretudo, colmatar as brechas do saber médico, fazendo a teoria desses mesmos fracassos, fazendo progredir o saber. Ele deve ampliar a ordem médica e instaurar seu reino lá onde não havia senão o caos. Ele é o mestre e, por esta razão, deve "fazer pesquisa", constituir os novos significantes através dos quais se assegura o domínio do real. Se não o fizesse, ele próprio se destituiria do título de mestre em que está sustentado pelo consenso de todo o corpo medico do qual é o representante máximo.

O que o titular, o patrono, o professor, o mestre deve mostrar é que o objeto de seu desejo de médico é a doença como tal. O chefe do serviço antigamente estabelecia o diagnóstico, dava prova de sua mestria e negligentemente confiava ao seu assistente o cuidado de estabelecer o tratamento. Ele não perdia tempo com futilidades e sabia que o desejo de curar não estava no vértice da pirâmide do saber medico. A cátedra de terapêutica era menos valorizada que a cátedra de clínica. Hoje a hierarquia dos valores ainda é a mesma, mas os "pesquisadores" estão lotados, na maioria das vezes, em hospitais e laboratórios onde não estão em contato direto com os doentes. O titular assegura mesmo seu prestígio não aparecendo muito freqüentemente nas salas e preparando as publicações que asseguram o poder sobre a doença.

É preciso designar como fóbica a posição do médico em relação ao objeto "doença". É o enfermeiro que fica mais tempo junto ao doente e segue hora a hora a evolução da doença. O médico, ao contrário, fica apenas o tempo do diagnóstico, ao qual se acrescenta o curto tempo de troca dá prescrição médica pelos honorários. Mas ele está sempre com pressa, ainda que o pretexto evocado (os outros doentes o esperam) não seja sempre suficiente para explicar sua precipitação em deixar o lugar da doença uma vez diagnosticada. Assim que é identificada, a doença não mais o interessa, e é alhures que ele vai procurar o novo objeto. O mesmo processo existe para o titular. Uma doença bem identificada, conhecida, não lhe interessa. Seu papel é ir à conquista de novas doenças, que ainda não estejam identificadas como tais, ou que ainda sejam portadoras de inúmeros desconhecimentos.

E, portanto, enquanto desconhecida ou mal conhecida que a doença é um objeto para o médico. Quando sua realidade aparece na ordem médica, ela cessa de constituir o objeto de seu interesse, de seu desejo. E isto permite interpretar por que os médicos permaneceram durante tanto tempo mal delimitados de uma concepção ontológica da doença. As discussões científicas e filosóficas diziam respeito a um Ser que sempre lhes escapava, só se manifestando sob as formas enganadoras, ou pelo menos suspeitas, de uma sintomatologia incerta. Um Ser que tinha a palavra; a doença se manifestava num sistema de signos, cujo estudo estava tanto na dependência de uma semiótica da linguagem quanto de uma semiologia como é entendida hoje pelos médicos.

Objeto do interesse do médico, a doença é a causa deste interesse. Opera-se assim um retorno em favor do retorno que permite operar o saber medico. Um exemplo, entre outros, nos é dado pelos chamados "filhos do rim". D. Silvestre assinala que não se sabe se assim se designa o rim que é sede de sua doença, ou o rim artificial que assegura sua sobrevida e, às vezes, permite sua cura. Do mesmo modo, a colocação em causa dos microorganismos tem por conseqüência seu estudo especializado *in vitro*, como também a contribuição, a colocação da antibioticoterapia que também se faz *in vitro*. Aqui, como lá, o suporte da doença que é constituído pelo corpo do doente se apaga para ser apenas o lugar - sem dúvida privilegiado - de seu aparecimento e desenvolvimento. Ele se torna o terreno.

Por ter abandonado uma ontologia simplista, que procurava conhecer o ser da doença atrás de uma sintomatologia, a medicina não coloca menos a questão de sua realidade. Realidade consistente pelo fato de entrar na linguagem médica, tornando-se identificável nos mesmos termos por qualquer médico. No entanto, o aprofundamento de seu estudo chega no que Hamburger chama "a dispersão da entidade doença"? A questão do real não é menos colocada na extrema vanguarda da pesquisa médica. É aqui que cabe a questão da escrita, ou, melhor dizendo, a de uma inscrição da doença que seria independente da linguagem médica. Pois, do lado da linguagem médica, é ao sistema simbólico que constitui o discurso médico que se ligam os sintomas, doenças identificadas, síndromes. Mas o real se acha identificado à inscrição direta da doença, a sua escrita. (Refiro-me aqui a Lacan, que liga a palavra ao simbólico, a escrita ao real.) Não é improvável que o sucesso da anatomia patológica se deve ao fato de que os médicos aí leram (no "livro aberto" 'o que é o cadáver) a inscrição de um real irredutível. Não sem algum abuso, pois era esquecer que a imagem do livro em que está inscrito o destino não é, afinal, senão uma metáfora e negligenciar o que a fisiopatologia devia ensinar em seguida. Agora é a leitura das cifras e das inscrições dos exames paraclinicos que vem substituir. Não sem abuso, muitas vezes, aí também; por exemplo, quando o fato de um traçado eletroencefalográfico toma um peso desmedido no estabelecimento do diagnóstico de epilepsia, ao passo que está demonstrado que esta inscrição não é nem constante, nem fiel; por exemplo, também, quando certos tratamentos são feitos apenas em função do que se pôde chamar uma medicina ou uma cirurgia estética que toma por modelo uma norma radiográfica.

"O marceneiro cobiça a madeira, o médico cobiça a doença, e o padre os sacrifícios", diz o Rig- Veda.

O desejo do médico tem por objeto a doença, porque é esta que o constitui como tal. Mas é o discurso médico que constitui a doença como causa. Causa do sofrimento do doente e causa da intervenção do médico. O efeito está na supressão do homem doente enquanto homem. "Se se quer definir a doença, é preciso desumanizá-la" (Leriche). Aí está o efeito do discurso médico. O discurso se suporta por um único sujeito (Lacan). O único sujeito do discurso médico é aquele que o enuncia, isto é, o medico. Esta enunciação se faz na "receita" do médico como também em toda a aparelhagem instalada pelo desenvolvimento da tecnologia médica. Esta tecnologia constitui a substância do discurso médico. O doente não tem outra saída senão curvar-se. Se não ele se exclui do discurso médico, por exemplo assinando sua papeleta no hospital. Esta assinatura o faz tornar-se novamente sujeito: sujeito do discurso que ele terá de manter sozinho contra e para com o discurso médico, isto é, contra todos.

O código de deontologia torna dever do médico impor suas prescrições: "Art. 29". O

discurso médico é normativo. (O que é normativo sendo o que pode, como vimos, opor-se à normatividade constituída pelo organismo.) O desejo do médico se inscreve inteiramente nessa normatividade que o discurso médico impõe e não pode sair dela, sob pena de não mais ser medico. Como ele é autor desse discurso medico para cada novo doente, ele pode hesitar sobre o sentido a lhe dar para cada caso concreto, isto é, sobre a oportunidade de uma intervenção (exploradora ou terapêutica) a ser praticada. Mas, uma vez tomada sua determinação, deve empregar tudo para que seja aceita pelo doente, cujo julgamento é duplamente suspeito, devido a sua incompetência e o estado em que sua doença o coloca. Tal é a lógica na qual se acha engajado o desejo do médico em função do discurso que o constitui.

8
O objeto da medicina é a doença. Uma ontologia que insiste

Dizer que o objeto da medicina é a doença pode parecer um tal lugar-comum, que seria inútil falar dele. Entretanto, o que é um truísmo para o público, e em particular o público médico, é geralmente recusado pelos filósofos da medicina, porque remete para uma concepção ontológica da medicina, com ressonâncias místicas e religiosas, que o início do século XIX contribuiu amplamente para afastar, permitindo o progresso da medicina contemporânea. Parece-me que, ao contrário, a questão permanece amplamente aberta, os médicos permanecendo fiéis a uma ontologia que, por não dizer seu nome, persiste em ignorar os ataques de que foi objeto. Que eles estão fundamentados para proceder assim, é o que me esforço em mostrar aqui. O saber medico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao medico enquanto terreno onde a doença evolui. Os estudos sobre a anatomia e fisiologia humanas tornaram-se necessários para o conhecimento deste terreno, assim como o botânico não pode se desinteressar do solo sobre o qual as plantas crescem, e como o zoólogo não pode ignorar as condições onde o animal vive. Mas o lugar onde o objeto subsiste não é o objeto.

Para poder constituir a doença como objeto de estudo foi preciso entificá-la, constituí-Ia como um ser, reconhecível em suas manifestações "semelhantes" de um doente a outro dúvida os médicos não puderam deixar de descobrir que esse "semelhante" pode apenas remeter ao semblante pelo qual todo discurso do senhor se constitui e constatar, portanto, que o objeto constituído por sua ciência se desagrega à medida que é estudado. Mas isto não pode impedir o necessário retorno a uma conceitualização da entidade "doença". Hamburger escreve: "No extremo, a dispersão da entidade `doença' poderia atingir um grau tal em certos domínios da medicina, que, pelo singular desvio de uma exigência acrescida de rigor, os fatos dariam razão ao velho conceito intuitivo que enunciava: `Não existem doenças, só doentes'. Mas, ao mesmo tempo, percebe-se a inquietante dificuldade científica que assim se levanta, pois não há ciência senão do geral e do correlativo, e não do particular".'

A inquietante dificuldade não é da alçada do médico. É da do filósofo da medicina e também da do doente, porque este fica no particular. Que lhe expliquem que sua doença não lhe pertence especificamente não pode ser o bastante para fazê-lo esquecer que ele é o lugar dela. E a inquietude torna-se particularmente grande quando ele tem o que impropriamente se chama uma "doença mental", pois, então, ele é não somente o lugar, mas o sujeito de sua doença. A aplicação de um conceito, perfeitamente utilizável em outros lugares, torna-se então um ato de força contra ele mesmo, tendo inicialmente por função fazer-lhe objetivar como outro o que lhe cabe particularmente. Seus sintomas, sua angústia, seu delírio retornam a ele, após a etiquetagem médica, como entidades que lhe são estranhas. O que não ocorre sem complacência de sua parte, uma vez que ele se apóia nisso para confirmar seus próprios desconhecimentos. Mas sem que, se possa esperar reencontrar aí os fios de seu próprio discurso. Em larga escala, pode-se dizer que é porque a psiquiatria permaneceu ingenuamente ontológica, deixando-se ser levada pela medicina, que surgiu o importante movimento antipsiquiátrico, que é, essencialmente, um movimento antinosológico e antiontológico. Por ser, em seus princípios, antiontológica, a psicanálise não

deixa de escapar ao risco de reencontrar seus impasses, na medida que sua nosologia se calca no modelo medico. Por isso a querela sobre a ontologia da doença nos interessa sem dúvida mais que aos médicos, os quais se metem muito pouco com discussões filosóficas sem grande incidência sobre sua prática.

Os filósofos não puderam deixar de ligar o notável impulso da medi 'na no século XIX à evolução da querela sobre a ontologia. Paf a Michel Foucault, trata-se de mostrar que a medicina só se tornou científica, e que a clínica médica só ganhou consistência, por tornar-se possível a referência à anatomia patológica. Cabe apenas à ideologia médica acreditar que os progressos da medicina são devidos a uma luta constante contra o obscurantismo de épocas supersticiosas? Para o médico, nunca houve de fato penúria de cadáveres, mostra-nos ele referindo-se a abundantes documentos antigos. Mas, enquanto a medicina permanecia ontológica, importava pouco ao médico repertoriar os sinais visíveis, mas enganadores, da doença. Somente a essência da doença podia constituir o objeto de um estudo científico e apresentar um interesse geral. O estudo dos casos tinha apenas o interesse de remeter ao das espécies. O visível dos sintomas permitia o acesso ao invisível do Ser da doença. O andamento medico tornou-se inverso no século XIX quando, partindo dos cadáveres para conhecer o vivo, descobriu que o que é invisível no ser vivo é visível no cadáver. A clínica teve então de se esforçar para tornar visível no vivo o que era ate então invisível e poderia apenas ser conhecido na autópsia. O Ser da doença cessa então de ser uma entidade interessante para o médico, pois é a "superfície de ataque" que o médico vai se dedicar a descobrir, é aí que ele vai autenticá-la antes de poder vencê-la.

"Se existe um axioma em medicina, é justamente a proposição de que não existe doença sem sede", dizia Bouillard referindo-se ao princípio tissular de Bichat. Toda a anatomia patológica, permitindo "verificar" no cadáver a realidade das novas concepções médicas, desenvolveu-se sob esses novos princípios que forneceram a base da nosologia e do vocabulário médico contemporâneo.

Apesar da importância que teve a descoberta da anatomia patológica, não me parece, entretanto, que seja o olhar médico que mudou de orientação. "Ao abrir alguns cadáveres", como diz Foucault, foi, antes, um livro que os médicos abriram. Eles viram menos a verdade última da doença que leram o que a doença inscrevia nos corpos. A lesão orgânica adquiriu o estatuto do escrito, o que indica o destino, o que permite interpretar a doença, sua evolução, a inconstância dos sintomas, seu caráter enganador. A inscrição corporal tem o estatuto do que não engana e pode, portanto, substituir as hipóteses sobre o Ser. Mas esse olhar médico não é novo e não decorreu apenas da medicina, nem do século XIX, quando os Inquisidores se empenhavam em provar a possessão diabólica pela existéncia de marcas corporais *(punctum diabolicum, stigma sigilum diaboli...).* E mesmo, desde esta época, não se ficara satisfeito com os sinais imediatamente visíveis; a pesquisa das zonas de sensibilidade corporal fazia parte da pesquisa inquisitorial, a presença de médicos nos processos de bruxaria era indispensável; o que não deixou, aliás, de abrir a via. para uma psiquiatrização da bruxaria.' Por via de reciprocidade, a psiquiatria sempre se ligou à pesquisa de sinais corporais, e mesmo de uma organicidade.

Não se deveria superestimar os efeitos que teve para o progresso médico o advento de uma medicina localizadora. As "febres essenciais", isto é, quase todas, permaneceram um enigma para o século XIX. Foi uma medicina não-localizadora, a medicina pastoriana, que nos ensinou o mais importante sobre tais febres, identificando os bacilos, bactérias, vírus que as ocasionavam, mostrando ainda que as localizações eram inconstantes, infiéis, abrindo a via para a terapêutica de vacinas, soroterapias, antibioticoterapias. É necessário dizer que a medicina pastoriana fez um retorno à ontologia pelo abandono do sólido terreno da anatomia patológica? E como não assinalar também que foi por uma recusa da medicina localizadora (a da Escola de Cnido) que a Escola de Cós conheceu o sucesso? O olhar dado por Hipócrates sobre as doenças não deixou de ser o de um clínico pouco inclinado a se deixar levar por considerações metafísicas e patogenias místicas. As febres, notadamente o paludismo, que tinha de conhecer prestavam-se mais à observação médica por sua duração, sua periodicidade, os lugares em que preferencialmente se

manifestavam, que a um estudo anatômico pouco convincente.

O método médico fundamentalmente não mudou por ser ou não localizador, já que se dedicou a mostrar menos o que especifica a doença de cada doente, do que a reencontrar, ao contrário, o que identifica a doença de um com a do outro. Por aí, ela é sempre levada a ser ontologista. Finalmente, as afirmações dos ontologistas passam menos por monstruosidades científicas que por formulações surpreendentes numa linguagem algo fora de moda: "O Ser supremo não se sujeitou a leis menos certas produzindo as doenças ou amadurecendo os humores morbíficos, que cruzando as plantas e os animais... Aquele que observar atentamente a ordem, o tempo, a hora em que começa o acesso de febre quarta, os fenômenos de calafrios, de calor, numa palavra, todos os sintomas que lhe são próprios, terá tanta razão de acreditar que esta doença é uma espécie porque cresce, floresce e perece sempre da mesma maneira como tem de acreditar que uma planta constitui uma espécie" Às espécies é que o médico deve se dedicar. "É preciso que aquele que descreve uma doença tenha o cuidado de distinguir os sintomas que necessariamente a acompanham e lhe são próprios daqueles que são apenas acidentais e fortuitos, tais como aqueles que dependem do temperamento e da idade do doente."' A doença é, portanto, um Ser estranho ao doente. É preciso primeiramente assegurar-se de sua identidade: "Nunca trate uma doença sem se certificar da espécie" (Gilibert). "Ela habita o doente. Ela entra e sai do homem pela porta" (Sigerist). Pinel fez o classificador metódico das doenças com o título de Nosografia filosófica. Não existe nenhuma dúvida que seja da esséncia das doenças que se tenha de tratar. Também seu tratamento foi considerado mais como obra de um naturalista que de um médico. O conhecimento das doenças se identifica à sua classificação. A medicina é um trabalho que não difere fundamentalmente daquele do botânico. Não sem razão, nem sem resultados: desde a medicina egípcia que retirava os vermes até a medicina pastoriana que identifica as espécies microbianas antes de combate-Ias. Fundamentalmente, é nesta identificação nosológica que consistem o diagnóstico e a terapêutica que visam lutar contra o agente causal, agressor do organismo.

Os Inquisidores e exorcistas não eram mais ontologistas que os médicos quando recusavam admitir a presença do Diabo nas bruxas se não encontravam o lugar de sua marca. Mais importante foi a progressiva recusa da identificação da doença com o Mal. Mas, mesmo aí, a evolução do pensamento medico é menos evidente do que parece.

Desde sempre viu-se tanto o aparecimento das epidemias como as doenças individuais como flagelos enviados pelos deuses para punir as faltas cometidas pelos homens. Canguilhem descreve assim este "maniqueísmo médico": "A saúde e a doença disputavam o Homem, como o Bem e o Mal o Mundo. É com muita satisfação intelectual que destacamos de uma história da medicina a seguinte passagem: 'Paracelso é um iluminado, Van Helmont um místico, Stahl um pietista. Todos os três inovam com gênio, mas sofrem a influência de seu meio e das tradições hereditárias. O que torna muito difícil a apreciação das doutrinas reformadoras desses três homens é a extrema dificuldade que sentimos quando queremos separar suas opiniões científicas e suas crenças religiosas... Não é muito seguro que Paracelso não tenha acreditado encontrar o elixir da vida; é certo que Van Helmont confundiu a saúde com a salvação e a doença com o pecado; e o próprio Stahl, apesar de sua força mental, usou mais do que o necessário, na exposição da verdadeira teoria médica, a crença no pecado original e na decadência do homem'. Mais do que o necessário!, diz o autor, precisamente grande admirador de Broussais, o inimigo jurado, no início do século XIX, de toda ontologia médica".' Um médico, mesmo antiontologista, deve mesmo assim acreditar um pouco no pecado original e na decadência do homem?

Empenharam-se em determinar a influência da época e das condições de vida sobre a saúde. Mareta mostra que cada século tem suas doenças específicas. Lanthenas9 fala dos pobres 'forçados a não criar família ou a procriar tristemente apenas seres fracos e infelizes". Quanto aos ricos, "no seio da opulência e entre os prazeres da vida, seu irascível orgulho, seus despeitos amargos, seus abusos e os excessos a que os leva o desprezo de todos os princípios os tornam presa de enfermidades de todo gênero; logo... sua face se enruga, seus cabelos embranquecem, as

doenças os destroem antes do tempo". Tissot nota igualmente que as doenças das pessoas simples são simples e que na medida que se progride na complexidade social "a saúde parece diminuir gradativamente"; as doenças se diversificam, seu número já é grande "na ordem superior dos burgueses... é o maior possível nas pessoas do mundo"."

Mesmo no que concerne à identificação da doença e do mal não se pode deixar de assinalar o quanto a época atual se desligou pouco de interpretações precipitadas, moralizadoras e culpabilizantes. Só os termos mudaram, mas não deixamos de falar de "doenças de civilização". A organização social contemporânea, as condições da civilização industrial, os ritmos de trabalho do operário e do patrão, a poluição e todas as perturbações da ecologia são responsáveis por um grande número de doenças. Não se chega até a dizer que os fracos meios da medicina não fazem senão compensar as doenças ocasionadas por uma sociedade louca e degenerada? Mesmo a própria medicina e responsável por um grande número de doenças, chamadas iatrogênicas! É sobretudo às doenças nervosas, desde a loucura até às desordens funcionais (que constituem o fundo da clientela dos médicos), que se liga o discurso sobre as doenças do século. Os homens que se querem racionalistas e cartesianos dirão de bom grado que a a neurose é a doença das mulheres que se aborrecem (sem se perguntar se não é a doença das mulheres que eles mesmos aborrecem). E são poucos os médicos que não se deixam levar a dizer que as doenças se complicam "na ordem superior dos intelectuais" (se não dos burgueses) e que são "as mais complicadas possíveis nas famílias médicas" (se não nas pessoas do mundo). Pois cada um sabe e diz que são os próprios médicos que têm as doenças mais desconcertantes, as mais resistentes aos tratamentos. Sem dúvida, essas desgraças são a justa punição daqueles que provaram demais os frutos da Árvore do Conhecimento do Bem e do Mal e que, conseqüentemente, não se deixam apanhar muito docilmente pela ordem do discurso médico!

A luta contra o Mal, fortemente enraizada na tradição médica, torna-se de bom grado luta política! Lanthenas revela: "A medicina será o que ela deve ser, o conhecimento do homem natural e social". O engajamento revolucionário vem substituir a ascese e a piedade que recomendavam os padres e que ainda hoje certas seitas místicas impõem. Alhures, as prescrições são mais surpreendentes e se colocam de acordo com a moda: da liberdade sexual, leiga e obrigatória, espera-se os mesmos efeitos que da instrução republicana. Espera-se da revolução proletária o que não deu a Revolução Industrial, da vida em comunidade o que não pode dar a vida em família. Isto é ninharia, e os revolucionários profissionais não se enganam, nem Marat, que qualificava Lanthenas de "pobre de espírito", nem Trotski, que aconselhava seus amigos a irem consultar médicos burgueses. A ideologia médica, levada a sério demais, sai do discurso médico. O engajamento da medicina na política nunca foi favorável, nem aos movimentos revolucionários, nem a medicina.

A recusa de toda ontologia da doença traduziu-se de forma interessante no século XIX por um neo-hipocratismo. Do mesmo modo que Hipócrates relacionava os "temperamentos" do homem com "as áreas, os lugares...", Broussais, lutando violentamente contra os nosologistas, via no equilíbrio entre o organismo e seu meio ambiente o segredo de seu bom funcionamento, da saúde. A origem de todas as doenças residia "no excesso ou deficiência de excitação dos diversos tecidos acima e abaixo do grau que constitui o estado normal". Os trabalhos de Claude Bernard sobre os distúrbios do metabolismo das glicoses se inscreviam nesta definição da doença. A fisiologia e a biologia vinham socorrer a medicina. Havia uma continuidade entre a fisiologia normal e a fisiologia patológica. O que não acontecia sem excessos: tudo se tornava uma questão de grau. Broussais e Lynch chegaram até a constituir uma escala de graus de evitação (de 0 a 80)! Abandonando a identificação das "espécies", a medicina deixava de ser qualitativa para tornar-se quantitativa.

Com isso, aparecia a noção de média, a possibilidade de definir a normalidade como correspondente ao que mais se aproxima desta média, cifrável nas diversas medidas biológicas. Mas esta, como desenvolve Canguilhem de maneira precisa, não é tampouco uma média estatística que coleta os resultados observados em um grande número de indivíduos. A média é a

que o próprio organismo define desenvolvendo mecanismos que asseguram a homeostasia, o retorno a um estado de equilíbrio específico, quando as circunstâncias exteriores (as que dependem do meio ambiente) o perturbaram. A noção de "normalidade" é assim substituída pela de que o organismo é "normativo", isto é, ele próprio constitui suas próprias normas e faz com que sejam respeitadas, pelo menos num meio determinado, já que certas circunstâncias (clima, esforço que tem de ser feito) são suscetíveis de modificar a norma ditada pelo organismo.

Isto não ocorre sem modificar muito sensivelmente a noção de normalidade e conseqüentemente a de morbidade. Referida a um único indivíduo, uma "anomalia" não é necessariamente uma doença.

Assim, existem certas anomalias crônicas que podem passar totalmente despercebidas e são compatíveis com uma perfeita adaptação do indivíduo ao seu meio. Outras anomalias (tais como a hemofilia) só aparecem como tais quando o sujeito é submetido a certos acidentes, tais como traumatismos que, sozinhos, revelam os distúrbios da coagulação sanguínea. Mas não se deve considerar como "normal" que o indivíduo possa se defender contra tais agressões do meio externo? Entretanto, outras anomalias, ainda, podem se revelar favoráveis à sobrevivência dos indivíduos em certas circunstâncias. A anemia faleiforme, por exemplo, produz uma resistência particularmente grande ao paludismo e privilegiou a sobrevivência dos indivíduos que a portavam em certas regiões pantanosas da Africa negra e na Bacia do Mediterrâneo. Ela só se tornou uma doença para os indivíduos que foram transplantados para regiões mais salubres, onde passaram a sofrer os inconvenientes da anomalia, sob forma de anemia, de dispnéia... Outras anomalias cromossômicas, tais como o mongolismo, só são reconhecíveis como tais em relação a uma norma correspondente ao patrimônio genético mais difundido.

A constituição de uma norma não pode portanto ser considerada em relação a um único indivíduo, e é preciso falar de doença referindo-se a uma norma que é a da espécie e não do indivíduo, o que é evidente sobretudo quando se trata da hemofilia ou da idiotia fenilpirúvica, quando o sujeito portador está destinado a ter uma existência marcada de sofrimentos físicos particulares em razão de sua anomalia. A meu ver, ainda é necessário ir mais longe que Canguilhem, pois a anomalia não pode ser julgada unicamente em função dos danos que ocasiona ao indivíduo na sua adaptação ao meio natural. Este seria um ponto de vista estritamente médico, exigindo dos outros indivíduos da mesma espécie (os outros homens) uma tolerância que manifestamente não tem (e que evidentemente não existe nas outras espécies animais). Bem ao contrário, é manifesto que toda anomalia visível acarreta manifestações de rejeição em relação ao indivíduo portador da anomalia (mesmo se ela assume apenas o aspecto de uma particularidade racial) ou, pelo menos, em relação à própria anomalia (a ação "terapêutica" sendo então sobretudo redutora quanto à anomalia). O médico que aspira à maior tolerância em r ilação às anomalias e anuncia um liberalismo de princípio nen por isso aceitará de bom grado que ele mesmo ou seus filhos se casem com sujeitos portadores de anomalia! Também o sujeito portador de uma anomalia, mesmo se esta só lhe acarreta inconvenientes menores em sua vida "natural" e quotidiana, terá de sofrer o ostracismo (pelo menos sexual) de que é o objeto, mesmo se este ostracismo seja revertido à forma de uma tolerância caridosa. Ser anormal é também não estar conforme à norma da espécie - ou pelo menos aos seus ideais.

É porque a doença, e mais geralmente tudo o que é anormal, não pode ser examinada apenas do ponto de vista do indivíduo que me parece necessário retomar uma controvérsia muito importante levantada por Leriche e retomada por Canguilhem: "Seja o exemplo de um homem cuja vida, sem nenhuma incidência patológica acusada por ele, foi interrompida por um assassinato ou um acidente. Segundo a teoria de Leriche, se uma autópsia para fins médico-legais revelasse um cancer do rim ignorado por seu portador já falecido, deveríamos concluir que é uma doença, ainda que não se encontre ninguém a quem atribuí

Ia, nem ao cadáver - já que não é mais capaz de ter doenças - nem retroativamente ao vivo, que não se preocupava com ela, tendo terminado sua vida antes do estágio evolutivo do cancer, no qual, segundo toda probabilidade clínica, as dores teriam enfim denunciado o mal. A doença

que nunca existiu na consciência do homem passa a existir na ciência do médico. Ora, pensamos que não existe nada na ciência que não tenha aparecido inicialmente na consciência, e em particular, no caso que nos ocupa, é o ponto de vista do doente que é, no fundo, o verdadeiro. Isto porque: médicos e cirurgiões tem uma informação clínica e, às vezes, também utilizam técnicas de laboratórios que lhes permitem saber que estão doentes pessoas que não se sentem doentes. É um fato. Mas um fato a ser interpretado. Ora, é unicamente por serem os herdeiros de uma cultura médica transmitida pelos clínicos de ontem que os clínicos de hoje podem ultrapassar e superar em perspicácia clínica seus clientes habituais ou ocasionais. Sempre houve um momento em que, no final das contas, a atenção do clínico foi chamada para certos sintomas, mesmo que unicamente objetivos, por homens que se queixavam de sofrer ou de não serem normais, isto é, idênticos a seu passado. Se hoje o conhecimento da doença pelo médico pode prevenir a experiência da doença pelo doente é porque, outrora, esta experiência suscitou, chamou o conhecimento. É, portanto, de direito, se não de fato, porque há homens que se sentem doentes, que existe uma medicina e não porque existem médicos que os homens tomam, através deles, conhecimento de suas doenças. A evolução histórica das relações entre o médico e o doente, na consulta clínica, não muda em nada a relação normal permanente entre o doente e a doença"."

A crítica de Canguilhem é perfeitamente irrefutável no que ela remete o médico à sua dívida para com o doente, e se não é à dívida que ele tem para com o doente do qual se ocupa, pelo menos à dívida que seus ancestrais contraíram anteriormente para com os doentes que vieram como solicitantes. Canguilhem não cessa de mostrar o que é a dívida de toda patologia e da biologia com relação à constante pressão do pedido dos doentes; eu já disse que não poderia senão dar meu acordo porque ela é historicamente verdadeira, e só pode nos incitar a fazer a crítica do mito da pesquisa pura e desinteressada, de que se atribui de bom grado o cientista, e mesmo o médico, apesar da evidência do que lhe ensina sua prática.

As tomadas de posição de Leriche tiveram, por sua vez, o imenso mérito de chamar a atenção do público médico para o fato de que o sofrimento existe independentemente de uma doença medicamente localizável, pois é verdade que, na ordem do discurso médico, o sofrimento é identificado à dor, e a dor é tomada como sintoma ou, melhor dizendo, sinal, indício. Ora, o sofrimento, diz ele, não é a mesma coisa que a doença, pois se ele pode ser um sinal, é um sinal enganador. "A dor não está no plano da natureza." Assim, a doença se define de outro modo. "A doença é o que incomoda os homens no exercício normal de sua vida" e "A saúde é a vida no silêncio dos órgãos". Esta tomada de posição muito clara de Leriche, contra uma iatrocracia que tende a negar ao doente o direito de se referir primeiramente ao que está sentindo, permitiu particularmente preconizar certas invenções médicas e cirúrgicas que, sem visar a obtenção da cura da "doença" no sentido médico do termo, não traziam menos um grande alívio físico aos interessados. Leriche foi assim levado a fazer uma distinção entre "A doença do médico" definível a partir de critérios médicos e "A doença do doente", a que é sentida como tal por ele.

Podemos, entretanto, perguntar se estas não são posições de princípio, destinadas a resolver uma dificuldade prática. Não deixa de ocorrer que, essencialmente, os médicos não se unem às idéias de Leriche. As intervenções paliativas e antiálgicas que são levados a praticar não são percebidas por eles senão como aspectos menores de sua profissão. Eles não admitem de bom grado que a fisiologia patológica é "um outro andamento de vida" e considerariam estar cometendo uma falta profissional se não fizessem tudo para restabelecer uma fisiologia "normal". Inversamente, aquele que acusa sofrimento e dor sem que nenhum diagnóstico possa ser estabelecido não é considerado como "um verdadeiro doente", e eles o classificam no saco onde se guarda de tudo da psiquiatria e da psicossomática, limitando-se a fornecer-lhes remédios sem importância, pois não tem meios de agir de outro modo.

O ponto de vista desenvolvido por Canguilhem traz também dificuldades, pois é patente que, de fato, o homem portador de um câncer de rim, no exemplo por ele citado, seria indiscutivelmente considerado como doente por qualquer médico, e não cabe opor-se "o ponto de vista do doente, que no fundo é o verdadeiro". Poderíamos retornar a Canguilhem sua argumentação,

perguntando-lhe o que pode ser o ponto de vista desse "doente" (é ele quem o nomeia assim), já que não há ninguém para sustentá-lo, nem o morto, que não pode, nem o interessado antes de sua morte, já que ninguém o interrogava sobre sua saúde. Finalmente, ao discurso médico sobre o câncer de rim não se opõe senão a ausência de qualquer discurso da parte do -doente-. Ora, não há muita dúvida que, se este tivesse sido informado, por exemplo, na ocasião de um exame médico sistemático, como se pratica normalmente hoje, o interessado teria se unido à opinião médica. ` Como Canguilhem, Leriche escreve: "Impõe-se a noção de que a doença do homem doente não é a doença anatômica do médico. Uma pedra numa vesícula biliar atrófica pode não demonstrar sintomas durante anos e, conseqüentemente, não criar doença, ao passo que existe estado de anatomia patológica (...). Sob as mesmas aparências anatômicas, se é ou não doente (...). Não se deve mais escamotear a dificuldade simplesmente dizendo que existem formas silenciosas e larvares de doenças: isto é apenas verbalismo. A lesão talvez não baste para fazer a doença clínica, a doença do doente. Esta é uma coisa muito diferente da doença do anatomopatologista".

Parece-me que, ao contrário, tanto o ponto de vista de Leriche como o de Canguilhem são artificiais, pois supõem que o médico teria uma informação sobre o doente sem que este último fosse examinado por ele e, mesmo se isto fosse possível, ainda seria necessário que o médico se acreditasse desobrigado de informar o doente. Pois, afinal, resta avaliar se um cálculo vesicular indolor, uma apendicite crônica não correm o risco de se agravar um dia e longe de qualquer possibilidade de socorro médico. É certo que nesse caso o "doente" estaria no direito de reprochar o médico por não o haver alertado. Aliás, é notável que os interessados, na prática, sempre se unem ao ponto de vista do médico e aceitam submeter-se aos exames e tratamentos propostos, comportando-se quase como se a doença lhes causasse um incômodo efetivo. Aliás, não aceitam, eles mesmos, esses tratamentos puramente preventivos que são as vacinas? O que, no fundo, é mais notável é que não há ponto de vista do doente, desde que o médico se pronuncia. Ademais, é uma recusa da opinião médica que se acha então impedida em relação à competência do médico ou em relação a toda a medicina, mas isso é praticamente independente dos sofrimentos subjetivos experimentados pelo interessado.

E a noção de consciência mórbida que deve ser colocada em questão, e esta não pode ser considerada independentemente da evolução do discurso médico. Canguilhem escreve e sublinha: "Não Sã nada na ciência que não tenha primeiro aparecido na consciência-." Mas esta consciência evolui com o progresso da ciência. Se é verdade que o próprio pedido do doente é que é, num sentido, o primeiro, ainda assim é preciso acrescentar que o pedido só pode existir e se formular em função da esperança que tem o doente de que alguém saiba mais que ele próprio e possa ajudá-lo. O que é primeiro é sem dúvida o sofrimento do doente, mas não seu pedido, que supõe a existência de um saber médico, por mais embrionário que seja. De resto, o pedido ao médico pode ser feito ou suscitado por um amigo, um parente (sobretudo para as crianças), e mesmo pelos poderes públicos. Que a doença permanece essencialmente sob a responsabilidade daquele que é seu portador, é uma constatação de simples bom senso, mas da qual, por esta razão, se deve desconfiar. Ela não indica nada além do fato de que o doente está afetado por aquilo que lhe acontece. A afirmação de que o doente permanece livre para se deixar ou não examinar, para aceitar ou não um tratamento, não ultrapassa a afirmação de um princípio. Esta liberdade não se exerce de fato a não ser nas circunstâncias em que o saber médico permanece muito incerto. O discurso médico visa essencialmente despossuir o doente de sua doença e, se possível, livrá-lo dela.

Foi sempre em vão que a medicina tentou, por excelentes razões, filosóficas ou humanitárias, dissociar-se de uma ontologia da doença. Alguns médicos tentaram separar as "doenças necessárias" das "doenças acidentais" (Renault). Outros falaram de "doenças de ligação" que protegem os velhos. A medicina homeopática deu grande importância a essas tendências mórbidas que acompanham um homem durante toda sua vida.

Mas tudo isso permanece marginal em relação ao discurso médico e não modifica seu curso.

No século XIX, o combate antiontológico e antinosológico foi mais obra dos biólogos e filósofos que dos médicos. Laênnec permaneceu sob a influência de Pinel. E Broussais, se foi seduzido por C. Bernard e A. Conte, atraiu a hostilidade do corpo médico. Sem dúvida, as noções de "simpatia" e "irritação" não tinham muito eco nos meios médicos, mas era sobretudo sua luta contra toda classificação que ia contra a tradição médica. Recentemente, Mondor 13 tratava Broussais de "médico bêbado de picadeiro (...), vaidoso e charlatão barulhento (...) suas astúcias, sua impudência, sua verbosa combatividade, seus erros declamatórios (...) sua arrogância de ilusionista". M. Foucault,14 que relata esses pronunciamentos, diz de Mondor: "O imprudente não tinha lido os textos, nem compreendido bem as coisas". Não estou tão seguro disso: os ataques de que Broussais foi objeto por parte dos médicos se devem ao fato de que a medicina não consente de bom grado em se deixar despossuir de seu objeto. Os estudos sobre o homem permanecem marginais em relação à medicina. Esta não é uma antropologia, mesmo materialista. As medicinas não-ocidentais e a nossa até o século XVIII puderam se desenvolver dentro de uma ignorância quase total do corpo humano. Nem por isso se pode negar sua cientificidade ou sua eficácia.

Mesmo hoje, o retorno ao conceito de doença é inevitável. Qualquer que seja o interesse de estudo das modificações quantitativas que possam sofrer as constantes biológicas, a doença permanece um fato qualitativo. Ela é a testemunha de que o organismo não é mais capaz, pelo menos temporariamente, de assegurar a manutenção de suas constantes biológicas e este é o fato que justifica a intervenção médica, postulando que o saber médico é capaz de assegurar o que o organismo não sabe mais fazer. A relação médico-doente se funda sobre tal constatação. Esta ultrapassa a apreciação subjetiva pelo interessado de seu estado de saúde. Como a maioria dos órgãos habitualmente só funciona em 1/4 ou 1/8 de suas possibilidades, uma doença pode permanecer despercebida durante um tempo muito longo.O organismo não deixa de já estar menos incapaz de assegurar sua luta contra a doença (agressão microbiana - tumor) que se desenvolve.

É emitir um "juizo de valor", como escreve Henri Ey, decidir se alguém está doente ou com boa saúde, normal ou anormal. E, nesse tribunal, o único juiz definitivamente reconhecido é o médico, sendo qualquer outra pessoa a priori suspeita de incompetência e mais ainda de parcialidade, sobretudo o doente que não pode ser ao mesmo tempo juiz e parte. A ordem médica é da alçada da ciência, mas é também, e antes de mais nada, uma ordem jurídica. É ela que decide sobre os casos e as intervenções necessárias, como também decreta de um não-lugar quando escuta aqueles que sofrem, mesmo se sofrem somente de não serem reconhecidos como doentes. Constituindo a doença como uma entidade, o médico despossui dela o doente para faze-la entrar em seu campo próprio. É assim que devemos compreender a frase de Leriche: "Se se quer definir a doença, é preciso desumanizá-la".

9
Saber – segredo - sagrado
sujeito suposto saber

Em Táxila, na Índia, o ensino da medicina é o da "sabedoria da vida". Que existe uma sabedoria da vida, é do que não se poderia duvidar, já que a vida assegura sua continuidade, já que o instinto é primeiro um saber que permite ao indivíduo assegurar sua própria conservação, à espécie, sua perpetuação: saber preciso decifrado pelos biólogos e que justifica os comportamentos complexos observados em certas espécies animais e vegetais. Saber entretanto duvidoso, porque sempre são as soluções mais favoráveis para a sobrevivência da espécie que são retidas contra as melhores soluções para o indivíduo; e mesmo esse saber é induzido ao erro, já que as próprias espécies animais ou vegetais podem desaparecer no curso da evolução. A ordem à qual obedece a natureza nos é desconhecida e pode apenas ser suposta. O respeito da ordem natural supõe que se aceite o desaparecimento do indivíduo, e mesmo da espécie, numa interpretação religiosa e cosmogônica do mundo onde uma teoria da reencarnação, em particular, faz o indivíduo aceitar seu desaparecimento. Eis aí, sem dúvida, considerações respeitáveis, mas que estão ligadas a uma filosofia que nos é fundamentalmente estranha.

A medicina ocidental, ao contrário, é decididamente humanista e impõe a preservação da sobrevivência do indivíduo à custa do resto do mundo e, mesmo, à custa da espécie. O custo crescente das prestações chamadas sociais, por exemplo, não deixa de nos mostrar que esse "à custa da espécie" se exprime efetivamente em termos,de custos. A opção é clara e é um desafio à ordem "natural" no que assegura a sobrevivência e a reprodução de indivíduos que a seleção natural teria impiedosamente eliminado, devido a taras e inaptidão a se adaptar. Biólogos e geneticistas não deixaram de se alarmar, sem por isso poder deixar de continuar a trabalhar num sentido antisseletivo, sob pena de preconizar uma utilização racista de sua ciência, que justificaria em particular a eliminação física ou pelo menos a esterilização dos indivíduos não conformes ao ideal da raça.

O saber médico não está inocente de opções políticas que não dizem respeito apenas ao futuro de uma nação, mas ao da humanidade. Não parece possível dissociar seu desenvolvimento e seu impulso daquele do humanismo helênico inicialmente e de sua retomada na época do Renascimento. O saber médico está a serviço de um certo humanismo, ao mesmo tempo que é um de seus elementos constitutivos. A "cientificidade", a objetividade do médico dá uma olhada no indivíduo, definindo-o como normal ou anormal, e impõe uma opção: assegurar a qualquer preço a sobrevivência do indivíduo ou a eliminação daqueles que a medicina pode selecionar em função dos critérios que ela constitui.

A dramatização que certos fatos nacionais e internacionais, tal como o fascismo, impuseram não basta para demonstrar que a humanidade tenha feito sua escolha e resolvido os problemas que os progressos da medicina permitem apenas que comecem a ser colocados. Os efeitos do discurso médico só são sensíveis a partir de uma época muito recente, o problema não é menos colocado desde que o discurso médico existe. Pouco suspeito de complacência em relação à religião, Hipócrates já dizia que os médicos são "homens sagrados", e nossos contemporâneos também consideram de bom grado a medicina como um "sacerdócio", apesar da pouca ascese de fato que requer o exercício desta profissão. Com efeito, é porque o saber médico só existe e se suporta por um discurso que ele não pode reivindicar a inocência da pura

objetividade científica e ordena a relação de um homem (o médico enquanto funcionário do discurso médico) com um outro homem, o doente. As tomadas de posição decorrentes disso nada têm a ver com um saber natural, uma "sabedoria da vida". Elas instituem uma outra ordem de coisas que se assemelha ao que institui uma ordem religiosa.

O saber médico funciona no desconhecimento do discurso que o constitui: "As hipóteses passam, a observação permanece: uma olhadela lançada sobre nossa arte representa-a para nós como uma imensa coluna que se eleva no meio dos séculos, de um lado, sobre a base sempre intata dos fatos observados, de outro, no meio das esparsas ruínas das opiniões humanas..."' Esta representação pomposa e ingenuamente fálica do bem comum dos médicos constitui, na mais pura tradição médica, o dom da observação como a virtude por excelência do médico; e se torna desdenhosa em relação às opiniões humanas mesmo médicas, isto é, essencialmente: as teorias. O corpo do saber só deve ser considerado em si mesmo, independentemente do que o tornou necessário e simplesmente possível. Somente sua coerência o justifica e seu alcance significante sobre as relações humanas é uma incidência segunda, para não dizer secundária. Paralelamente, o que produziu esse saber é ignorado, ou pelo menos não constitui objeto de nenhum estudo científico. A explicação pelo dom da observação, o gênio dos grandes médicos põem fim a qualquer outra avaliação do processo da descoberta. No fundo, esta explicação, que não é uma, mas facilmente aceitável porque lisonjeira para os médicos, se satisfaz com um pragmatismo que não é um bom terreno para a teoria, reduzindo-a ao papel de suporte contingente e ideológico do pensamento. A medicina, como a ciência em geral, não está longe de pensar que seu progresso é devido a uma sucessão de tentativas e erros, sendo o mérito do corpo docente ter retido, gravado, transmitido somente os êxitos às gerações seguintes.

Com isso, o saber capitalizado pelo corpo médico é um saber universitário e se glorifica por não ser o apanágio de um único homem. Assim, longe de visar formar médicos possuidores de todo o saber médico, os estudos médicos visam impor uma justa relação com o saber. Uma pesquisa recente' indicava que 92% dos médicos e 91% dos estudantes de medicina estimam que os estudos os preparam insuficientemente para o exercício de sua profissão: o que praticamente significa 100%, se levarmos em conta o fato de que alguns médicos são muito estritamente especializados, outros pouco exigentes, outros ainda presunçosos. E, apressadamente, conclui-se disso que os estudos médicos são mal concebidos, muito centrados nas "ciências fundamentais", de pouca utilidade na prática. Os estudos médicos não devem, entretanto, ser criticados sob esse ponto de vista, pois seria desconhecer que eles tem um objetivo muito diferente do de formar "bons" clínicos. Eles visam primeiramente inculcar uma certa idéia sobre o saber médico. O mais importante é ensinar aos médicos que eles não podem saber tudo e distanciá-los do saber pragmático, do saber empírico e savoir faire, que poderiam se impor no lugar de um verdadeiro saber. É preciso, portanto, que o estudante, sobretudo, aprenda que o saber médico está em lugar diferente do que ele pôde reter. Ele também aprenderá que seus depositários são outros. G. Duhamel' pôde escrever: "Filho de médico, médico eu mesmo, pai e tio de médicos, tenho o direito e o dever de me perguntar, certas horas, o que devo à medicina... Ela, inicialmente, inspirou-me o sentido da subordinação, o respeito pelo mestre e pela justa hierarquia. O ensino da medicina, na França, ainda é regido por veneráveis e sábios costumes. Na escola e no hospital é dado sob a direção de homens experimentados que manifestaram suas virtudes ao longo de numerosas provas e que mantêm com seus alunos relações pessoais freqüentes, prolongadas. Chamamo-los ainda de `patronos'. O estudante não os chama mundanamente de `meu caro mestre'; ele diz simplesmente `Senhor' [Monsieur], mas pronuncia essa simples palavra de uma maneira que não conseguiria enganar ninguém...".

Cometeríamos um erro ao ler nesse texto, que deveria figurar numa antologia da ideologia médica, apenas a glorificação da estrutura feudal da hierarquia que reina no corpo médico. Pois não basta denunciar os "erros" dos estudos médicos, o paternalismo daqueles que chamamos justamente de titulares em relação aos simples clínicos. É da relação de cada médico com o saber médico que se trata. Da mesma maneira que o doente está na posição "daquele que não sabe"

diante de alguém que é o representante e o funcionário do saber, cada médico tem acima dele um sujeito suposto saber mais do que ele próprio. Digamos exatamente "suposto", pois a hierarquia não tem limite para cima e sempre há um médico (se possível estrangeiro), uma publicação passada ou a sair, que terá o saber onde deve poder se inscrever o desconhecido da doença. Com isso, a angústia de que toda doença é portadora é redutível a uma falta de saber, falta que as equipes de pesquisa tendem a preencher. Ao corpo do doente, que não garante mais sua coerência própria, sua normatividade, opõe-se um corpo de saber, cuja coerência é fornecida pela cientificidade, e esse corpo de saber é ele próprio o bem de um corpo médico não-dissociável em cada um de seus elementos.

Cada médico particular é apenas um dos representantes do saber médico; ele é seu funcionário, já que sua função é interpretá-lo e aplicá-lo. O ideal da relação médico-doente comporta tanto o anonimato do médico quanto o do doente. O médico pode se deixar substituir, mesmo no que se convencionou chamar ainda de prática liberal. E no hospital fica particularmente claro que o doente não escolhe seu médico, que um sucede o outro em função dos horários e plantões de cada um. Se a sensibilidade do doente sofre com isso, é um outro assunto, e sem dúvida tenta-se às vezes ficar alerta para isso. Mas não vem à idéia do corpo médico que, muito pelo contrário, o trabalho propriamente médico padece disso, já que esta presença de fato de vários médicos só pode paliar os erros e carências eventuais de um ou outro dentre eles. Cada vez mais, o doente trata-se seja com um consultório de grupo, seja com uma equipe de médicos que se consultam e se enviam, um para o outro, os doentes em função de suas especialidades, e, quando é hospitalizado, vai para um "serviço" que sem dúvida tem o nome de um "titular" que, provavelmente, o doente jamais verá e terá de se tratar com um grupo de médicos, assistentes, internos, externos que delegam e entremisturam suas responsabilidades, um assinando o que o outro prescreveu em função de exames praticados por um terceiro, um quarto etc.

Definitivamente, constitui-se cada vez mais o mito de um corpo de saber que poderia e deveria estar reunido num computador que tenha capitalizado todo o saber (o que não poderíamos esperar de nenhuma memória humana), mito às vezes expressamente enunciado. O médico desempenharia aí o papel do criado que traz as informações para a máquina, e sem dúvida asseguraria também o papel de public relations da máquina. Que esse sonho, que pode igualmente ser considerado como um pesadelo, possa se materializar em parte num futuro próximo, isto não deve nos impedir de considerá-lo como um mito.

O mito é aquele de um "saber tudo", de um "saber absoluto", que permitiria o acesso a um saber total sobre o corpo doente. Mito bastante pregnante para que os médicos, que participam desse mito geral da ciência, deixem de se interrogar sobre o que constitui esse saber e sobre sua metodologia. Limitando-se a fazer a contabilidade do saber acumulado, é à sua finalidade (o saber absoluto) que a medicina se refere; ela dá uma interpretação teleológica de sua constituição progressiva. E, assim, não há propriamente falando uma história da medicina, e os médicos são mais levados a falar da "evolução" e do "progresso" de sua ciência e de sua arte. Eles admitem seus aspectos anedóticos, pitorescos, mas estes são sempre contingentes em relação a esse resultado final que é um saber totalizador em direção ao qual eles não duvidam que tendem as pesquisas empreendidas aqui e ali; tateantes e erráticas outrora e nas culturas não-ocidentais, coerentes e organizadas de alguns séculos para cá, em relação com a conclusão da supremacia da ciência. "O tempo", como observa justamente Dominique Lecourt,s "não tem nada a fazer na questão. Ou melhor: o tempo só pode intervir sob a forma do atraso e da antecipação. A história da ciência não é senão um desenvolvimento, no máximo uma evolução que leva o conhecimento do erro à verdade; onde todas se medem pela última que apareceu".

Considerando que, afinal, não há outra referência a não ser esse saber absoluto e totalizador, que todo conhecimento médico só deve ser avaliado na medida de sua coerência com o discurso médico, a medicina se fecha sobre si mesma num positivismo tanto mais rigoroso quanto negligencia mesmo enunciá-lo em termos filosóficos. Quando se submete à crítica é somente à crítica interna, e só admite os elementos estranhos reduzindo-os ao que não rompe sua

lógica própria. Imagina-se facilmente o que esta exigência necessitou no decorrer dos séculos de ignorância sistemática dos saberes parciais, remédios caseiros e de curandeiros, de charlatães e feiticeiras, medicinas estranhas ou exóticas, cujas experiências e receitas, após terem suscitado um movimento de curiosidade, foram finalmente rejeitadas como sendo diabruras, bruxarias, práticas mágicas ou supersticiosas. A medicina só se interessa novamente por isso, e muito pouco, em virtude da convicção adquirida de que tudo isso é integrável numa ciencia que atingiu uma maturidade suficiente para poder explicar tudo. E sem dúvida espera-se ver a "erva" utilizada empiricamente conceder seu alcalóide à ciência; mas se ela não o contiver, vamos nos fiar nos testemunhos de seus utilizadores? A segurança com que se explica a acupuntura com terminologia dos arcos reflexos, teoria sempre apreciada para a circunstância, ignora deliberadamente que a medicina chinesa se fundamenta na oposição de um princípio masculino e de um princípio feminino, e que ela sempre se desinteressou pela anatomia e por qualquer localização precisa para a aplicação das agulhas. Mas não se chegou até a justificar a medicina "coprológica" da antiguidade egípcia por um conhecimento intuitivo da ação dos antibióticos presentes nos excrementos! Esta recuperação de receitas e de práticas, sem dúvida alguma mais complexas, no que delas pode compreender a medicina contemporânea, dá testemunho, sobretudo, do desinteresse dos médicos em relação a tentativas originais.

Sobre o que foi perdido, ignorado pela medicina contemporânea, haveria muito a dizer, ou antes a enumerar, e os médicos certamente não deixam de observar em numerosas circunstâncias que alguma coisa lhes escapa no que diz respeito à relação entre a evolução das doenças, seu aparecimento e mesmo seu desaparecimento, e o que eles podem apenas situar no quadro confuso da "moral", no quarto de despejo do "fator psíquico". Mas aqui reside o que não é integrável num projeto propriamente científico no qual o saber se identifica com o saber do previsível. Sobre o que diz respeito ao desejo e ao gozo, não há nenhuma possibilidade de um saber totalizador, nenhuma dominação possível, e nada pode ser dito nos termos de um discurso médico no qual o saber é indissociável do poder que ele confere. Do mesmo modo, a medicina permanece radicalmente ignorante não somente da sexualidade, como se disse muitas vezes, mas também da morte enquanto tal (limitando-se a conhecer apenas as vias de acesso a ela) e das funções vitais essenciais (nutrição, respiração, motricidade...) na medida em que são fonte de gozo e sofrimento, e, por isto, significantes. Assim, o saber médico é notável tanto pelo que ele desconstitui quanto pelo que instaura.

O apagamento da dimensão subjetiva do sofrimento em proveito da dimensão objetiva do saber institui uma sacralização. Não se oferecem mais sofrimentos ao Senhor, mas à ciência. No momento em que o corpo, desmantelado em sua aptidão para assegurar sua defesa, para ser um objeto de gozo para si próprio e para o outro, ainda pode sobreviver algum tempo como constituído na linguagem médica, como constituinte de seu discurso pelo que é suscetível de ser matéria de ensino. O camponês, a quem repugnava recorrer ao medico quando estava doente, apelava para ele no momento que a morte se tornava certa. Ainda hoje pode-se deixar uma doença sem cuidados, mas não se morre sem o "socorro médico". Presença ritual e atos rituais. Diante daquele que vai morrer há sempre alguns gestos que resta cumprir, mesmo se ninguém, nem o interessado, nem a família, nem o corpo médico, acredite em sua eficácia. Não se consente em baixar os braços, fazer a confissão de uma impotência, de uma derrota. Já que é preciso morrer, melhor morrer na ordem. Se não é verdade que com os médicos "o doente morre curado", por outro lado é verdade que, quando ele morre na ordem, a Ordem médica, quando se sabe o que o matou, alguma coisa foi ganha sobre a morte: um ponto foi marcado para as futuras lutas da humanidade contra o destino. Fica-se estupefato com a docilidade com que os moribundos e as famílias dos moribundos, particularmente de crianças fadadas à morte, aceitam que se prolongue seus sofrimentos. Alguma coisa se reata com o sacrifício humano que nossas religiões reprovam. A sacralização do sofrimento e da morte os inscreve na simbólica do discurso médico e a transcende. Que os médicos se defendam disso sustentando que nada deve ser feito em nome da ciência que seja em detrimento do doente, não muda em nada o problema. A prática quotidiana

(pelo menos da recusa da eutanásia, sob o pretexto da lei sobre a recusa de assistência à pessoa em perigo de morte, ou mesmo invocando as incertezas do saber médico) realiza a sacralização da doença que constitui sua inscrição tão precisa quanto possível no discurso médico. Implacavelmente, salvo exceções que passam por transgressões. De resto, por que se ofender com isso quando se espera da mesma forma sacrifícios individuais pela causa da pátria ou pela causa revolucionária? O sacrifício pessoal pela causa da ciência é tão mais fácil de obter quanto é pedido a alguém que se acredite perdido de qualquer maneira.

Esta função sacralizante, a medicina não a deve somente às suas origens. Os Asclepíades eram ainda templos onde a divindade era implorada; já eram hospitais. Mas o hospital tornou-se o templo moderno, o da ciência. Aí se vai para nascer, para sofrer e para morrer. É verdade que ninguém se priva de contestar a medicina, e mesmo o princípio de toda medicina. Ivan Illich,b entre outros, empenhou-se nisso com força e talento. Mas o que importa, já que, chegada a hora, isto é, diante da morte, a doença... ou mesmo diante de uma parasitose bem banal ou uma enxaqueca, quem resistiria a se servir do saber médico quando ele é manifestamente ativo? Pode-se então ponderar que as tomadas de posição mais vigorosas se curvam quando nos confrontamos com as realidades da doença. A que levam as refutações mais vigorosas, se não a aconselhar um pouco de prudência... isto é, a aderir ao velho adágio médico, Primum non nocere? A incredulidade tem pouco peso no momento em que se acaba realizando os ritos. Sua observância constitui o alívio e a salvação decorre disso. A força de tomar água benta (à venda nas farmácias), a fé acaba por vir. A medicina realiza milagres suficientes para que deles se possa duvidar. Entretanto, é muito erroneamente que se acredita que o principal argumento em favor da medicina depende de seus sucessos patentes dos quais se diz de bom grado que datam de alguns decênios apenas. É a promessa do sucesso, que é promessa de um "mais gozar", que constitui a justificativa da medicina, promessa que não diz respeito unicamente ao indivíduo, mas a toda a humanidade nas gerações futuras. Todo um futuro nos é prometido no qual o homem, entre suas permanências no hospital (inevitável, já que ele aí terá pelo menos seu nascimento e sua morte), será sistematicamente examinado, radiografado, verificado, provido de regimes e tratamentos preventivos que lhe assegurarão a segurança, segurança individual e social. A felicidade é previsível nesse universo sem riscos. A própria sexualidade deverá se inscrever aí. Empenha-se nisso. O Relatório Kinsey e o Relatório Simon constituem as bases "científicas" dos monumentos de pedantismo que preparamos para nossa "higiene" sexual. Se existem espíritos desgostosos para se ofender com isso, não estarão eles um pouco doentes (mentais)? Para eles são reservados os méritos da psicoterapia. Não era já com o nome de "psicoterapia" que a Grécia cristã chamava a ação de converter os pagãos?

A medicina faz milagres. Mas desconfia deles. Da mesma forma a Igreja recusa os seus quando não tem significação espiritual, pois são suspeitos de ser obra da heresia ou da ação do diabo. Os milagres da medicina também são sempre suspeitos de ser obra da vil sugestão quando não são interpretáveis em sua ordem, ou mesmo quando dependem de uma compreensão vulgar demais. Por isso os empiristas, charlatães, curandeiros, cirurgiões-barbeiros, todos aqueles que podem ser julgados a partir de evidências sempre constituíram uma casta à parte no meio médico, uma casta desprezada. Encontra-se uma distinção análoga em quase todas as medicinas; havia os verdadeiros médicos, na maioria das vezes padres, que possuíam o saber verdadeiro, esotérico, freqüentemente religioso ou mágico, o Xabu (Egito), o Asijutu (Babilônia), o Won (China), o Echuri (Incas), o Simana (Tarascos), o Tetlamicailique (Natuati). E, por outro lado, os curandeiros clínicos, o Swan (Egito), o Asutu (Babilônia), o Yi (China), o Sincoyoc (México), o Xerhica (Tarascos), o Ahmen (Maias), o Ticil (Astecas).'

O esoterismo e o caráter religioso do saber médico são constantemente afirmados. Os médicos devem preservá-los, pois "eles recebem dos deuses os princípios que nos transmitiram". A prestação do juramento, por mais curiosa que seja esta prática em nossa sociedade, continua sendo exigida para a prática da medicina. O juramento diz explicitamente: "Colocarei meu mestre de medicina no mesmo nível que os autores de meus dias, partilharei com ele o que tiver e,

eventualmente, proverei suas necessidades; considerarei seus filhos como irmãos e se eles desejarem aprender a medicina eu a ensinarei a eles, sem salário nem compromisso. Participarei os preceitos, as lições orais e o resto do ensino aos meus filhos, aos de meu mestre, e aos discípulos ligados por um compromisso e um juramento segundo a lei médica, mas a nenhum outro".' O modo de funcionamento e recrutamento dos médicos quase não se modificou desde milênios. O nepotismo continua a reinar amplamente nos serviços hospitalares. Existem famílias médicas, de pai para filho e sobrinhos, quando não para genros. Há sobretudo a grande família médica. Num serviço, o titular, o "patrono", bem merece esse nome. Ele é paternal, assegura perspectivas de carreira e prebendas a seus protegidos, freqüentemente não sem razões, pois não é a seleção operada pela faculdade e pelos concursos hospitalares que é muito convincente.

A proteção do segredo é corolário da colocação do saber. Se há segredo é porque há saber, e saber efetivo. Só se esconde o que é precioso e possui um poder. Necessidade muito evidente na época em que o saber médico era pequeno. Quando Hipócrates diz desse saber: 'É proibido divulgá-lo ao profano", suspeitasse de que uma intenção puramente incorporadora podia incitar a não revelar demais o pouco de substância de um saber ainda embrionário. E quando este mesmo autor, tão apto a dar uma rica descrição clínica num curto aforismo, consagra um longo capítulo à preparação das decocções de cevada, vilipendiando as de seus confrades que preconizam outros métodos, não conseguimos nos convencer de que o pai da medicina tivesse encontrado o remédio' soberano contra as febres, mas, antes, que procurava obter o consenso do corpo médico em torno de uma terapêutica duvidosa. A receita, que aqui é de cozinha, levanta problemas que evocam mais a cozinha interna de um corpo constituído, mal constituído, do que a discussão científica. Tratava-se, sem dúvida, mais de se colocar em acordo sobre uma política comum do que estudar a legitimidade de um procedimento.

Nossas querelas científicas contemporâneas são provavelmente mais sérias, mas não é menos verdade que a aridez de uma linguagem técnica preserva o corpo médico da crítica de um público que não tem menos o sentimento de que as tomadas de posição do médico estão na dependência, muitas vezes, da moda em vigor. A leitura das teorias médicas favoráveis, alternadamente, é de um ponto de vista edificante e nos deixa perplexos sobre as garantias que podemos ter no que diz respeito ao que nos é apresentado como sólida e definitivamente adquirido. Mas o segredo, sempre, é justificado pela afirmação de que o profano não poderia ter acesso aos arcanos de uma disciplina a cada dia mais complexa.

No entanto, é certo que a proteção do saber médico não tem como função essencial protege-lo das críticas que poderiam levantar suas incertezas e seus fracassos. Trata-se sobretudo de proteger o famoso olhar médico. Para ver, o olho não deve ser visto. Para legiferar, a ordem médica não deve ser submetida a nenhuma lei que lhe seja estranha. Não há saber sobre o que só se refere a um saber totalizador e absoluto, postulado por uma ideologia positivista.

O que a medicina não pode enunciar é o que distingue radicalmente seu saber próprio do que se poderia chamar de saber do instinto, ou antes - para evitar o que o termo instinto pode recobrir de incerto, até de místico - saber do qual o organismo é portador e que lhe permite assegurar sua conservação e sua reprodução. Saber muito seguro e complexo, mesmo se pode ser apanhado em erro ou extraviado; ele é sem dúvida alguma transmitido hereditariamente e não se reduz a uma aquisição por aprendizagem; ele também não é redutível ao saber das coisas, aquele que faz com que uma molécula reconheça a -molécula com a qual vai se combinar. O saber do instinto implica ele próprio que uma seleção se opere e que apenas seja retido um saber compatível com a sobrevivência da espécie, e, por isso mesmo, assegurando-a. Os trabalhos dos biólogos 10 mostraram a existência desse saber. A genética pode ser considerada no essencial como o estudo da transmissão da informação necessária para a constituição do animal (ou do homem) adulto, tanto no plano morfológico quanto no de suas possibilidades de adaptação e de reprodução - o que é, repitamos, um saber muito complexo. Sabe-se que esta transmissão pode ser defeituosa, ocasionando mutações e anomalias genéticas.

Esse saber, de qualquer forma, não é identificável ao saber científico, médico em

particular, e todo raciocínio por analogia só poderia ser enganador. O saber científico não tem suporte genético. Não tem outro suporte senão o da linguagem. Por esta razão ele obedece suas regras. Pelo menos pode-se dizer que ele está contido no enunciado do discurso científico, sem que se possa mesmo inferir daí que seu enunciador o saiba: o copista, o recitador podem transmitir o que eles próprios não sabem. O sonho diz o que o sonhador não sabe ou ainda não sabe. O poeta, o cientista, o filósofo não sabem todo o alcance do que enunciam. Toda formulação, e sem dúvida mais que qualquer outra uma formulação matemática, se especifica pelo que suas implicações e aplicações são múltiplas em razão da intertrocabilidade dos elementos que a constituem.

Desse modo, a questão do saber de que um texto é portador não é redutível ao saber daquele que o enuncia. A experiência da psicanálise, que é uma experiência do discurso, é daquelas em que se revela com a maior evidência que se diz mais do que se sabe, e que é num segundo tempo que se descobre assim o que se sabe. Apercebemo-nos de que "achamos" (no sentido em que o achado é o "tropo", a figura de estilo) uma resposta (não forçosamente exata) para uma questão que não nos havíamos colocado. A questão do sujeito desliza do sujeito enunciador do discurso ao sujeito que está contido no próprio discurso.

O enunciador do discurso não é menos suposto saber o que diz, e isto mais ainda por aquele que o escuta que por aquele que o pronuncia; donde a hierarquia do saber particularmente sensível em medicina. O doente supõe que o médico sabe mais que ele (seu organismo), o médico supõe que o especialista, o patrono, sabe mais que ele, e o patrono supõe que em algum lugar (no futuro) existirá um saber totalizador. O que é constituinte desta hierarquia é o "não-saber" do organismo diante de sua "doença"; e o médico se acha promovido ao papel de "sujeito suposto saber" por este fato. O médico é primeiramente "médico apesar de si mesmo", elevado a este posto insustentável por uma exigência que não é a sua própria, se bem que partilhe dela, que é a de uma sociedade que experimentou nos jogos da linguagem a possibilidade de exercer um domínio sobre um real cuja essência permanece, entretanto, inacessível.

O que Lacan chamou de "a função sacra" do médico está ligado a esse poder do discurso, poder de constituir um corpus que não é somente de saber, por onde alguma coisa se propõe e mesmo se impõe para quem a ele tem acesso. Os psicanalistas não deveriam esquecer que é neste lugar, constituído por gerações de médicos, que eles são de salda colocados por seus pacientes, qualquer que seja o desejo que estes possam afirmar quanto à recusa de uma medicalização daquilo sobre o que acabam de falar. Pois trata-se sempre de encontrar o que a ordem do discurso (de todo discurso) permite modificar no próprio destino deles.

10
"O ser" em sofrimento.
O doente

O que o doente não pede ao medico é que o cure: porque isto é evidente, porque a convenção implícita da consulta médica e de que o consultante está doente e espera do médico não mais estar. Convenção da qual se pode duvidar que seja efetivamente respeitada quando o consultante tem interesse em ser reconhecido como doente, em particular para escapar e obrigações militares ou profissionais, ou para obter alguma indenização após uma doença ou um acidente causado por terceiros. Os médicos tem repugnância a se prestar a tal medicina. Não porque os obrigue a suspeitar da veracidade dos propósitos de seu consultante - eles suspeitam de qualquer maneira -, mas porque a convenção implícita do pedido de cura é colocada em causa. A prática liberal da medicina supostamente assegura ao médico que é de cura que o doente é inicialmente, senão unicamente, solicitador. É por isso que, bem mais que o público, o corpo médico está ligado a uma prática dita liberal, porque unicamente ela constitui este fundamento ideológico da medicina que é o dever de curar.

Entretanto, tudo não é tão simples assim. Leriche falou de uma "doença do doente" caracterizada pela dor que ele sente. Seria melhor dizer "sofrimento", o que inclui a dor, mas designa mais geralmente o estado de tensão interna que deve terminar por uma resolução, particularmente na "crise" que marca o apogeu e o fim das afecções agudas descritas pelos autores antigos. "Sofrimento", então, no sentido em que se diz que uma carta, uma encomenda, está em "suspenso",* isto é, à espera.

Ora, não é de modo algum evidente que esse estado de tensão do organismo deva ser considerado apenas sob o ângulo da dor. Quando Leriche diz que a saúde "é o silêncio dos órgãos", esquece que a tensão do desejo sexual (e também o da fome etc.) não é seguramente o silêncio dos órgãos. Uma boa saúde, sem desejo sexual, sem fome, sem sede, sem cansaço, sem vontade de dormir etc., isto é, sem estados de tensão, não seria saúde. E esses estados de tensão não são em si mesmos desagradáveis, não apenas em função da promessa de uma saciedade, de uma distensão, de uma descarga por vir, mas porque são os testemunhos de uma exigência da vida. Não é, pois, de modo algum ilegítimo falar de uma erotização das sensações cinestésicas, mesmo se nos recusamos a incluir sob este termo fatos dos quais o masoquismo tira vantagem.

Seria, portanto, inteiramente abusivo pensar a priori que todo estado de tensão espera apenas uma resolução, e sobretudo uma resolução médica. Todo medico conhece essas pessoas eternamente sofredoras e sobre as quais ninguém - nem o medico, nem as pessoas que a cercam, nem o próprio interessado - parece imaginar que poderiam viver sem suas miseriazinhas. E mais: existem casos em que uma doença acidental mais ou menos grave sobrevinda abruptamente na vida de uma pessoa transforma suas relações com o mundo num sentido favorável, a ponto de permitir que desapareçam temporariamente graves manifestações neuróticas ou psicóticas (o que não significa de modo algum, como muitas vezes se disse precipitadamente, que as doenças psicossomáticas tenham a ver com a psicose). Não é duvidoso que a erotização de todo ou parte do corpo pela doença (ou também por uma gravidez) permita focalizar os estados de tensão, oferecendo, assim, uma "solução" medíocre, talvez, mas tranqüilizadora, para conflitos psíquicos insuperáveis.

A doença constitui para muitos doentes um verdadeiro estatuto social e familiar que confere ao sujeito uma existência que não teria sem ela. Thomas Mann mostrou na Montanha mágica como uma comunidade de doentes constitui significantes a partir dos sintomas de cada um, conferindo-lhes, se não uma personalidade, pelo menos uma identidade. O mesmo ocorre na vida social e familiar, em que é patente que todo grupo social tem necessidade de ter seu cretino (cristão),* seu louco, seu alcoólatra etc., que fazem o papel de palhaços e dizem a verdade que ninguém ousa dizer e também demonstram, pelo espetáculo de suas deformidades físicas ou mentais, o quanto o resto da sociedade é belo e razoável. Os patronímicos, herança dos apelidos atribuídos a um longínquo ancestral, freqüentemente manifestam uma doença ou uma enfermidade. A doença é assim um cartão de visita que indica e instaura as relações humanas; pelo menos uma relação, aquela que se estabelece com o médico. Não é uma relação muito satisfatória, nem para o doente nem para o médico; mas não é porque ela é onerosa por mais de um motivo que o doente renuncia a ela. Não existem, também, homens que só tem relações onerosas com as mulheres, mesmo se elas não têm o título de prostitutas? E o inverso também é verdadeiro, ou quase! O dinheiro, em tais casos, constitui uma espécie de garantia de que a relação não se extinguirá. Em tais circunstâncias em que se estabelece uma relação de tipo médico, o desejo de curar não está do lado do doente porque este não tem, ou quase não tem, outra relação. Ele está antes do lado do médico, mas deveria de preferência chamar-se desejo de se desembaraçar de um importuno.

O desejo de reconhecimento é, pois inicialmente, desejo de existência, e para existir no discurso médico, portanto junto ao médico, é preciso estar doente. Certamente não basta querer estar doente para o estar, mas, quando isto acontece, não devemos nos espantar se o desejo de curar nem sempre é tão forte quanto se pretende. Não há nenhuma necessidade de que a consulta seja interessada (por razões materiais) para que a convenção implícita de uma cura a ser buscada seja pervertida. O médico, alertado ocasionalmente sobre a existência de tal situação, desincumbe-se às vezes da tarefa passando-a para um psicoterapeuta. Mais freqüentemente ele mesmo tenta manejar a situação, mas em muitos casos é uma iniciativa destinada ao fracasso, pois o doente, justamente, deseja ser reconhecido apenas num lugar de doente, no discurso médico e em nenhuma outra parte. Na maioria das vezes, médico e doente sabem, por uma espécie de convenção tácita, que por detrás do tratamento dado a uma doença, mesmo bem etiquetada, desenrola-se todo um jogo cujos elementos eles não conhecem bem e sobre o qual é melhor lançar um véu pudico e prudente.

Seria abusivo fazer desses componentes do pedido do doente um elemento essencial da consulta médica, introduzindo uma medicina psicossomática. Existem muitos outros: pedido de amor, provocação do médico para uma demonstração de mestria, agressividade em relação ao homem de ciência e ao burguês; pedido de que a autoridade do médico se interponha como árbitro num conflito familiar etc. Geralmente, o médico não ignora nada disto e se presta mais ou menos de bom grado ao que lhe é proposto, em função de suas tendências pessoais e da idéia que faz do papel social do médico. Acontece-lhe, e não sem perigo muitas vezes, de sair da ortodoxia de sua profissão praticando exames paraclínicos que ocupam o doente e lhe dão a impressão de que se ocupam bastante dele; dando um calmante para a criança que alivia apenas a angústia da mãe; hospitalizando um velho no momento em que os membros mais jovens da família partem em férias etc. A ordem médica se coloca, assim, ao serviço das forças da ordem social e familiar.

Tudo isto é apenas um dos aspectos e, finalmente, uma extensão do papel do médico. Nestas circunstâncias, o médico coloca a doença entre aspas e percebe seu "doente" como emparedado em seus sintomas, dos quais não quer ser desalojado, e com isso exprimindo confusamente sua infelicidade pessoal, familiar e social. É ele que divide o sofrimento de seu doente. Ele não pode se recusar a responder ao que lhe é pedido, pois sua ética o obriga a faze-lo; ele não pode tampouco responder a isso convenientemente com o arsenal, embora importante, de que dispõe. Ele adivinha que a palavra final do caso não é ele quem possui com seu saber médico, mas o próprio paciente, em sua história pessoal, em sua "neurose", como se diz; mas, do lugar

onde está, ele geralmente não pode fazer nada, pois toda palavra sua é interpretada como uma renegação disfarçada do sofrimento de seu cliente, isto é, como uma rejeição.

O que é fundamental, e constante, na constituição do pedido, da demanda do doente, é sua entrada no discurso médico. É possível dar conta disso usando algo que é mais que uma comparação, a entrada da criança no discurso de sua mãe. Pois, do mesmo modo que o doente não pode ele próprio assegurar sua cura, a criança, em sua prematuração, não pode satisfazer por ela própria os imperativos de suas necessidades. É por seus gritos - inarticulados - que ela dá testemunho de suas necessidades. E a mãe interpreta esses gritos como uma demanda: demanda de alimento, de calor, de cuidados de higiene, de amor etc. Seu grito já é palavra e demanda antes de ser articulado, porque é interpretado no discurso da mãe, discurso já constituído e preexistente ao nascimento mesmo da criança sobre o que se deve supor das necessidades de um bebê. A mãe pode se enganar em sua interpretação sobre os gritos que ouve; ela também pode não estar em condições de intervir utilmente, se a criança estiver doente ou se simplesmente sofrer de pequenos distúrbios passageiros. Ela pode se enganar, mas também pode considerar que é a criança que, já em seu grito, a engana e finge ter uma necessidade a ser satisfeita, quando procura apenas monopolizar sua atenção, e de maneira talvez abusiva. Ela pode se recusar a responder ao grito da criança por esta razão em função de princípios educativos; ou ainda aceitar entrar em seu jogo vendo nele uma demanda de amor à qual seria cruel e nefasto, também no plano educativo, não responder. A partir do momento em que a necessidade, por mais imperiosa que seja, passa por este apelo que tem lugar no discurso materno, ela deixa de ser um grito para tornar-se palavra, toma lugar na linguagem ou, antes, na língua dita, e bem dita, língua materna. Ela se torna palavra, isto é, suspeita de ser mentirosa.

A entrada no discurso é a entrada no discurso do Outro (aquele que Lacan escreve com um A maiúsculo), já que é o Outro que capitaliza os significantes em que tudo deverá se articular, isto é, não de um modo qualquer, uma vez que a linguagem é portadora das articulações específicas que a constituem. A dimensão do engano é aí logo localizável e localizada pela mãe, que, com razão, suspeita que a criança a engana fazendo-a vir por uma outra necessidade que não a que parece ser primeira, por exemplo, para medir seu poder sobre ela afetando dor. Engano que se volta já que a própria mãe pode se recusar a entrar nesse jogo para não deixar seu bebê lhe ditar a lei, ou por razões puramente materiais, porque não está em condições ou disposta a apaziguar, pelo menos imediatamente, as necessidades da criança. Desse modo, pode-se enganar a fome, a sede, com uma chupeta ou um mordedor, ou fazendo com que acaricie o gatinho. É um procedimento que freqüentemente funciona muito bem e que o adulto utiliza para si mesmo quando decide "pensar em outra coisa", quando as coisas vão mal. A potência do discurso é considerável para desviar o desejo de seu objeto, e os fetiches e mordedores são inúmeros. De qualquer modo, o que no início é apenas uma necessidade articulada, passando pelos desfiles da linguagem, introduz a problemática do Outro. Para a criança, o desejo da mãe (que se manifesta pelo menos na interpretação que ela dá aos gritos da criança) é determinante para seu futuro e para a organização de seus desejos, segundo sejam considerados como admissíveis, em função também do que a mãe pode ou não tolerar, em função, enfim, das vias de desvio do desejo que ela propõe ou impõe à criança.

O desejo é, assim, o que emerge da necessidade depois que sua manifestação (no grito, em seguida na palavra) tomou as vias da linguagem. Disso, necessariamente, decorrem as leis. Freud enunciou constantemente que a pulsão não existe fora do que a representa. Os representantes pulsionais se situam lá onde podem aparecer na linguagem. Eles podem também ser recalcados, mas não a própria pulsão, o que significa que a pulsão se faz representar alhures sob uma forma irreconhecível, mas aceitável, no discurso do Outro. Tudo não se reduz, portanto, a uma problemática da necessidade, e aquilo que o Sujeito testemunha mais profundamente na sua demanda é sua falta a ser, sua procura incansável do objeto que seria suscetível de preencher sua falta, esse "objeto a" que Lacan mostrou que era constitutivo de sua fantasia e em relação ao qual todo objeto (quer seja seio, pênis...) parece ser o objeto substitutivo.

O "sofrimento" do doente é sempre também espera do reencontro com o "objeto a", lembrança da esperança de que uma mão socorredora e providencial soube o que convinha para assegurar um gozo reencontrado de seu próprio corpo e o soube com um saber que ele mesmo não podia ter na confusão de suas sensações informuladas em que estava. Do mesmo modo, ele espera que um outro, o médico, detenha a verdade sobre seu sofrimento e o apazigúe.

O doente que recorre ao médico está na situação da criança que recorre à mãe, pelo fato de que um e outro imputam à pessoa a quem apelam um discurso no qual se pode interpretar seu apelo. Como o discurso da mãe para a criança, o discurso médico é totalizante. Quando M. Foucault diz: "A medicina não é constituída da totalidade do que se pode dizer de verdadeiro sobre a doença",' nós não podemos segui-lo com todo rigor, pois a noção mesma de doença pertence ao discurso médico e está na vocação de esse discurso, se não de fato, dizer tudo o que é verdade sobre a doença, porque é seu objeto. Seria necessário dizer mais precisamente: "A medicina não é constituída da totalidade do que se pode dizer sobre o sofrimento". Pois o sofrimento remete o sujeito que o experimenta à sua fantasia e ao que constitui essa fantasia, isto é, à sua própria história e ao discurso que ele pode manter sobre sua história. Não há, propriamente falando, um outro discurso a ser mantido sobre a doença a não ser o discurso médico, um discurso que fosse moral, ou religioso, ou um outro discurso científico, a noção de doença sendo constituída pelo discurso médico, e esse discurso sendo ordenador de qualquer consideração que possa ser feita sobre a doença. Por outro lado, existe apenas um discurso que se mantém sobre o sofrimento, e é o da pessoa que o experimenta, isto é, o do "doente", ainda que não possamos designá-lo sob esse nome sem entrar já no discurso médico.

Deste sofrimento, o médico não quer e não pode nada saber. O sofrimento no discurso médico se nomeia dor, ou opressão, ou febre etc. Ele existe para o médico apenas como um sintoma, isto é, na medida em que é formulável nos significantes constituintes de uma síndrome que caiba na nosologia. No fundo, o doente não fala enquanto tal ao médico; ele fala dele como falaria de um outro, e o interesse do que ele diz se deve somente ao fato de que ele é um observador privilegiado de sua doença. O que ele diz é sempre da ordem desse "33" que ele deve repetir em voz alta para que o médico, na ausculta pulmonar, avalie a "pectoriloquia". Do que é dito, o médico só retém o que ressoa no discurso médico. Pouco importa para ele se o doente teve sua primeira dor precordial no dia da morte de seu irmão! Que faria ele com isso, senão anedota, senão indiscrição? Mesmo se atribui importância a isso, em que prática tal constatação desembocaria? Ele não vai, afinal, proibir a seu doente a morte de seus próximos. Para o médico, a data da morte do irmão só tem interesse como referência cronológica que permite fixar uma data: o que lhe é necessário da mesma forma que o é um dos elementos de um balanço que compreende o estudo dos distúrbios vasculares coronarianos, sanguíneos etc. Não há o que fazer com o que constitui o sofrimento de seu doente enquanto não se limite sem dúvida ao espasmo e à obliteração coronariana. Quanto ao resto, ele só pode ter vagas palavras de compaixão e simpatia que dizem mais respeito à caridade do que à medicina. Do mesmo modo, ele não deixará que o doente fale demais de sua vida e de todos os elementos que não fazem parte, que não são integráveis no discurso médico. De resto, ele não tem tempo para isso, pois outros doentes o esperam. Quanto ao doente, é melhor que ele não fale: isto o cansa.

O doente não pode ignorar que é a partir do discurso médico que será escutado. Do mesmo modo, sua demanda se organiza em função do que ele sabe ou acredita saber do que poderá ser entendido e retido disso por parte do homem de ciência. A educação médica do público faz com que ele não o importune com detalhes inúteis, de modo que o médico nem mesmo terá, ou quase, o que suprimir do que lhe dirá seu paciente. O que ele tem mais a temer é que este, com a preocupação de fazer bem (e também de subtrair-se à indiscrição médica), venha com uma organização bonita demais de seus sin tomas, às vezes um diagnóstico pronto, e mesmo um projeto terapêutico, esperando que o médico o precise, o aperfeiçoe e o execute. O que é muito irritante para o médico, que não deseja uma submissão tão agressiva e desejaria menos presunção. Pois o doente "entregue todo a seu mal" é incapaz de julgar, diria Hipócrates. E

Fiessinger, citando a si próprio, afirma: "O doente raciocina com sua sensibilidade e sua emoção, logo raciocina errado'.' O médico não espera que o doente raciocine. Ele fala, sem dúvida, mas não pode saber o que diz. Pois o que diz de seu sintomas só toma sentido no discurso médico, e deste ponto de vista o que diz seu corpo é mais seguro do que o que diz sua voz. Os "sinais clínicos" comportam os sinais físicos (e os sinais paraclínicos), mas a sintomatologia "subjetiva" é suspeita. Todo sintoma que pode ser obtido apenas pela vontade do sujeito, ou pela sugestão, todo sintoma "pitiático", se alinha na categoria da histeria e sai do campo propriamente médico, não obedece, pois, às leis que a medicina conhece, o que conduz a medicina a concluir precipitadamente que ele não conhece nenhuma lei, uma vez que as leis da paixão não são da ordem da ciência. As únicas leis que o médico conhece sobre os sintomas histéricos são aquelas de um jogo que tem suas regras, mas são as regras de um jogo que é puro artifício da hipnose e da sugestão. Elas permitem, ou pelo menos permitiram, mostrar aí talentos de prestidigitadores, em que as histéricas foram as comparsas ideais de um jogo de mágica no qual elas restituíam sob a forma de sintomas o que a medicina ali havia colocado.

Não apenas as histéricas que abordam a consulta com paixões que as impelem a oferecer sintomas ao médico, este petisco oferecido ao desejo do médico. Petisco, ou melhor, isca, pois é o quinhão da histérica fornecer uma isca que de uma guinada, para não ser seguida pelo cortejo sintomático próprio para reter a atenção do médico. O "verdadeiro doente", para o médico, sendo aquele que é portador de uma sintomatologia não-flutuante mas inscrita em seu corpo e inscritível no saber médico. Num primeiro tempo, nada distingue a demanda do "verdadeiro doente" da histérica. O que ele traz é um conjunto oferecido para exame, e o exame medico tem em comum com um exame universitário o fato de receber a sanção do homem de saber, constituindo-lhe uma inscrição nessa ordem, com o encargo conseqüente; ou uma recusa, uma impossibilidade de inscrição, com rejeição para a classe inferior, a da subjetividade. Todos sabem que as leis de admissão aos exames não obedecem unicamente a uma avaliação ponderada das competências, mas também a elementos mais sutis, em que a submissão do examinado à ordem estabelecida e sua sedução não são fatores negligenciáveis. Isto só para evocar o que há de mais evidente neste confronto com o exame cujo hábito nos faz esquecer o que tem de inacreditável.

O exame não é apenas uma situação de cruzamento. É também uma palavra de cruzamento. J.-P. Brisset, que foi oficial de polícia e que todo mundo considera louco, falou do exame em sua Grammaire logique.'

"Eu me ex à mina ei. Tu te ex à mina aste. O sexo a mina ou: E o sexo na mão ou na mina que o ancestral se examinava, sexo à mina ava. Mina já valeu por mão. A mão se fazia de mina e minava o terreno. Como a mão-mina ou a cama minha mão. Cá minha, caminha; cá mão, camão, diziam igualmente: aqui, a mão. Então o criador de: Eu me examinei, etc., dizia: Tenho meu sexo na mão, etc. Examinando seu sexo, é que o ancestral fazia seu maior exame, seu examão, sexo à mão, seu ex à mão. O exame do sexo é o primeiro pelo qual passamos quando vimos ao mundo. "*

Texto certamente subversivo e louco. Mas há uma lógica do significante. Por te-Ia seguido, J.-P. Brisset teve pelo menos o mérito de nos restituir uma verdade primeira, sobre o exame primeiro, um exame médico, um exame sobre o sexo que determina a inscrição significante para o estado civil e na fantasia dos pais.

Também perseguiu esta lógica J.-C. Morali, que deu esse texto de Brisset como tema de exame para seus alunos de filosofia. Pois foi ele que sofreu uma sanção por parte da universidade... sob pressão de uma personalidade extra-universitária que era... político, é claro, mas também médico e ginecologista!

Porque está em posição de examinador, detentor do saber, o médico coloca o doente numa situação dividida, que se traduz inicialmente no corte efetuado entre o homem e a doença. O médico não ouvirá nada do que a doença suscita do lado da fantasia, porque não tem de saber disso, exceto para suspeitar aí de efeitos que correm o risco de entravar sua intervenção. O doente, aliás, podendo se satisfazer com a situação regressiva que lhe autoriza seu estado para

esperar apenas que toda solução para sua fantasia e toda resolução de tensão lhe venham daquele em cujas mãos se colocou.

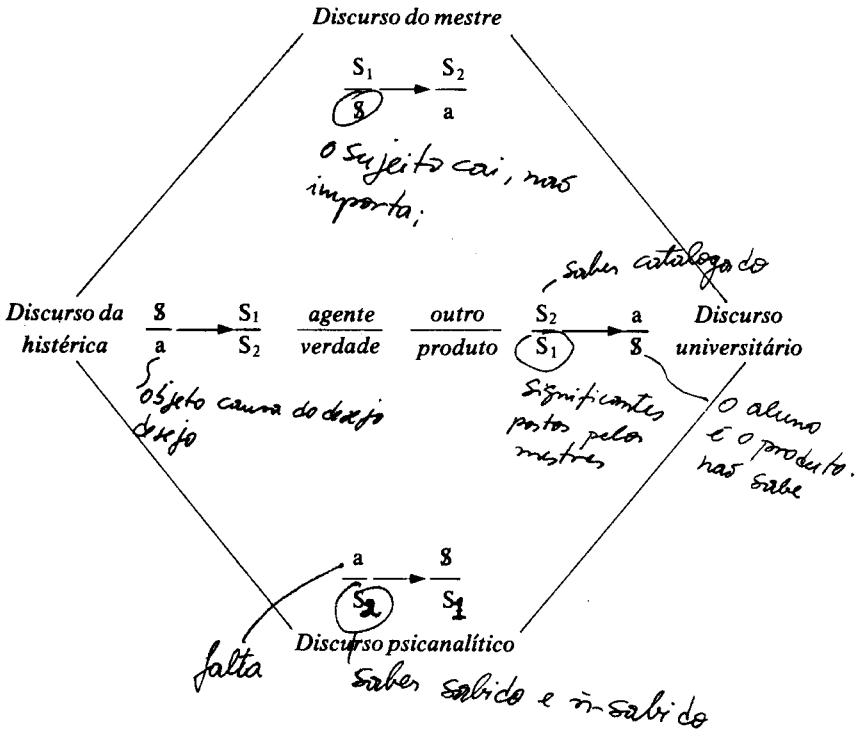
A palavra-chave da demanda do doente é "sofrimento". "Sofra, morra ou sare, mas sobretudo viva até tua última hora",4 diz o médico. "Sofre ainda um instante, tudo é apenas mudança, o eixo gira, meu coração, sofre ainda um instante",5 diria antes o psicanalista. Terá sido por acaso que Littré aproximou estas duas citações? Sofram pelo menos que eu reproduza sua proximidade e afastamento. Mais que um raciocínio, ressoa a exigência da demanda que nos é feita. Não há fórmula que lhe seja oponível como detentora da verdade. Não se trata senão da maneira pela qual é feita a orelha que a ouve, do discurso do qual é portador aquele que pode ouvi-la. Como sobre uma banda de Moebius se inscreve numa continuidade o "vai mal" do doente. A continuidade da única face da banda não é explorarada senão pelo doente. Mas a demanda só pode ser lida colocando-se resolutamente de um lado, recusando por isso uma outra leitura.

"Que um doente sofra mais ou menos, é isto algo que oferece interesse para a Academia das ciências?"
Malgaigne

"É preciso aí outra diz-mansão: aquela que comporta saber que a análise, da queixa, não utiliza senão a verdade."
Jacques Lacan

A banda de Moebius, por sua torção, faz aparecer a outra "diz-mansão", a terceira, aquela que ignora a projeção do ima ginário sobre o plano.

OS QUATRO DISCURSOS



O desejo da histérica é não ter desejo; é que o desejo seja do outro.
A histérica produz teoria do dizer o que se passa com ela.

DISCURSO ≠ FALA : discurso = lugar de onde o sujeito fala.

11
Discurso medico e discurso psicanalítico

O que foi adiantado até aqui, e que é constituído de elementos esparsos, é uma certa leitura do discurso médico. Com que direito, isto é, de que lugar é possível fazer isto, já que podem muito bem opor que o discurso médico tem uma coeréncia suficiente em si mesmo e efeitos muito pouco discutíveis, para que nos poupemos de falar dele de outra forma que não para o propor como modelo?

É a psicanálise que tenho me referido continuamente, e particularmente ao ensino e à teorização de Lacan, e se nem sempre mencionei suas formulações mais explicitamente, é porque era mais importante mostrar que demonstrar, isto é, ressaltar que uma leitura psicanalítica do discurso médico permitia extrair um certo número de fatos que permanecem na sombra quando o discurso médico constitui a única referência teórica reconhecida. Esses fatos, seguramente, não são ignorados e muitos já foram, pelo menos em parte, escritos e descritos. Mas, na maioria das vezes, é numa visão polêmica em relação à medicina que são relatados; ou ainda, são assinalados como fracassos ou mal-entendidos que a medicina, no seu progresso, é chamada a reabsorver. A intenção crítica ou laudativa não muda nada na questão: se o único segundo plano teórico é o da medicina, é somente num "discurso histérico" que se agrupam tais fatos: ou seja, é a posição subjetiva do autor que é relevada em última análise, mas o discurso médico não é atingido porque tem por vocação reduzir as desordens da subjetividade e finalmente integrá-las em sua ordem.

O discurso psicanalítico, ao contrário, é oponível ao discurso médico - no sentido em que Lacan fala do "discurso do mestre" como sendo a Psicanálise ao avesso.' Não se trataria de dar aqui um resumo mesmo sumário da teoria psicanalítica. Tanto é fácil passar de um discurso de mestria a outro (basta aprender as novas articulações conceituais), quanto é problemática a passagem de um discurso a outro, porque comporta uma subversão subjetiva. Um discurso se articula sobre uma praxis, pelo menos a de uma psicanálise pessoal no que concerne à psicanálise. Também não se trata de sínteses que evitam a leitura completa de um autor, se é em extrair o rigor de suas formulações que estamos empenhados. As de Lacan têm o mérito de não poderem ser muito desviadas de sua função, que é permitir que nos referenciemos num domínio, a psicanálise, onde, na maioria das vezes, o obscuro vem mascarar o embaraço dos autores, fazendo reinar um terrorismo verbal que se dá por teorização. É, pois, para fixar alguns pontos e permitir falar deles que darei algumas precisões sobre os "quatro discursos" de Lacan, e também sobre a noção mesma de discurso tal como ele a entende - não sem precisar que só retenho aqui o que pode esclarecer este trabalho, o que necessariamente implica que eu o reduza e o deforme.

Sabe-se que o processo da significação foi centrado pelos lingüistas em torno do conceito de signo, sendo este constituído pela relação entre o significante, que é sua substância lingüística, e o significado, que designa o que o significante representa. Significante e significado são "as duas faces de uma única e mesma produção", portanto indissoluvelmente ligados na relação **significante x significado** como são ligados a frente e o verso numa relação necessária. Não faremos aqui a crítica desta abordagem, limitando-nos a lembrar que ela não deixa de levantar dificuldades, em particular para dar conta disso que se enfatiza como devendo ser a "primazia" do significante para um estudo lingüístico rigoroso.

Lacan se separa dos lingüistas particularmente por adiantar que na relação significante/significado a barra que separa os dois elementos significado faz barragem à significação ao invés de constituí-Ia. A significação, ao contrário, procede da relação dos significantes entre si, de sua seqüência, do fato de que constituem uma cadeia significante. Cada

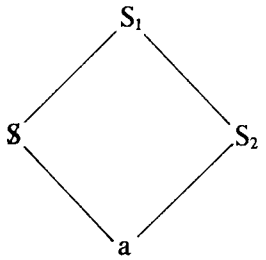
significante remete primeiramente a um outro, aos outros significantes, como uma palavra do dicionário remete primeiramente às outras palavras do dicionário. Cada um deles só existe no lugar deixado livre pelos outros significantes, com os quais ele não pode, ou pelo menos por muito tempo, confundirse. O que dissipa a confusão e permite a constituição da significação é a reunião, a seqüência dos significantes, que se organizam numa seqüência constitutiva do discurso.

O significante, portanto, só ganha sentido ao ser preso na cadeia dos significantes. Não há relação simples entre significante e significado. O que representa o significante e um sujeito, e esta representação do sujeito só toma consistência do lugar que toma junto a outros representantes, isto é, outros significantes. "O significante é o representante do Sujeito para um outro significante." Esta formulação inclui a questão da enunciação, visto que a escolha do significante, da cadeia significante, modifica o modo de representação do sujeito, constituindo a cena onde se faz a representação e os elementos que habitam esta cena. Assim, pudemos falar de "exame" em contextos diferentes que fazem dele, num caso, uma prova médica, e noutro, uma prova universitária. Somente o discurso em que ele está incluído lhe dará sua significação, e concluiremos desse discurso pelo menos o seguinte: o sujeito que o enuncia está numa problemática médica ou então universitária, mesmo se ele não diz em nenhuma parte "Eu". Quanto a J.-P. Brisset falando de exames, ele decompõe a palavra em significantes mais primordiais e nós concluímos que ele é um lógico do significante... ou um louco.

Quando Lacan coloca a barra sobre o S que designa o Sujeito (escrevendo então 5) não faz apenas um deslocamento da barra que estava primitivamente colocada sobre o signo e separava o significante do significado. O Sujeito não é dividido apenas por ser ao mesmo tempo sujeito do enunciado e sujeito da enunciação. Ele está sobretudo numa dupla relação: por um lado, uma relação com a cadeia significante, por outro, uma relação com o objeto, o objeto entendido não segundo a tradição filosófica, como oposto, oponível ao Sujeito, mas como ligado a ele na fantasia. A fantasia não sendo ela mesma uma produção imaginária à qual a realidade seria oponível, mas a indicação de toda relação possível entre o Sujeito que discursa e o real que seu discurso tende a cercar e a constituir como realidade. O objeto assim designado (como "objeto a") deixa em suspenso a questão de sua realidade. Ele é primeiramente referenciável como um lugar vazio, constituído pelo Sujeito, sem que se possa inferir sua realidade apenas pelo fato de sua coalescência com o objeto da fantasia, sendo sua existência apenas aquela que ele ocupa no discurso que o constitui.

O discurso compreende o Sujeito (5) em sua relação com o objeto ("objeto a"). Ele se inscreve na cadeia significante S,, S2, S3, S4 etc., ficando entendido que o significante S, que representa o Sujeito (e não o objeto) ocupa um lugar privilegiado e que a cadeia dos significantes constituídos (S 2, S 3, S4 etc.) representa (com a abreviação S2) o sistema já organizado, constituído como discurso capitalizável em saber.

Quatro elementos são constitutivos do discurso: Si, o significante como tal, mas em sua necessária conexão com a cadeia significante S2 e com o Sujeito S que ele representa. O próprio sujeito que não pode se inscrever senão em sua relação com o objeto: objeto a. Entre si, estes elementos não estão numa relação qualquer, já que cada um se define em sua relação com dois outros elementos. Assim se escreve suas relações recíprocas:



Tais são os quatro elementos fundamentais de todo discurso, o que permite caracterizar quatro discursos, dependendo de que um ou outro destes elementos do discurso tome primeiro o lugar em torno do qual os outros três elementos se organizam. Seria, bem entendido, artificial e abusivo querer identificar todo discurso efetivamente pronunciado a um desses quatro discursos, e sua análise só tem interesse para designar os pólos de atração em direção aos quais todo discurso é puxado. São modelos aos quais nenhum discurso que existe pode ser rigorosamente identificado. Convém, portanto, torná-los enquanto referências que permitem facilitar, tornar possível, a análise dos discursos: não em função da preeminência de fato deste ou daquele discurso; e tampouco em função de um juízo de valor que nos faria propor um deles como o modelo ideal de todo discurso a ser mantido. Ao contrário, é preciso assinalar sua interdependência, nenhum dentre eles podendo se manter sem a existência dos outros três. O lugar privilegiado que, entretanto, é preciso dar ao discurso do mestre se deve apenas ao fato de que é o discurso primeiro, aquele que dá a primazia ao significante S,, isto é, ao que é constitutivo de todo discurso. O outro lugar privilegiado cabe ao discurso psicanalítico, como levando em conta primeiramente o objeto "a" como lugar do gozo enquanto que o discurso do mestre nada pode articular sobre isto.

1º) O discurso do mestre* é o discurso primeiro. E dele que o discurso médico está mais próximo? Sem ele, o signo não seria senão sinal, portador de informação sem dúvida, mas não acederia à significação. Constituindo o signo (ou indício) em significante, ele o ordena com outros significantes (isto é, outros sintomas levados à classe de significantes) e permite que emerja a significação.

Os signos** são portadores de uma informação sobre a doença. Mas esta informação nem mesmo mereceria este nome se não houvesse alguém para recolhe-Ia. Um signo de ausculta, por exemplo, e mais ainda um signo paraclínico não informam nada nem ninguém... até que o médico possa fazer alguma coisa com ele. Ele só se torna informação porque o médico o coloca em relação com outros signos, cujo conjunto constitui uma síndrome, a qual pode, por sua vez, ser atribuída a uma doença. O que importa aqui não é portanto o "olhar médico", mas o fato de que o médico conheça unia ordem articulada desses signos, ou pelo menos que suponha que têm uma ordem possível. Recolhendo o máximo desses signos, o médico postula a possibilidade de agrupá-los, de colocá-los em ordem. Isto é, ele visa ordená-los numa cadeia significante. Graças à existência do discurso médico, ele constitui os signos (indícios) em significantes, e de sua ordenação ele extrai uma significação, que é a existência de uma doença. A etapa do diagnóstico é um ato de mestria.

A audácia de tal ato nos escapa porque é quotidiana, e também porque a audácia é de algum modo abalizada pela existência de quantidade de atos semelhantes. Ela é mais evidente quando o médico se dedica a recolher signos para uma doença ainda não identificada, uma vez que o conjunto dos signos recolhidos deve conduzir a uma interpretação original. Só que esse ato de descoberta se torna muito mais fácil pelo fato de que se sabe que tal empreendimento é possível, uma vez que já foi realizado por outros médicos para outras doenças. O que permite ao pesquisador ousar realizar o ato de mestria não é somente o saber constituído, já repertoriado, mas o fato de que tal empreendimento já foi tentado, e com êxito, em resumo, que um discurso médico é possível.

A constituição do significante como tal (S,) é, pois, o que especifica o discurso do mestre. Ela implica a referência à cadeia significante (S2) que contribui para constituir e que prolonga, o que se escreve S→ S2.

O que assina o êxito do discurso do mestre é que ele advém da subjetividade do autor. A pretensa objetividade do cientista é a retirada da subjetividade do autor. O que significa não que a subjetividade não esteja aí, mas que ela não tem nenhuma importância para a inteligibilidade do texto, que não deve ter seu alcance significante senão de sua própria coerência. Para falar do papel do autor do discurso do mestre fica-se satisfeito com um conceito vago: desejo de saber, desejo de curar, gênio... em resumo, não se falará a respeito. O mistério das origens permite

lançar o manto de Noé sobre o que é apenas inútil estorvo. Contentamo-nos em explicar pelo anedótico: a lei da gravitação pela maçã de Newton, e não pela leitura de Kepler, onde estava escrita; a máquina a vapor pela marmita de Papin e não pelas necessidades da sociedade industrial etc. O discurso do mestre retira sua força do fato de se sustentar independentemente da subjetividade daquele que o anuncia, como daquele que o escuta. A condenação de Galileu e a retratação deste são sem importância para o que é enunciado: o aforismo "A terra gira" não fica menos verdadeiro. A retirada da subjetividade no discurso do mestre se escreve colocando o S sob a barra, para mostrar que o Sujeito não está no discurso manifesto:

Ultimo ponto: o produto do discurso do mestre é a constituição de um objeto: a doença, como vimos, para o discurso médico. O objeto vem ocupar o lugar do objeto "a" como *lugar do desconhecido do desejo.* É por aí que se estabelece o gozo do qual o discurso científico é portador na medida em que constitui uma ordem graças à qual o objeto aparece. Bachelard não deixou de notar sua incidência. O objeto só aparece, entretanto, enquanto subsumido pelos significantes do discurso (nós o colocaremos abaixo de S_2: a) -Aparecendo na ordem do discurso,logo numa lei, ele desaparece na sua relação direta com o Sujeito S, isto é, enquanto objeto da fantasia: ceva isso, o discurso do mestre está a serviço do recalcamento para o próprio mestre. O objeto "a" desaparece como causa do desejo reaparecendo como achado do discurso. Por isso Lacan pôde dizer: "O discurso do mestre é o único a tornar impossível esta espécie de articulação que designamos alhures como a fantasia, na medida que é relação do `a' com a divisão do Sujeito".' Toda descoberta científica (e o diagnóstico é uma delas) suprime a divisão do Sujeito. O desejo do médico por seu objeto é unificador (dos médicos entre si, mas também do médico para consigo mesmo).

A formulação completa do discurso do mestre se escreve assim:

2º) O discurso do universitário, como prolongamento obrigatório do discurso do mestre, privilegia a cadeia significante S_2, isto é, o discurso constituído como saber. É com ele que se lida na universidade, onde se ensina o saber coletado junto aos mestres. Na universidade são os professores que lêem os mestres, ou supostamente o fazem. Na maioria das vezes, eles próprios só lêem documentos de segunda mão. Os próprios estudantes não o fazem, ou se são convidados a fazê-lo, é para recolher o que, do produto do trabalho do mestre, pôde ser negligenciado pelos comentadores e relatores. A função da universidade é a de recolher e transmitir o saber, compreendido como informação organizada, capitalizada, cumulativa.

Não é uma questão secundária a transmissão desse saber, destinado a ser retransmitido apenas parcialmente e após ter sofrido necessariamente uma degradação. A universidade luta contra o que é uma entropia do saber, no sentido que se fala de uma entropia da energia. A pedagogia se dedica a reduzi-la; nem por isso ela é menos, em seu princípio mesmo, inelutável, como o é a entropia da energia. Ela se dedica a recolher e organizar os significantes S_2 S_3 e S_4, ... entre si, sem privilegiar nenhum deles, e só recolhendo um significante novo se este tomar lugar na ordem de um discurso constituído. De certo modo, a universidade constitui, portanto, obstáculo ao surgimento de significantes novos se forem destruidores da ordem estabelecida. O saber constituído constitui obstáculo à tomada em consideração do que não se inscreve nesse saber. Ele compõe a tela que cativa e captura o olhar sobre os fatos constituídos por ele, mas com a exclusão dos outros fatos que aí não se inscrevem. O que diz Kuhn sobre as Sociedades Científicas como guardiãs dos paradigmas constituídos visa o discurso universitário. S_2 ocupando o primeiro lugar, é sob a barra que deverá se colocar o significante mestre S, uma vez que não é ele que é levado em consideração como tal:

O saber considerado enquanto tal, e não em sua relação com os significantes que o constituem, justifica-se por sua ligação direta com os bens de gozo, e o gozo dos bens que o saber obtém. A ciência capitalizada em saber prolonga-se nos bens que obtém $S_2 \geq a$. A universidade se prolonga nos técnicos e bens de consumo que resultam do saber. Nós vimos que aí se afunda toda discussão sobre os benefícios da ciência, na falta de ter distinguido o discurso do mestre como produtor do saber e o discurso universitário como detentor desse saber. O saber médico, enquanto

constituído, se justifica pelas indicações terapêuticas que fornece: nó essencial, sob a forma do medicamento que é uma "medicina".

$$\frac{S_1}{8}.$$

$$\frac{S_2}{S_1}.$$

O que é mais interessante para se considerar é o que produz o saber constituído: a divisão do Sujeito. Divisão em relação aos bens produzidos pela ciência, como vimos. Diante do saber ensinado, sabemos também que o estudante está dividido, para seu espanto como para o dos professores, que se espantam com que não se precipite mais sobre o que eles dão. Todo saber nos constitui como divididos; o salmão não o seria se soubesse que, correndo para o lugar dos esponsais e da reprodução, também corre para sua morte? É o doente que o saber médico divide, separando-o em seus dois elementos: o homem e a doença. É também a partir da existência de um saber constituído que se configura a posição da histérica. Escreveremos a fórmula do discurso do universitário:

3º) O discurso da histérica é o que coloca a divisão do Sujeito em primeiro lugar. É sob a forma da patologia que nos aparece de maneira exemplar a questão do Sujeito, até o presente enfiada sob as articulações da cadeia significante, criada pelo discurso do mestre, ao nível do significante mestre, capitalizada como um bem e um beneficio, como saber no discurso universitário. O discurso médico é, com efeito, o discurso científico típico, e é ele que tem a incidência mais certa sobre a vida quotidiana. Por toda parte onde ele se desenvolveu e desde suas origens, a histeria foi reconhecida, e pelo que ela é em relação ao saber médico: isto é, o que pode se assemelhar a todas as doenças sem nunca ser uma delas e que, por esse fato, escapa ao saber constituído; o que reage mais estranhamente aos benefícios desse saber, todo tratamento podendo curá-la milagrosamente, enquanto que alhures o saber, os tratamentos mais experimentados fracassam completamente. Seu polimorfismo extremo lhe confere sua unidade: os *sintomas não remetem ao discurso médico, mas ao próprio sujeito.*

Assinalemos que é em virtude da prevalência do discurso médico que a histérica se apresenta como "doente"! Mas quando eram os teólogos que detinham o discurso do saber sobre o homem, eram eles que se viam interpelados pelas "possuídas". Os exorcismos tinham, sem dúvida, a mesma eficácia que nossos tratamentos médicos sobre as histéricas: imprevisível. O diabo se metia nisso e muitas vezes era o exorcista que saía vencido do caso. Era pela possuída que, por sua vez, ele se fazia possuir.

Por que a histérica é uma mulher? Pela mesma razão que, do lado do saber, trata-se de um homem. A estatística constata, mas não explica. Sem dúvida a velha teoria do útero móvel que ocasiona toda espécie de doenças, chamadas histéricas, não é tão má. Com esse *útero escondido,* nunca se sabe se ele não se evadiu para o lugar do corpo de que se queixa a histérica. Ao visível, revelado pelo homem (de ciência), corresponde o visível de seu pênis. Ao invisível do útero corresponde a conivência da mulher com as forças obscuras. Já que testemunho vem de *testes,* o que pode "atestar" uma mulher que, por definição, não o tem? Pelo menos é este o juízo que não pode deixar de fazer o homem do saber.

Pois, o que faz a histérica nada mais é do que significar-se ela mesma em sua subjetividade através dos sintomas que ocupam o lugar S_I: S _ S_i. Estes sintomas, que ela produz aos montes,

tem um estatuto particular como significantes em relação à cadeia significante S_2 S_3 S_4 na medida em que eles a solicitam; o saber se ve aí constantemente interrogado, sem por isso constituir a ligação articulada (entre S, e S2) pela qual se constitui o discurso do mestre. As histéricas são teóricas. O que podemos compreender em diversos níveis: no sentido em que uma conversão somática coloca um problema teórico. No sentido, também, em que Freud fala das teorias sexuais da criança que as histéricas ressaltam. No sentido em que Lacan fala da situação histérica em que está colocado fazendo seu seminário. No sentido, enfim, em que Kepler estuda paralelamente a astronomia e o sonho, mostrando com isso que não quer desconhecer o lugar da subjetividade do cientista. O lugar da histérica é aquele em que o destino de seu discurso é mais problemático. Ele visa produzir saber, constituir uma cadeia significante, por isso o colocamos sob S,:

mas, na falta de ser admitido como tal, seu discurso é considerado apenas como remetendo-a a ela mesma, a sua subjetividade, a sua loucura, a essa fogueira onde também se encontram os homens de ciência, ou pelo menos seus livros.

Resta que a função mesma da emergência dos significantes tem por função mascarar sua fantasia, sua relação com o objeto "a". Por isso, na fórmula do discurso histérico, é sob a barra, abaixo de S,, que o colocaremos:

4?) O discurso do analista, vindo por último, é o único que fornece articulações em que esse desejo se inscreve. Ele coloca em primeiro lugar o objeto "a", situando-o em sua relação com o Sujeito 5: a > S. Longe de ser uma objetivação, e portanto ao contrário de uma psicologização, a psicanálise é subjetivante mostrando a função estrutural da fantasia na relação entre o Sujeito e o objeto "a" (S O a).

O objeto "a" é o objeto primeiro e último do desejo. E o objeto perdido, aquele de que até mesmo a lembrança se apaga. A lei não diz apenas que não se deve gozar do objeto proibido, não se deve nem mesmo desejá-lo, isto é, conhece-lo, nem desejar conhecê-lo. A interdição, desviando o Sujeito do objeto primeiro de seu desejo, o pressiona a fazer o desvio da procura de qualquer objeto, o qual assume valor de objeto substitutivo. Freud mostrou como a renúncia à mãe ausente se obtém pelo jogo da substituição do carretel e das palavras "Fort-Da" ao desaparecimento do objeto amado. O carretel, ou as palavras, ou qualquer outro objeto, pode assim ocupar transitoriamente o lugar do objeto "a". Não é sua realidade que lhe faz o preço em relação ao Sujeito, mas a possibilidade de se articular em sua fantasia.

Para devolver a fantasia a sua função, é preciso destituir o objeto do saber do qual é constituído pelo discurso do mestre. E o que esbocei no capítulo 2 em relação à maçã. Para que possamos valorizar sua função como puro logro no jogo entre Jill e Jack, é preciso inicialmente demonstrar seu pouco de realidade como alimento, o que deixa aparecer sua importância tanto num quanto no outro protagonista, em função do que podemos supor de suas fantasias e de sua relação a um fundo cultural comum que não é muito ousado supor, visto que já supomos que eles falam a mesma língua. Assim, S2, o saber sobre o objeto maçã tal como pode ser conhecido pelo discurso científico, deve ser posto de lado, e mesmo o saber sobre o mito da maçã, se quisermos conhecer a fantasia pessoal de Jack e Jill. S2 será colocado sob a barra:

Da colocação do "a" em primeiro lugar resulta a produção de S, como significante em sua relação com S. Nós o escreveremos sob a barra, pois aí são localizáveis como representando o Sujeito em sua divisão. A fórmula do discurso do analista se escreve:

A partir destas formulações sobre os quatro discursos, eu não queria deixar de assinalar que a posição pessoal do médico procede necessariamente de cada um deles. No essencial, ele é discurso do mestre, no estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico, na pesquisa, na sua constante posição de conquista em relação ao desconhecido da doença. Ele é também discurso

universitário, quando, a partir do saber constituído da medicina, oferece a terapêutica como um benefício que restitui ao doente. Isto constitui no essencial o discurso médico propriamente dito, o qual oscila continuamente de um a outro, do discurso do mestre ao discurso universitário.

No entanto, o médico não deixa de estar situado na posição histérica. O que enfatizamos para o mestre do discurso nos mostra que ele não pode desdenhar de ter de se significar a si mesmo, isto é, como médico. E o "titular", chamado a representar o homem que encarna o saber diante dos outros estudantes e dos outros médicos, deve também se significar como tal numa atividade que não se limita à pura prestância. Pois não é dando representação de sua fantasia que ele se imporia à estima que deve dar de si mesmo. Com isso, assegura-se a produção de significantes novos, dos quais alguns serão inscritíveis no discurso médico.

Enfim, não poderíamos desconhecer que o médico pode ser levado pessoalmente a adivinhar que seu doente tem outra coisa em mente do que se oferecer ao discurso médico, o que o conduzirá a ter, às vezes, uma escuta de seu doente que não visa introduzi-lo neste discurso. Mas nisso ele deixará de ser médico, o que não quer dizer que ele será por isso capaz de sustentar a posição do psicanalista. Que ele seja, então, levado a renunciar a medicalizar a demanda que lhe é feita já é dar prova de uma rara audácia.

$$\frac{a}{S_2}.$$

12
Clínica médica e clínica psicanalítica

Geralmente, considera-se que a clínica psicanalítica se distingue da clínica médica pelo fato de não se dirigir a uma mesma categoria de "doentes", de modo que o único interesse do confronto das duas clínicas consiste em colocar convenientemente os critérios de discriminação entre as duas categorias de doentes, a fim de decidir uma orientação terapêutica. Isto reduz o problema àquele clássico e rotineiro em medicina, o da determinação da oportunidade de intervenção deste ou daquele especialista médico para um sintoma apresentado por um doente. Por exemplo, um distúrbio da visão pode depender do oftalmologista, mas também do neurologista ou do endocrinologista, do diabetologista etc. Há um problema inicial de orientação de diagnóstico e não seria conveniente que um simples oculista, ignorante de medicina porque não é diplomado, se metesse a colocar óculos em alguém acometido de uma afecção ocular, neurológica ou outra. Do mesmo modo, o doente deve consultar um médico oftalmologista, o qual empreenderá, ele mesmo, um tratamento ou o encaminhará, se necessário, para um outro médico especialista, ou ainda para um oculista que lhe fornecerá óculos.

Em relação à ordem médica, o estatuto do psicanalista é semelhante ao do oculista. Estatuto que pende para o lado do oftalmologista, se ele for médico; para o do oculista, se ele não for. Não é unicamente o corpo médico que lhe impõe tal estatuto. Os próprios psicanalistas, na falta de identificar o que constitui a originalidade de seu próprio discurso e de sua clínica em relação à medicina, se deixaram confinar nesta alternativa. Alguns não enfrentaram o ridículo reclamando publicamente, como Marie Bonaparte, que lhes fosse concedido um estatuto comparável ao dos cirurgiões-dentistas e das parteiras? Esta situação subordinada, mesmo se não é considerada como menor, não é aceitável porque não põe em evidencia o fato de que a psicanálise instaura um outro discurso, portanto, uma outra clínica.

Na prática, os médicos proclamam de bom grado que é escandaloso que um analista deite em seu divã um doente acometido de tumor cerebral ou de sífilis nervosa, que justificariam um tratamento apropriado. Ao que os psicanalistas retrucam que o número de neuróticos e de histéricos submetidos a intervenções médicas e cirúrgicas inapropriadas é muito mais importante, e que as conseqüências de tais erros não são menos temíveis, mesmo no plano vital, pois um neurótico pode ficar desesperado com o fato de sua demanda não ser ouvida lá onde deve ser e pode ser conduzido a soluções desesperadas.

Tais acusações dependem de uma certa má fé recíproca, pois, na maioria das vezes, não é ao psicanalista que convém imputar a alegação de "causas psíquicas" para os sintomas de um doente. É o próprio médico, ou a família, que recorre de bom grado a esse diagnóstico etiológico muito cômodo, que só é estabelecido em razão da exasperação que a persistência das queixas obtém, enquanto que o diagnóstico propriamente médico não foi feito. Acontece, assim, de um doente ser engajado pelo seu médico numa psicoterapia improvisada, associada a uma quimioterapia, ou mesmo enviado ao psicanalista, como o teriam enviado ao curandeiro, em desespero de causa, mas sem que exames elementares tenham sido praticados. Haveria algum abuso, nesse caso, em atribuir à psicanálise a responsabilidade da atitude demissionária de certos médicos muito apressados.

Ao contrário, a multiplicação abusiva dos exames paraclínicos, dos tratamentos médicos e cirúrgicos nos neuróticos depende muitas vezes menos da incompetência do médico que de sua

crença (mais ingênua que interessada) de que os efeitos psicoterapêuticos de um confronto do neurótico com "realidades" deveriam acabar tranqüilizando-o ou, pelo menos, dissuadindo-o de recorrer ao médico. Isto não se produziria se os médicos não estivessem tão freqüentemente persuadidos de que uma cura psicanalítica é uma empreitada longa, misteriosa, onerosa e suspeita de charlatanismo.

Esta suspeita não é sem fundamento, pois o médico não conhece da psicanálise senão sua ideologia, ou melhor, seu mito, difundido pelo número considerável daqueles que, como diz A. Lussier, "não tem pressa em nada mais senão (...) uma vez terminada sua formação (...) se afastar da psicanálise",' para retornar ao exercício da psiquiatria, ou da medicina dita psicossomática, podemos acrescentar. Invocando o "fator psíquico" em cada doença somática e a "complacência somática" em cada neurose, praticam-se assim arriscados *bricolages* em que o ecletismo terapêutico ocupa lugar de doutrina numa total confusão teórica. Não nos cabe demorarmos sobre tal "medicina" que, sob o pretexto de encarregar-se do "homem total", de fato só tende a constituir o médico em homem-orquestra. Sob a aparência de um militantismo terapêutico, ela só serve para o retorno a uma prática médica e psiquiátrica tradicional daqueles que assim ganham dinheiro com uma furtiva viagem junto a uma disciplina psicanalítica, rapidamente esquecida ou desviada. Os lugares onde, em princípio, médicos e psicanalistas se encontram são, sem dúvida, aqueles onde tudo pode ser dito, porque são sem possibilidade de rigor. Na melhor das hipóteses, são lugares de transição onde se afirmam vocações; na pior, pantanos onde se afundam veleidades. O simples desenvolvimento do conceito de epistemossomática, dado por Lacan, permitiria sair desta divisão entre *psyche e soma,* que o hífen de "psicosomático" acaba de separar.

. Além dos comprometimentos indecisos ou interessados, existe a grande incerteza doutrinária dos próprios psicanalistas no que diz respeito à medicina. Freud só se afastou pouco a pouco do vocabulário médico, afirmando, ao mesmo tempo, diversas vezes, que a psicanálise não fazia, propriamente falando, apelo a conhecimentos médicos; do mesmo modo sua prática devia ser autorizada a não-médicos. Ele escreveu igualmente: "A psicanálise, nos seus inícios, foi apenas um método terapêutico, mas eu gostaria que o interesse dos senhores não recaísse exclusivamente sobre esta utilização, mas também sobre as verdades que encerra nossa ciência, sobre as conclusões que ela permite tirar a propósito do que toca o homem mais de perto: seu próprio ser, enfim, sobre as relações que ela descobre entre as mais variadas formas da atividade humana".'

(1) A. Lussier, "Évaluation des candidata à la promotion psychanalytique", in *Etudes freudiennes, 1-2, 1969, p. 98.*

Mas, em larga medida, se continua a considerar que o que constitui o campo freudiano é uma extensão interessante, mas facultativa, da psicanálise, permanecendo como sua vocação essencial a cura das neuroses e também de algumas "doenças" mentais ou não. O estatuto do psicanalista não-médico continua menor nas instituições psiquiátricas e psicopedagógicas, onde ele trabalha sob a responsabilidade de um médico e sob a ameaça de que um regulamento administrativo venha pôr fim ao que é apenas úma tolerância, aliás, subpaga. Quando as autoridades se opõem, como foi o caso no momento da fundação da Sociedade Psicanalítica Portuguesa, os analistas não-médicos são excluídos.

É verdade que não se trata aí de submissão unicamente ao poder médico. As sociedades psicanalíticas resistem muito pouco ao poder público: os judeus não foram afastados da sociedade psicanalítica alemã no tempo do nazismo? Podemos nos perguntar para que serve uma Sociedade Psicanalítica Internacional se não é capaz de fazer respeitar uma decência elementar e se se presta a ser apenas uma correia de transmissão dos poderes públicos, como também o faz a Ordem dos médicos. Estes não são acontecimentos anedóticos sem importância que podemos fingir acreditar que não se reproduzirão. Os psicanalistas perdem toda possibilidade de resistir aos poderes quando teorizam como critério de normalidade a adaptação à sociedade. Precipitando-se em

aceitar a cadeira extra que oferece o Establishment, sobretudo medico, mas também universitário, os psicanalistas adquirem sem dúvida algumas vantagens imediatas, mas perdem aí o que constitui sua vocação própria. Assim, seguem a inclinação do discreto retorno à ordem médica e universitária. É o princípio mesmo da função superegóica de uma *ordem* à qual seria necessário se curvar e se adaptar que a psicanálise coloca em causa, tanto em sua relação com os poderes públicos quanto nas curas individuais.

(2) Freud, Nouvelles conferences. Éclaircissements, applications, orientations.

Pela psicanálise, é a noção mesma de psicoterapia que se acha subvertida. A hipnose e a sugestão estavam em continuidade direta com o discurso médico no sentido de que o médico, aí, mantinha o comando sobre as idéias justas que o doente devia ter - no lugar de suas próprias - para que desaparecesse a neurose. Bastava apenas triunfar sobre suas "contra-sugestões". Sem dúvida, alguns "analistas" só fizeram retomar esta posição, considerando que seu papel era dar ao paciente a justa teoria de sua organização libidinal e que sua função era triunfar sobre as "resistências" que lhes eram opostas: no que eles não fizeram senão propor um endoutrinamento mais sutil. Mas a teoria psicanalítica não é um corpo doutrinal que seria conveniente ensinar; ela é o conjunto de referências que permitem ao analista ouvir seu paciente. Do que este sofre é de não poder dizer o que tem a dizer, é de não "representar" suas pulsões a não ser sob a forma desconhecível de seus sintomas. A interpretação do psicanalista não é, pois, a enunciação da justa doutrina, mas a pontuação dos cruzamentos *significantes* onde se detém e se desvia a enunciação do desejo do paciente.

Paralelamente, é também a noção de doença mental que é subvertida. O médico continua a ter e não pode ter a seu respeito outra fórmula a propor senão fazer um diagnóstico de eliminação. No século XIX, as doenças mentais eram classificadas ao lado das "febres essenciais" como não correspondendo a nenhuma lesão anatomopatológica visível. Mais tarde, no tempo de Charcot e Babinski, a histeria era inicialmente um diagnóstico de eliminação com relação aos acometimentos neurológicos. Ainda hoje, a medicina nada mais tem a dizer a seu respeito, tendo fracassado todas as tentativas de descobrir, ao nível tissular, celular ou molecular, uma etiologia das doenças mentais, apesar da esperança nascida a partir de descobertas sobre doenças muito particulares, como a paralisia geral, a idiotia fenilpirúvica ou o mongolismo. Definindo as doenças mentais pelo fato de apresentarem sintomas sem causa localizável no discurso médico, a medicina as rejeita para o registro de um imaginário que se opõe ao "real"; o real tal como o pensam os médicos. Assim concebido, o imaginário não é nada mais que a inexistência, absolutamente nada. A resposta "você não tem nada" do médico ao "funcional", à histérica, ao fóbico etc., significa a inexistência destes sintomas no discurso médico, e finalmente a inexistência do consultante como tal.

Não é admissível para o psicanalista aceitar as neuroses como um diagnóstico de eliminação a partir do discurso médico, e em particular praticar ou fazer com que sejam praticados exames clínicos e paraclínicos destinados a justificar a indicação da cura psicanalítica. Além mesmo do fato de tal empresa inaugural ter todas as chances de constituir um empecilho considerável, e talvez insuperável, para a análise a ser empreendida, ela institui o psicanalista numa posição médica que é demissionária em relação à disciplina propriamente psicanalítica.

Desde a publicação do caso Dora,[3] Freud dá um impressionante exemplo do que pode a clínica psicanalítica no estabelecimento de um diagnóstico: "Um outro médico me enviou certa vez sua irmã para tratamento psicoterapêutico, a qual tinha sido durante anos tratada sem êxito de histeria (algias e marcha anormal). O breve relato que me fez pareceu-me bastante compatível com o diagnóstico. Em minha primeira sessão com a paciente levei-a a contar ela mesma sua história. Quando a história saiu perfeitamente clara e encadeada, apesar dos notáveis acontecimentos particulares a que aludia, eu disse a mim mesmo que o caso não podia ser de histeria...". Assim, foi sobre a ausência de distúrbio da rememoração que Freud fez seu diag-

nóstico, que é então aqui um diagnóstico de eliminação a partir da teoria psicanalítica. A possibilidade que sua doente tinha de fazer um relato circunstanciado de sua vida sexual lhe parecia um fato tão seguro para eliminar o diagnóstico de histeria quanto pode ser para um médico a constatação de um funcionamento fisiológico normal. Ele igualmente acrescenta: "... e imediatamente procedi a um cuidadoso exame físico. Isto levou ao diagnóstico de um estágio não muito avançado de Tabes, que foi mais tarde tratado por meio de injeções de Hg (01. cinereum) pelo professor Lang com resultados acentuadamente benéficos".

A clínica psicanalítica permite sobretudo estabelecer um diagnóstico positivo. Tomo ainda emprestadas de Freud as linhas seguintes: "Pouco tempo antes do fim do ano, tinha um doente cujo diagnóstico não sabia como fazer. Ele parecia ter uma grave doença orgânica da medula espinhal, mas eu não estava certo disso. Era tentador um diagnóstico de neurose, que teria posto fim a todas as dificuldades, mas o doente rejeitava nitidamente qualquer anamnese sexual, e não posso admitir neurose sem esta espécie de antecedente. No meu embaraço, chamei para ajudar-me um médico pelo qual tenho o maior respeito e perante cuja autoridade inclino-me de bom grado. Expliquei-lhe minhas dúvidas, ele as achou justificadas e disse em seguida: `Continue a observar seu doente, você verá que se trata de uma neurose'. Como sabia que ele não partilhava de minha opinião sobre a etiologia sexual das neuroses, calei-me, mas não escondi minha incredulidade. Alguns dias depois, disse ao doente que nada poderia fazer por ele e aconselhei-o a procurar outro médico. Então, para minha grande surpresa, ele se desculpou por ter me mentido, tivera muita vergonha; revelou-me a etiologia sexual que eu procurara e da qual necessitava para admitir a neurose. Isso foi um alívio para mim, mas ao mesmo tempo me envergonhou; tive de confessar que meu colega vira mais claramente que eu. Resolvi dizer-lhe quando o revisse que ele tinha razão e que eu estava errado".'

(3) Freud, *Cinq psychanalyses,* PUF, p. 99, nota *1. (Fragmento da análise de um caso de histeria,* Edição *Standard* Brasileira, vol. VII, Imago, Rio de Janeiro, 1972, p. 15, nota 1. (N. do T.))

Está claro que, para Freud, o diagnóstico de neurose não poderia ser colocado como um diagnóstico de eliminação e que, ao contrário, é indispensável colocá-lo a partir de indicações que repousam sobre o que a teoria psicanalítica nos permite conhecer das neuroses. Hoje, os psicanalistas se confrontam com problemas análogos. Tive a oportunidade de conhecer a história de uma mulher acometida por um estado depressivo acompanhado de insônias e vertigens. O eminente neurologista que consultou estimou, após te-Ia examinado cuidadosamente no plano neurológico, que se tratava de manifestações histéricas e a aconselhou a voltar a ver o psicanalista que a havia acompanhado durante muitos anos. Este afirmou, ao contrário, que os distúrbios apresentados pela doente não podiam ser atribuídos à sua neurose, porque eram incompatíveis com o que ele podia conhecer de sua estrutura. Poucas semanas depois, apareceram sinais de tumor cerebral, que não tinham sido objetiváveis durante os primeiros exames, sem dúvida devido ao aumento da vigilância da doente durante a consulta. Uma rápida e fatal evolução veio infelizmente confirmar o que o psicanalista teve meios de solucionar antes do neurologista.

(4) Freud, *Interpretation des rêves,* PUF, p. 260.

Não é, sem dúvida, nos mesmos termos que os psicanalistas formulariam hoje os princípios enunciados por Freud. Os distúrbios da memória das histéricas seriam colocados mais explicitamente em relação com a transferência. Do mesmo modo, na história clinica relatada na *Interpretação dos sonhos,* poderíamos lembrar a Freud que, segundo sua própria teoria, ele deveria esperar que a etiologia sexual não lhe fosse desvelada imediatamente. Dito de outra forma, o erro de diagnóstico que ele confessa com vergonha (a mesma vergonha que a de seu doente para falar de sexualidade) só vem confirmar mais ainda sua teoria, uma vez que esta só considera a etiologia sexual como estando na origem da neurose se for acompanhada de distúrbios da rememoração ou de recusa de submeter os problemas da sexualidade ao exame proposto. Tudo isto já é tomado no jogo da transferência e da contratransferência. A amnésia de um ou a

reticência do outro são sintomas tão dignos de serem notados quanto os outros sintomas. Não se trata de vencê-los, mas de interpretá-los. A clinica psicanalítica começa aí, nas manifestações transferenciais, que é o lugar onde se detém a clínica médica.

Os médicos não ignoram, no entanto, que a ligação do doente a seu médico tem uma importância muito grande nos termos da "confiança", seja procurando favorece-lo, seja frustrando-o quando o doente, por temor, desconfiança ou pudor, esconde certos sintomas ou se recusa ao tratamento. Mas esta constatação só tem importância como elemento contingente, inessencial à prática médica propriamente dita. A evolução da doença depende da observância dos ritos médicos, independentemente dos sentimentos conscientes ou inconscientes que o doente tenha por seu médico.

Do mesmo modo, a clínica médica se dá, com razão, o direito de transgredir tudo o que concerne às posições subjetivas do médico e do doente. O médico se serve da confiança do doente e dos que são próximos a este para obter o máximo possível de informações e usa de sua autoridade para impor, tanto quanto puder, todos os exames clínicos e paraclínicos possíveis a fim de estabelecer seu diagnóstico com a maior certeza e precisão possíveis. Da mesma forma, decide o que convém fazer em função de critérios médicos que só ele conhece, e se empenha em fazer com que essa decisão seja aceita, mesmo que para tanto tenha de minimizar o risco da solução adotada (para não despertar a angústia de seu paciente) e traçar um quadro sombrio do que ocorrerá se sua prescrição não for executada. Em nome do princípio de que o saber está no médico e a ignorância no doente, ele se acha justificado para decidir enquanto mestre absoluto, não podendo ninguém duvidar de que ele sabe melhor que qualquer outro qual é o bem de seu doente e de que ele não pode não desejar este bem.

A clinica psiquiátrica não difere fundamentalmente da clínica médica. Também aí o que importa é coletar o máximo possível de informações, que são obtidas junto à família e à assistente social com tanto ou mais respeito do que junto ao doente. Em grande parte, tal método depende do interrogatório policial, o que não exclui nem os métodos de intimidação, nem a astúcia. Já se comparou o interrogatório psiquiátrico com as touradas em que o louco, como o touro, é esperado em certos cruzamentos com reações previsíveis, investindo contra o que surgir de vermelho, e, assim, se oferecendo à estocada, ao término de um combate que não é nem mesmo duelo e cujo desfecho é previsível. Esses brilhantes combates atraíram numerosos espectadores e constituíram a glória dos grandes clínicos. Hoje, a utilização do saber psicanalítico aí não é inútil. Ele permite pelo menos agitar um trapo vermelho a mais. Mas aqui a psicanálise é posta a serviço de um projeto que não é o seu, más médico. Só se trata aqui de justificar a prisão, pelo menos numa categoria nosológica preparada de antemão. $ também um método que tem seus limites. Nem todos os loucos são bons touros e a clínica psiquiátrica sempre sofreu do fato de que tudo nela estava centrado em torno do que constituía seu momento de glória: a apresentação de "belos doentes" pelo "titular", justa brilhante cujo reflexo os jovens médicos se esforçavam em dar na apresentação de doentes nos concursos. As pressões do espetáculo privilegiam certos doentes e, em cada um deles, o que se oferece para ser visto. O espetáculo pode mesmo ser tornado mais brilhante pela cumplicidade dos touros, dos quais também é o momento de glória no terno universo asilar. O que se passa numa consulta pública é necessariamente marcado pela auto-satisfação que cada um tira dela, o clínico e o doente por terem sido brilhantes, os espectadores por terem sentido o calafrio da proximidade com a loucura e o sentimento de terem compreendido alguma coisa.

O que não ultrapassa as luzes da ribalta, não chega ao público, é menos conhecido pela clínica psiquiátrica. Do mesmo modo, quase não se vê que o louco aprende rapidamente o que deve confessar de seu delírio e o que dele deve "criticar" em função do que quiser obter dos psiquiatras. Entretanto, ele aprende isso como o delinqüente também aprende rapidamente o que interessa calar ou confessar à polícia. Sabe-se que tal jogo existe, mas só isso, quer dizer, na medida em que ele vem se inscrever nas regras que a clínica psiquiátrica impõe. Para dar conta disso existem, certamente, termos apropriados: desconfiança, dissimulação, autismo... que são,

igualmente, etiquetas que se acrescentam à ficha do doente. Assim, a clínica psiquiátrica não pode conhecer senão os lugares que ela própria constituiu como sendo aqueles onde sabe que o outro vem com a maior boa vontade tropeçar. Lugares que são constituídos pelo discurso dominante do qual o psiquiatra é o avisado porta-voz.

O lugar em que aparece o sintoma não é e não pode ser independente de seu encontro com o discurso do Outro, e isto é, evidentemente, tão mais verdadeiro quando nos dirigimos ao psicanalista do que quando falamos ao médico ou ao psiquiatra, uma vez que o Outro, aquele que Lacan escreve com um A maiúsculo, contém o "tesouro dos significantes", isto é, também o discurso dominante. O discurso analítico não deixa de reforçar, na medida em que está amplamente difundido, esse discurso dominante e, por esta razão, contribui para constituir uma sintomatologia que seria, sem ele, localizável de modo inteiramente diferente. Chamamos, assim, de frigidez o que não era senão pudor ou reserva feminina. Perturbações da vida sexual ou social, agrupadas outrora nas categorias da perversão, da delinqüência, da criminalidade, são interpretadas como sintomas pelos próprios interessados, independentemente de qualquer coação, jurídica, social ou outra. A extensão da noção dos sintomas vai muito longe. Quando Lacan diz da greve que ela é um sintoma, ou ainda: "A mulher é o sintoma", não se trata aí de simples fórmulas paradoxais destinadas a encerrar numa nova psicopatologia os avatares da vida sexual e social. Os fatos ordinários e extraordinários da vida privada ou pública constituem, igualmente, lugares em que se pode interromper e conseqüentemente se esconder o discurso de cada um. Isto não com

porta nenhum juízo de valor, pois, do mesmo modo, um brilhante êxito escolar, social ou profissional e mesmo uma "normalidade" sem falha podem constituir as fortalezas onde se refugia uma subjetividade frágil.

A tradicional sintomatologia psiquiátrica, proveniente do modelo médico, tem pouco peso em relação ao que nos impõe uma clínica que deve se fundamentar numa apreciação dos "investimentos" do sujeito e de suas inserções numa vida pessoal e social, que não podemos considerar *a priori* que fornece um modelo ao qual seria conveniente de saída o sujeito se adaptar, ao passo que ele está às vezes, se não muitas vezes, mais fundamentado para combater. Não há lugar, incluindo aí realização de uma atividade científica... ou psicanalítica que não deva ser considerado eventualmente como um sintoma, definível como o refúgio no qual o sujeito abriga e esquiva os impasses da organização de suas fantasias.

Uma vez que, finalmente, tudo pode se constituir como sintoma, já que a psicopatologia da vida quotidiana deve incluir não somente os fracassos, os malogros identificados por Freud, mas do mesmo modo aquilo que é geralmente aceito, senão valorizado, a partir do que o sintoma será localizável pelo psicanalista? É a "regra fundamental" que para o psicanalista assim como para o paciente constitui a medida em que se julga o discurso daquele que o pronuncia: "Diga qualquer coisa, sem discriminação, tudo o que lhe vier ao espírito". Não se trata aí de um simples imperativo técnico. Regra que o sujeito, em caso algum, pode seguir como lhe foi ditada, como ele quer ou acredita poder fazê-lo. É como falta a esta regra que se manifesta o sintoma: isto é, como um silêncio, mesmo se for no ruidoso estouro de uma patologia espetacular ou sob a forma de uma atuação em que a pulsão vem se enterrar. A regra fundamental, que é aquela na qual o discurso toma a medida de seus próprios impasses, não é o fruto de uma reflexão teórica, mas o produto das dificuldades que Freud encontrava com seus pacientes e das quais as duas citações fornecidas anteriormente dão apenas uma visão rápida. Dificuldades sobre as quais se poderia dizer que se resumem nisto: *o paciente,* independentemente de sua boa ou má vontade, *não diz o que queria dizer, e diz o que não queria dizer,* isto é, seu discurso não é aquele que ele crê. É, pois, somente em função da persistência do discurso médico que a consulta junto ao psicanalista se faz segundo o modelo médico tradicional. Enumeração dos sintomas pelo consultante: interrogatório mais ou menos sistemático a fim de fazer com que apareça uma sintomatologia que o paciente poderia desconhecer ou esconder, avaliação da "força do Eu", reflexo muito vago e impreciso da já vaga noção médica de boa saúde geral e de constituição robusta, permanecendo mais incerta a avaliação das chances de "cura", uma vez que esta não pode de forma alguma ser

apreciada como em medicina, onde se caracteriza como o retorno ao estado anterior. Sob todos os planos, quer se trate de semiologia, de diagnóstico, de prognóstico, de indicação terapêutica, a retomada do modelo médico só pode se desviar daquilo que constitui a originalidade, a especificidade da clínica psicanalítica.

A "demanda" do paciente, que constitui apenas uma introdução, nem mesmo necessária, jamais decisiva, para o estabelecimento da relação médica, toma um lugar preponderante na relação analítica. Se não fosse assim, a avaliação do que é sintoma estaria na dependência do puro arbitrarismo, uma vez que qualquer coisa pode se constituir como sintoma, na medida que o ponto de apoio do discurso é marcado não somente pelos sintomas no sentido tradicional, mas também por aqueles - inclusive o desejo de tornar-se psicanalista - que aparecem no decorrer das primeiras entrevistas, ou muito mais tarde durante a análise. É da experiência corrente o fato de que, por mais atenta que tenha sido a investigação levada durante as entrevistas preliminares para recolher os fatos sintomáticos, só mais tarde se descobre, durante o percurso, pedaços inteiros da vida do paciente que conduzem a uma revisão da interpretação que se pôde dar, num primeiro momento, de sua organização estrutural: o que deve desviar o psicanalista de um interrogatório do tipo policial, que seria uma transposição do exame clínico do tipo médico, e também incitá-lo a maior reserva quanto ao estabelecimento de um "diagnóstico" e de um "prognóstico" precisos, no sentido em que ambos são entendidos em medicina, pois a cura psicanalítica que será eventualmente empreendida nada tem a ver com a aplicação de uma terapêutica na qual o psicanalista seria o mestre-de-obras no plano técnico. O objetivo dado por Freud de se obter o levantamento da amnésia infantil não é, propriamente falando, uma visão terapêutica, sendo a "cura", ou melhor dizendo, as modificações sintomáticas e estruturais, um *benefício suplementar*. É a demanda do paciente que sustenta, não somente no decorrer das entrevistas preliminares, mas também durante a cura, a pesquisa do material recalcado, isto é, não somente dos eventos que ocorreram na vida e particularmente na primeira infância do paciente, mas sobretudo a evidenciação de sua organização fantasística, numa permanência que reata sua história a sua vida atual.

A clínica psicanalítica, pelo fato de estar centrada em torno da possibilidade de empreender e prosseguir uma cura, coloca então em questão a demanda do paciente, já que é dela que dependerá a todo momento o prosseguimento da cura. Escorado pela enumeração de seus sintomas, de suas angústias, de suas infelicidades, o desejo do paciente é ainda menos evidente, no que concerne à sua cura, do que em medicina. A neurose é, segundo Freud, a solução mais "econômica" para os conflitos. Cabe, portanto, esperar que a neurose se defenda, "resista" à análise que recoloca em causa uma organização neurótica que só comporta aspectos negativos e penosos. Os mecanismos que presidiram o recalcamento continua a funcionar na idade adulta tanto quanto na época em que seu papel foi determinante. A teoria, como a prática psicanalítica, não deixa supor que a cura possa se desenrolar sem dificuldades.

O que constitui, pois, questão para o psicanalista é o que determina alguém a consultá-lo. *E* notável, mas nada surpreendente depois do que vimos, que não sejam os trâmites médicos habituais que decidam na maioria das vezes as curas analíticas a serem empreendidas. Notável porque os médicos estão sobrecarregados desses neuróticos, psicossomáticos, funcionais e outros, que lhes aborrecem porque pouco podem fazer por eles, e para os quais a psicanálise oferece uma saída que, no plano da sintomatologia tradicional, é finalmente muito mais "eficaz" que a maior parte das especialidades médicas às quais os médicos não hesitam em recorrer. Não é, entretanto, surpreendente que o recurso ao psicanalista geralmente se faça em último caso, depois de todas as outras tentativas terem fracassado, e nas piores condições, algo como se aconselhássemos uma peregrinação a Lourdes ou uma visita ao curandeiro. O psicanalista consultado nessas condições é uma espécie de mágico moderno, o qual permitimonos supor que possui receitas inexplicáveis, mas talvez eficazes. Em tais condições, o consultante chega, portador de um discurso que não é de forma alguma o dele, mas aquele, ambíguo, do médico, que só a contragosto se resigna diante desta confissão de uma derrota da ciência, da qual é o porta-voz. O psicanalista, na maioria das

vezes, está situado na alternativa de ter de aceitar uma situação difícil, em que o consultante é o intermediário de uma partida que é jogada, de fato, entre o médico e a análise, senão o próprio analista, ou de ter de instaurar bases novas para o empreendimento analítico, com o risco de contradizer seu correspondente... e de aliená-lo de si. Pois não é fácil passar do discurso médico ao discurso analítico nem para o consultante, nem sobretudo para o médico, quaisquer que sejam sua boa vontade e sua abertura para uma disciplina que lhe é fundamentalmente estranha.

O que determina alguém a pedir uma análise é pouco localizável em função dos critérios médicos tradicionais. Tomamos conhecimento assim de que é a morte de um próximo, o casamento de uma irmã, a entrada em análise de um amigo, o acaso de uma leitura ou mesmo o término dos estudos, se não for a resolução de uma situação conflitiva antiga, a cura de uma doença orgânica etc. que desencadearam a decisão. Determinada pessoa que, há muito tempo, pensava fazer uma análise, mas "não acredita nisso", decide-se a empreendê-la no dia em que toma conhecimento de que seu marido não é o filho de seu pai legítimo! Outro, habituado há muito tempo a ser traído, se não consentindo, pelo menos resignado, subitamente descobre que a situação é intolerável lendo uma carta do amante de sua mulher: ela está cheia de erros de ortografia, o que evidentemente não é suportável quando se é professor de letras! Poderiamos multiplicar ao infinito os exemplos que o médico não pode acolher a não ser como sendo da ordem do anedótico, do gozado, mas nos quais o psicanalista deve ver fatos em que se revelam as falhas de uma estrutura. O consultante geralmente não os adianta porque não espera que seja isto que será ouvido em seu discurso, e também porque não pode fazer nada com isso. Insignificantes por enquanto, tais fatos só aparecerão como significantes e sintomáticos em relação a um discurso psicanalítico que resta instaurar.

A clínica psicanalítica passa muito menos que a clínica médica pelo que é contabilizável nas categorias nosológicas que definem o patológico. O que ela leva em conta não é, entretanto, o "sofrimento" do sujeito, enquanto estivesse identificado à dor que ele experimenta: a organização neurótica suporta a dor com um masoquismo que não desmente a queixa do interessado e a afirmação de que ele não aspira senão a uma vida melhor que a que lhe é imposta. Conforta-se com o espetáculo de sua dor mais facilmente, se não mais felizmente, que com as ambigüidades do discurso que se pode sustentar a partir de sua posição subjetiva. Aquele que vem se oferecer como espetáculo, ou se propor como objeto para a demonstração da suposta potência do analista, este só pode opor sua recusa de entrar no sistema neurótico constituído. Esta recusa, isto é, seu silêncio, é o que permitirá à cura desenvolver-se.

A questão da transferência já está presente nas primeiras trocas de réplicas que constituem as entrevistas preliminares. Analisando e analista aí se medem, tomam posição e avaliam se se convêm um ao outro. As razões da tecnicidade de um, do interesse científico sobre o outro que prevalecem na consulta médica, não podem servir de álibi suficiente para a decisão de uma cura psicanalítica a ser empreendida. Se o médico pode pretender calar seus sentimentos pessoais, se o doente pode aspirar apenas a encontrar o melhor especialista, não se pode ao contrário decidir a respeito desta coabitação que será pelo menos uma psicanálise durante anos sem prever o modo pelo qual ela terá início. Transferência e contratransferência já estão situadas, o que não significa amor ou confiança, mas sobretudo possibilidade de entrever que a partida não está decidida de antemão e que seu interesse será mantido. Muitos elementos contingentes intervêm nesses primeiros encontros, os quais determinam a decisão da análise e também a escolha do analista. Eles não concorrem necessariamente para a melhor escolha, nem para a melhor decisão, a menos que se queira manter a ficção de uma melhor cura psicanalítica possível.

Pois a noção mesma de cura psicanalítica mais ou menos bem-sucedida deve igualmente ser retomada dentro de uma problemática nova. Enquanto que o discurso medico é portador de uma norma (mesmo se esta norma está adaptada às possibilidades que o "doente" pode ter de aceder a ela), enquanto que para o acesso a esta norma basta o "consentimento" do interessado, a psicanálise, ao contrário, não poderia nem propor um modelo ideal, nem sobretudo o impor, uma vez que o prosseguimento da cura não pode ser feito sem a participação ativa do analisando. Isto

não exclui, é claro, que o discurso psicanalítico não seja em si mesmo portador de suas próprias normas. Elas foram teorizadas de diversas maneiras: força do "Eu", acesso ao *genital love,* levantamento dos recalcamentos, simbolização da castração etc. Elas só podem ser retidas nas condições particulares da análise "didática", em que, evidentemente, se está no direito de esperar do futuro analista que ele saiba ao menos para si mesmo o que é uma psicanálise e onde ele situa sua fantasia em relação a este objeto "a" de onde ele manterá seu discurso. Mas ninguém é obrigado a tornar-se psicanalista e é, ao contrário, função da análise dita didática recolocar em causa os projetos mais firmes e, segundo as aparências, os mais justificados.

Uma psicanálise pode ser chamada de "terapêutica", com a condição de que não nos omitamos de colocar aí as aspas de rigor. O eventual desaparecimento do sintoma, no sentido médico habitual, não basta de forma alguma, pois um fulano que ve se apagarem os distúrbios de que se queixava abertamente, muitas vezes não atenta para isso, tanto está preocupado com a deterioração da sua vida que anteriormente não podia confessar, para si mesmo, enquanto que outro, cuja vida está transformada pela análise, continua a afirmar a persistência de um sintoma fóbico, obsessivo ou outro, que, no entanto, muitas vezes, não o incomoda nem mais um pouco. E o que seria preciso dizer dessas análises que trazem tamanha reviravolta que é um outro membro da família que se desmorona, "descompensa", pelo fato de que o analisando deixa de se prestar ao jogo neurótico ou perverso no qual estava metido? A experiência da análise mostra sem contestação que toda verdade não é boa para ser dita, ou pelo menos que as conseqüências de sua revelação não são muitas vezes consideradas como aceitáveis. Concebe-se que muitas análises - isto é particularmente sensível para as análises de crianças - mudam bruscamente por razões que nada tem de técnica. A "resistência" do analisando se justifica em muitos casos. Ela é de uma ordem inteiramente diversa da recusa do tratamento em medicina. Ela é também uma proteção mais eficaz contra o imperialismo psicanalítico que os protestos do doente contra o imperialismo médico.

Falar da clínica psicanalítica é um desafio a que não me arriscarei aqui, limitando-me a evocar alguns de seus aspectos. Para faze-lo, seria preciso inicialmente estudar um certo número de falhas do discurso médico que colmatam com maior ou menor sucesso sua ideologia. É, com efeito, tentador demais, fácil demais, fazer da psicanálise o que viria felizmente completar do lado do psiquismo o que a medicina faz do lado do corpo. O discurso médico é desumanizante no que estuda a doença e a separa do homem, o qual figura aí apenas como terreno. Isto não significa que a psicanálise possa pretender constituir esta antropologia que a medicina não pôde construir. A psicanálise, por sua vez, não conhece do homem senão sua *falta a ser,* pela palavra na qual ele testemunha isto. Constituindo um saber sobre o Inconsciente - esse saber que não se sabe a si mesmo -, o discurso psicanalítico fornece matéria para todas as formas do dogmatismo e do imperialismo. A isto se prestam com complacência todos aqueles que giram em torno da psicanálise na esperança de nela encontrar o último revezamento para os desfalecimentos do discurso dominante (o que não compreende unicamente a medicina, mas também a moral, a política...). Mas isto nada mais tem a ver com a clínica: é, antes, sua negação, já que se trata aí apenas de introduzir uma ordem fundada por definição sobre o que o sujeito não pode reconhecer.

Falar da clínica psicanalítica coloca sobretudo o problema do *segredo,* esta dificuldade da qual a própria medicina se desembaraça tão mal. O que se torna o discurso do paciente em análise? É evidente que, se for divulgado, o analisando não poderá falar, ou falará de outro modo, pelo simples fato de pressentir ou tomar conhecimento de sua publicidade. Mas não é menos certo que se, de sua análise, ele não pode esperar senão ser reenviado a si mesmo, à sua própria história, seu discurso está desacreditado de antemão por só estar votado a ser fechado sobre si mesmo, sem efeito possível sobre aquele a quem se dirige. Ora, é certo que um analisando não fala para qualquer um. "Dora" vinha até Freud por um sério contencioso a resolver com os médicos, e singularmente com o de seu pai. O "homem dos ratos" vinha ao homem da *Psicopatologia da vida quotidiana.* "Joãozinho", falando ao professor de seu pai, se perguntava se não era o Bom Deus. Ao "homem dos lobos" deu-se o crédito de adotar uma contribuição

essencial à psicanálise. E o "Presidente Schreber", por não ter feito uma psicanálise, fazia mais questão de testemunhar, evidentemente, diante do mundo inteiro, sua prodigiosa aventura publicando-a. Os psicanalistas seriam mal recebidos refugiando-se atrás das necessidades, por outro lado evidentes, da discrição para não dizer nada de suas experiências ou para reservar sua publicidade aos cenáculos tão estreitos nos quais se enterram. Se é difícil para o psicanalista relatar sua experiência clínica, é porque nela necessariamente se revela o que ele próprio faz dos discursos que lhe são dirigidos: mexericos talvez, ou então oportunidades para dar prova de seu saber ou de sua habilidade. Está fora de dúvida que uma análise tomará um contorno inteiramente diferente se o analisando tiver a certeza, como foi certamente o caso para os primeiros pacientes de Freud, de que contribuem efetivamente para a constituição de um discurso admissível não trazendo um material inerte oferecido a um discurso constituído, mas colocando em causa a posição daquele que o enuncia.

Qual é o estatuto daquele a quem fala o consultante do médico e do psicanalista? No início, é certamente o mesmo. O do grande Outro enquanto lugar onde se encontram capitalizados os significantes, onde se pode inscrever seu sofrimento, o qual ele, consultante, não pode saber por si mesmo o que é. A aventura médica visa responder a esta demanda com fins de suprimi-Ia. Ela, com efeito, cessa desde que o doente é tomado sob o encargo da medicina, uma vez que não é ela que condiciona o prosseguimento ou a parada da intervenção médica, mas uma lógica que decorre do que a medicina sabe da doença. Com o analista, é a sustentação da demanda que é, ao contrário, o motor da cura, e seu saber não visa ser redutor, uma vez que só poderia reduzir esta demanda se fosse exercido como um poder, ainda que fosse um poder de curar.

J. Guey, em sua tese,' estudou os efeitos de uma colaboração confiante e esclarecida entre médicos e psicanalistas em torno de um sintoma particularmente notável, a crise de epilepsia: o grande mal, o mal sagrado, a doença dos comícios. A medicina se organiza necessariamente em torno do desaparecimento do sintoma e do traçado eletroencefalográfico, a escrita da doença, do qual se sabe, entretanto, que não é nem constante, nem absolutamente significativo. Se as crises forem bem suportadas, pouco incômodas para o doente, às vezes até procuradas por auto-estimulação, isto tem sempre pouco peso para o médico, da mesma forma como, os distúrbios psíquicos graves que muitas vezes acompanham o desaparecimento das crises pouco intervêm nas decisões terapêuticas. O que é mais notável é, entretanto, o lugar menor concedido ao psicanalista pela medicina e pelas famílias, apesar da segura influência dos eventos ocorridos na vida do epiléptico, em particular as abordagens psicoterápicas. O prescritor permanece sendo, em qualquer circunstância, o médico, apesar do caráter freqüentemente decepcionante dos tratamentos medicamentosos.

(5) J. Guey, *Du discours médical á la parole du "sujei ": 1 épilepsie,* tese, 1975, Universidade de Provence.

"Não há diálogo", diz Lacan, num contexto inteiramente diferente. Esta fórmula se torna particularmente evidente no confronto entre médico e doente, visto que este último está votado a se calar, para deixar a palavra apenas aos sintomas. Ela também o é entre medico e psicanalista, cujos discursos se cruzam às vezes em torno dos mesmos sintomas, mas não se articulam. Tampouco há, bem entendido, diálogo entre o paciente e o psicanalista, mas isto é uma outra história que constitui precisamente o objeto da cura psicanalítica.

13
Semiologia clinica e semiótica

Uma questão não pode deixar de ser colocada a partir da constatação de que a palavra *semiologia (ou semeiologia)* não tem a mesma acepção e não recobre uma prática comparável em medicina e em lingüística. Entretanto, a semiologia é, tanto nesta como naquela, definida como "ciência dos signos". Desta observação preliminar, podemos ao menos supor que é da ciência e dos signos que médicos e lingüistas não têm nem a mesma prática, nem a mesma idéia. Revelando que estas palavras não têm a mesma significação na boca de um médico e na de um lingüista, somos evidentemente conduzidos a reintroduzir a questão do Sujeito que fala. Não é, entretanto, a uma categoria idealista do Sujeito que nos referimos, porque o Sujeito de que se trata é aquele que é definível como mantendo um certo discurso, o médico ou o lingüístico.

Pelo menos podemos afirmar desde agora que a ambigüidade que acaba de ser ressaltada é ela própria um signo; signo de uma evolução dupla e paralela do conceito "signo" de que convém tomar nota. Evolução que não deixa de transparecer, se não na definição, ao menos no uso das palavras, uma vez que os médicos contemporâneos falam quase exclusivamente de semiologia, enquanto que os lingüistas falam indiferentemente de semiologia e de semiótica (como faziam os antigos médicos).

Reunidos, se não pelas mesmas coisas, ao menos pelas mesmas palavras, médicos e lingüistas quase não se encontram. Ou, antes, se os epistemólogos contemporâneos, como nota precisamente Dominique Lecourt, se interessaram muito pela medicina, é um andamento sem retorno. Do mesmo modo, a semiologia médica não se encontra em nada modificada pelos trabalhos dos epistemólogos. Sem dúvida, ela não tem de sê-lo e, deste ponto de vista, pode-se situar a epistemologia contemporânea na tradição filosófica inapta para modificar o curso da ciência. Mas ainda resta perguntar, nessas condições, se este trajeto em sentido único não dá à crítica epistemológica uma caução científica a uma elaboração que forçosamente não o é.

É em torno da palavra "sintoma" que me parece interessante colocar algumas questões. Em seu livro *Naissance de la clinique,* M. Foucault se detém nisso, não sem algum embaraço. O sintoma, diz ele, é uma "camada primária indissociavelmente significante e significada".' Do mesmo modo, a relação significante dada pelos lingüistas como constitutiva do signo, significado não seria aplicável ao sintoma, o que parece designá-lo como o Migar onde se cruzam significantes corporais e lingüísticos, e .mereceria ser desenvolvido, em particular a partir do que nos 'traz sobre este assunto a clínica da histeria. Não nos esclarecemos em quase nada quando Foucault acrescenta: "É a soberania da consciência que transforma o sintoma em signo".' A consciência se acha aqui de alguma forma identificada ao "olhar" médico, a este acesso ao visível com que sabemos que o autor constitui o tempo essencial do andamento medico. Mas a referência feita aqui à "consciência" quase não é mais convincente para os filósofos quanto a do "olhar" não o é para os médicos, que são cada vez mais levados a falar em termos de mensagens, de informações, de trocas celulares, e certamente não mais a identificar a doença ao visível da anatomia patológica.

O dicionário de Ducrot e Todorov não vai mais longe definindo o sintoma como "signo natural". Pois se o signo perma nece do domínio da lingüística, que quer dizer que a natureza fala? Reconhecendo que a relação com o "real" descrita pelo sintoma "não é do tipo significante-significado", mas do tipo "signo-referente", parece que se quer mantê-lo ligado às categorias lingüísticas, o que se precisa quando se acrescenta que o sintoma médico, por ser "natural", não é menos convencional, o exemplo dado sendo: "Não se tosse da mesma maneira na França e na

Nova Zelândia".' Podemos imaginar que tais considerações devem deixar os médicos numa infinita perplexidade, não sobre a sua semiologia, mas sobre o que dela dizem os lingüistas, e o exemplo lhes parecerá tão fútil quanto uma glosa sobre a icterícia nos negros ou as variações da expressão da dor segundo as tradições culturais. Aí estão fatos absolutamente contingentes com relação a um andamento médico que visa justamente extrair os sintomas das contingências raciais, culturais ou outras, para só retê-los como significantes inscritíveis na linguagem médica.

(1) M. Foucault, Naissance de la clinique, op. cit. (2) Ibid., p. 92.

A respeito do sintoma "tosse", parece-me mais interessante nos determos no que me dizia uma paciente que definia seu estado como sendo depressivo. Esse estado, estimava ela, atraía-lhe a desconfiança, o desprezo, a ironia do povoado onde morava. Inversamente, esta verdadeira perseguição de que era objeto era em grande parte responsável por sua depressão. O que retinha particularmente sua atenção era a "tosse", ou antes a "tossidela", pois era por este meio que os comerciantes, a empregada e as raras pessoas que freqüentava lhe mostravam que debochavam dela, lhe indicavam que todo um discurso hostil se desenvolvia as suas costas.

Este "tossem" era acompanhado de uma observação surpreendente: "Evidentemente, é durante o inverno que eu pioro, porque é nesta época que há mais tossidelas". Efetivamente era por volta do dia de Todos os Santos *[Toussaint,* em francês] (tosse, hein!) *[(tousse, hein!),* em francês] que eu via aparecer minha doente, que desaparecia na Páscoa. Sua observação podia levar ao riso pelo fato da mistura de duas ordens de causalidade diferentes, a da tosse devida ao frio e a da tossidela devida à perseguição. Mas, uma lógica implacável lhe permitia dizer que, se as pessoas davam mais tossidelas no inverno, era porque ela própria piorava nesta estação. Esta doente já havia consultado diversos médicos que haviam "compreendido" muito bem seu caso, isto é, empenharam-se em romper o círculo vicioso "depressão-perseguição", seja aconselhando-a a se afastar do povoado, seja dando-lhe antidepressivos. Sem resultado, como desconfiamos.

(3) Ducrot e Todorov, *Dictionnaire encyclopédique des sciences du lan - gage, Le* Seuil, 1972.

Minha paciente, portanto, se complicava tanto quanto o dicionário de lingüística na distinção entre signo e sintoma, mas seu discurso incitava pelo menos a situar a tosse de preferência do lado do *sinal medico* (enquanto representante de uma irritação brônquica ou outra) e a tossidela do lado do *signo linguístico* (enquanto representante do suposto discurso do povoado). Nossa teórica não se detinha aí. Pois se ela não tinha nada mais a dizer sobre a tossidela e a tosse, tinha por outro coletado toda uma série de outros indícios da malevolência do povoado: olhares fugidios ou arrogantes, sorrisos suspeitos, buzinadas dos automobilistas, portas batidas pela empregada etc. Nenhum desses indícios era em si mesmo probatório, mas sua acumulação, esta série de pseudocoincidências, não podia deixar-lhe nenhuma dúvida sobre a realidade da perseguição. Assim fazem os psicóticos, mais precisamente os paranóicos, que nunca detêm uma prova formal que justifique suas idéias delirantes, mas acumulam indícios dos quais não duvidam que tenham uma *significação.*

Meu interesse por esta paciente era decidir *onde* ela delirava a fim de descobrir *onde* nós mesmos corremos o risco de sair dos trilhos quando falamos de signos. Precisamos dizer uma palavra sobre o que é um delírio. Com efeito, é bastante claro que uma idéia delirante não é a mesma coisa que uma idéia falsa, quer isto agrade ou desagrade a nós que julgamos pensar certo. Uma teoria falsa, por exemplo, não é um delírio. E, reciprocamente, um delírio não deixa de se-lo se seu conteúdo se revela exato. Assim, como já se observou há muito tempo, não é se tornando corno que se cura de um delírio de ciúme, e não é obtendo os favores do objeto amado que se cura da erotomania. De resto, no que concerne à minha paciente, o conteúdo do delírio, que se resume na frase: "Falam mal de mim", tinha todas as chances de ser bastante verdadeiro, pois é provável que se bisbilhotasse no povoado sobre esta mulher de cidadão notável, bastante rude e pouco afável.

O que nos faz decidir que esta paciente é psicótica não é nem mesmo que ela seja interpretante, de maneira abusiva, pois a interpretação é bastante pobre, mas antes porque *ela instituía elementos do real* (tosses, buzinadas) *como sendo indícios a* recolher, elementos *interpretáveis,* isto é, que ela os constitui como *significantes,* que fazem parte de um discurso, sem dúvida difíceis de compreender, mas compreensíveis em seu princípio. Essa paciente tinha, em suma, em relação a eles, a mesma atitude que o cientista diante dos hieróglifos, ilegíveis durante milênios, mas de que não se podia duvidar que eram uma escrita e, conseqüentemente, portadores de significação. Podemos reconhecer, assim, a existência de uma coisa significante antes de se ter extraído a sua significação.

Certamente não é loucura querer decifrar hieróglifos. E também não é loucura querer interpretar o real: o que fazem os cientistas. Mas,, justamente, estes não interpretam o real como constituído de significantes organizados em discurso, pois é, ao contrário, o discurso dos cientistas que é o organizador do que se constitui, por ele, como realidade.

Minha paciente, admitindo que podia se enganar, por um lado, sobre o fato de que um elemento do real era para ser interpretado e, por outro, sobre a significação a ser dada a este elemento, o designava como significante, pois o único ponto no qual ela era inabalável era que esses elementos, colocados uns após os outros, não poderiam ser sem significação. Logo, eles constituíam um discurso. O que lhe parecia conveniente não era uma relação significante-significado, mas a existência de uma cadeia de significantes. A partir daí é que ela concluía pela existência de um discurso, e nós podemos de bom grado consignar por escrito que, nisto, ela se reunia ao que diz Lacan do processo da significação, quando ele a faz depender não da relação significante-significado, mas da seqüência significante. Ao nos dizer Lacan que o que se acha de saída significado em todo discurso é o Sujeito que o enuncia, nós vemos bem que minha paciente não estava sem razão ao designar a existência de um Sujeito para manter esse discurso.

Era o povoado que ela designava como Sujeito que mantinha esse discurso, e neste ponto não podemos mais segui-la. Ou, mais exatamente, já que não recusamos a probabilidade da maledicência, o que recusamos é acreditar que o povoado se empenhe em lhe significar seu desprezo em todos os indícios queela acredita poder recolher e que eleva ao grau de signos - de signos lingüísticos. Seríamos, antes, tentados a lhe responder: "Não há Sujeito possível para manter o discurso que você acredita. Não há, portanto, discurso, e você se engana de semiologia".

E claro que a semiologia dos médicos nada tem a ver com a semiologia dos lingüistas. Os signos que a lingüística estuda são *signos arbitrários,* já que não há nenhum elo de causalidade entre um significante e o "referente" que ele representa. Pelo contrário, eles são *convencionais,* ou seja, é através da convenção de uma linhagem comum que eles podem ser reconhecidos pelos interlocutores no seio de uma mesma comunidade lingüística. Inversamente, os signos que o médico recolhe são diretamente *ligáveis a "realidade"* que representam (não se fala mais de referente). Eles não são convencionais, não dependem da língua falada pelo médico ou pelo doente: eles preexistem à linguagem.

Os signos [sinais] médicos não obedecem às leis da lingüística. Se eles se agrupam, é em síndromes e não em sintagmas ou paradigmas. A aparição de um signo insólito não vem aí constituir metáfora. Nada se encontra aí da ordem da alusão e não há poética dos signos médicos. Nunca um médico suspeitará que um signo seja mentiroso, pois, se pode ser enganador, é porque o médico pode se enganar e não porque o organismo mente.

Não foi sem dificuldade que a medicina pôde constituir para si um universo de signos que lhe fosse próprio. Pois, enquanto prevalecia uma concepção ontológica da doença, a distinção era nítida entre a própria doença e suas manifestações sintomáticas e mesmo anatomopatológicas. Os médicos eram, pois, levados a se interessar pelo *Ser da doença* e a discorrer a respeito dele, mas prestavam pouca atenção à sintomatologia, que era apenas *a aparência* sempre enganadora e suspeita. A clássica distinção entre o Ser e o Aparecer levava a melhor aí. Foi porque os clínicos, pouco a pouco, aceitaram a idéia de que todo signo recolhido se ligava necessariamente a uma realidade e não podia ser interpretado senão a partir desta, que a semiologia médica se desen-

volveu. M. Foucault concede um lugar de escolha à lesão anatomopatológica como constituindo esta realidade última, previsível a partir da sintomatologia e marcada pelo selo da morte (a do homem e a do órgão). Mas, fora mesmo do fato de que aos olhos da medicina contemporânea o acometimento orgânico está longe de constituir a marca essencial à qual a doença deve ser referida, não me parece possível aceitar esta dicotomia entre a lesão e os sintomas que a representam, pois ela não deixa de reconstituir a dicotomia entre o ser da doença e sua aparência sintomática.

A evolução da medicina se faz num sentido inteiramente diverso. A semiologia, sempre mais aprofundada do que permite a multiplicação dos exames paraclínicos, indo até o olhar direto pelas técnicas da biopsia e da endoscopia, tende a identificar cada vez mais o signo recolhido com a realidade da doença. Paralelamente, a distinção entre as causas e os efeitos tende a se tornar menos nítida, o que permite os autores contemporâneos dizerem que se morre tanto pelos efeitos da doença quanto desta, ambos tendendo a se confundir: por um lado, a procura da etiologia se revela cada vez mais complexa, problemática e finalmente especulativa, e, por outro, a clínica e a terapêutica se tornam cada dia mais próximas de uma sintomatologia que se enriquece e sobre a qual se pode agir diretamente. Assim, se reduz a oposição entre o Ser e o Aparecer.

Este trajeto, este progresso da semiologia médica, certamente não deixa de ter relação com o interesse que lhe dirigem os epistemólogos contemporâneos. Pois há um paralelismo evidente entre a eliminação progressiva da doença como Ser e a rejeição pela epistemologia da categoria de Sujeito enquanto Ser suposto livre, autônomo, autor de seu discurso e se manifestando em sua verdade e seu engano sob as aparências da palavra. Depois de Bachelard, suspeito de idealismo, com Canguilhem para a história da medicina, Foucault para o discurso, Althusser para o materialismo histórico, há uma mesma recusa do recurso explicativo ao gênio do sábio, do autor ou do personagem histórico providencial. E esta recusa é, evidentemente, fecunda na medida que permite interpretar o evento em função de uma conjuntura na qual o homem não desempenha mais que o papel de instrumento.

Não cabe retornar sobre a legitimidade desta posição que, por outro lado, é e se quer política, uma vez que denuncia a ideologia humanista como destinada a entreter a ilusão da autonomia do Sujeito, a fim de mascarar a disparidade das condições sociais, econômicas, culturais, históricas, sendo estas condições as únicas que devem ser retidas para permitir uma interpretação correta da história do pensamento, das ciências e dos fatos políticos.

A questão do Sujeito, entretanto, não é idêntica à do Ser. A valorização abusiva da função do autor não se deve ao discurso científico, mas ao da história das ciências, mais exatamente desta história espontânea, ingênua, feita, aliás, na maioria das vezes pelos próprios cientistas, e que confunde a história da ciência com a hagiografia dos sábios. Em medicina, junta-se, assim, muitas vezes a um signo ou a uma doença o nome daquele que a descreveu. Mas isto se deve aos continuadores e admiradores, não ao próprio sábio. E é, ao contrário, notável que no discurso científico propriamente dito a denúncia do Sujeito da enunciação se faça aí explicitamente pelo recurso ao "nós", que não é de modo algum um plural majestático, mas que indica que o autor não fala em seu próprio nome, mas em nome da comunidade científica, pois seu nome é relegado ao pé da página, como assinatura inútil para a compreensão de um texto que não se justifica senão pela coerência e pela verdade do que enuncia.

Esta queda do Sujeito da enunciação é o de que Lacan toma nota quando fala do "discurso do mestre" inscrevendo o Sujeito S sob a barra, enquanto que em cima dela é apenas a seqüência dos significantes que aparece:

$$\frac{\$'}{\ldots} \; S_2\, S_3\, S_4 \ldots$$

O abuso que faz o historiador salientando o nome do autor não se deve, entretanto, ao fato de que denuncia o discurso científico no que este pretende ser, isto é, enunciado por um autor virtualmente anônimo e constituído por uma articulação dos significantes que o constituem em

saber. Seu abuso é o de não fazer nada com esta exumação a não ser um memorial para a glória do autor, perfeitamente inútil para a própria ciência e obscurecedor para a história das ciências, juntando-lhe os atributos ideológicos do gênio, do senso de observação, da sorte etc. De um interesse completamente diverso seria este trabalho se fosse levado em conta o que Lacan indica pela barra que atravessa o S, isto é, a divisão do Sujeito. Pois neste conluio que sempre se fez entre cientistas e historiadores da ciência, o benefício da operação não deve ser considerado sob seu aspecto trivial, de permitir que outros se encarreguem de assegurar a glória do sábio, o qual pode assim permanecer pessoalmente modesto. Trata-se bem mais de *mascarar o Sujeito enquanto ele é dividido.* Aí está um ponto sobre o qual será necessário retornar.

No que concerne ao afastamento da subjetividade, não se poderia superestimar o benefício que encontram - cada um para si - o médico e o doente no trabalho científico que constitui o ato médico. Tudo aí se acha colocado para que cada um esteja subjetivamente desengajado. O médico, primeiramente, que não está lá senão enquanto representante de valores incontestes (humanidade, ciência...), e o doente, para quem se acha demonstrado que seu sofrimento se reduz à dor, uma dor que é apenas um signo, como qualquer outro signo recolhido no exame. O doente, ele também, faz assim a economia da confissão do que é ao menos a outra vertente de seu sofrimento, isto é, sua angústia. E, pois, uma regra de deontologia que o médico não introduza nenhuma paixão, e é também o que é esperado do doente, que ele não se deixe levar por seus temores, seu pudor ou qualquer outro sentimento. Se o contrato implícito é rompido, em particular se o sintoma não pode ser ligado a nada objetivável, o doente é rejeitado e às vezes com furor, quando se trata de histéricas, tratadas de mentirosas ou, mais cientificamente, de pitiáticas. Pelo menos respondem a ele: "Você não tem nada".

Retornemos à minha paciente e ao sintoma de "tosse". O médico não pode se livrar nesse caso afirmando que esse sintoma "não é nada", já que é justamente o que ela mesma afirma, que nenhuma razão orgânica basta para explicar a tosse de seus perseguidores. O médico a exortará então, talvez, a uma atitude científica, idêntica à sua, isto é, a interpretar a tosse como provavelmente devida a um acometimento orgânico daqueles que tossem e a se desinteressar pela subjetividade das pessoas, por sua malignidade real ou suposta. Mas aí está justamente o que minha doente não podia consentir, porque, se ela se servia da ambigüidade tosse-tossidela, era porque tinha de estabelecer, com os meios a sua disposição, que um discurso devia ser estabelecido sobre alguma coisa cuja significação lhe escapava.

O psicanalista, se ele se meter nisso, terá uma atitude completamente diferente em relação a esta paciente, visto que reconhecerá de início a existência de um discurso ouvido pela doente neste acúmulo de indícios recolhidos por ela. Esperemos que ele consinta também em não compreender nada aí e, assim, se dispense de propor outras interpretações, sendo a única questão que se coloca a do Sujeito desse discurso. Bem entendido, não são os habitantes do povoado, mas ela mesma o Sujeito desse discurso, e é porque o conteúdo do discurso está marcado de foraclusão que ela atribui sua origem aos outros, e particularmente a esta doméstica cujas tossidelas são as mais insistentes. Mas guardemos para nós a hipótese de que o inconfessavel se situa sem dúvida na relação de minha paciente com esta outra mulher que é sua empregada, pois isto é uma outra história, uma história que não me cabe desvelar.

Quanto ao que nos concerne, farei agora algumas observações:

1. Sobre a confusão que resulta da utilização pelos lingüistas e pelos médicos da mesma palavra semiologia (ou semiótica) e também da palavra signo. Algumas fórmulas lacanianas podem nos esclarecer:

• *1ª fórmula:* "Um signo é o que representa *alguma coisa*

(e não um Sujeito) para alguém (que saiba lê-lo)". Assim o médico pode interpretar os signos que recolhe. A semiologia médica tornou-se científica estabelecendo as relações fixas, não problemáticas *entre estes signos e as coisas* que representam.

• *25 fórmula :* "Um significante é o que representa um Sujeito para um outro significante". Assim, a questão do Sujeito pode ser reintroduzida sem recurso a seus atributos ideológicos

tradicionais, a partir do momento que é definido por sua representação num sistema de significantes, *isto é, somente ali por* ***onde ele se*** *significa.*

2. Sobre o sintoma. Está claro que para o médico o sintoma se tornou sinônimo de signo, no sentido em que Lacan o define, e não numa relação significante-significado, como o definem os lingüistas. Por isso, diante de um sintoma, o trabalho dos médicos é redutor. Um sintoma remete de direito, senão de fato, a alguma coisa. Não há nenhum Sujeito atrás do sintoma medico. Aí está o que foi adquirido com a rejeição da ontologia da doença.

O problema é diferente para o sintoma psiquiátrico (neurótico, psicótico ou perverso), mas a atitude médica continua a proceder com a mesma metodologia. Ela consiste em ler os sintomas como representantes de alguma coisa (infecção, intoxicação, degenerescência, distúrbios hormonais etc.) pelo menos ao tentar agrupá-los em síndromes (esquizofrenia, paranóia, neurose obsessiva...) que constituem outro tanto de entidades nosológicas. E é ainda uma atitude médica aquela que consiste em ligar o sintoma a uma categoria fundamentada com ou sem razão sobre a teoria psicanalítica (fixação afetiva, estádio do desenvolvimento libidinal, estrutura...).

O sintoma psiquiátrico se torna psicanalítico quando é tomado não como um signo, mas como um significante. Ele remete não a alguma coisa, mas ao próprio Sujeito. Por esta razão, ele não é redutível e não pode se transformar senão acedendo à significação, isto é, tomando lugar na cadeia dos significantes pela qual o Sujeito se representa.

Resta que todo sintoma deve ser considerado como tendo duas vertentes: uma onde pode ser tomado como um signo (é a complacência somática de que fala Freud, a referência última ao corpo que toda análise de neurótico deixa aparecer); a outra, onde todo sintoma pode se constituir como significante, o Sujeito aí se representando em sua castração através dos signos de seu desfalecimento orgânico (o que foi muito bem descrito por Thomas Mann em A Montanha mágica).

3. Sobre o delírio, enquanto deve ser aproximado do discurso científico. Foi um dos méritos de Freud ter feito esta aproximação, ao menos sob a forma de uma resposta enigmática: "Tive sucesso onde o paranóico fracassou".` E verdade que quando Freud, ouvindo numa sessão os borborigmos emitidos por seu paciente, diz que seu intestino se mistura na conversa, 5 deve-se perguntar o que distingue esta atitude interpretativa daquela de minha paciente a respeito das tossidelas.

Lacan, por sua vez, pergunta por que não se levaria em consideração as teorias propostas pelos doentes em seus delírios tanto quanto aquelas que nos são infligidas por tantos livros entediantes. Entretanto, não foi a partir do delírio, mas do discurso da histérica, como se sabe, que se elaborou a teoria psicanalítica. Isto não significa que a histérica nos tenha trazido um saber não encontrável nos livros, mas que reintroduziu, que colocou em primeiro lugar, a questão do Sujeito enquanto enunciador do discurso, do Sujeito em sua divisão. Ainda seria preciso acrescentar que neste lugar a histérica só poderia ter sido rejeitada, como o é pelo médico, se a psicanálise não tivesse revelado o que o discurso tem por função velar, isto é, o lugar em que o Sujeito se sustenta por sua fantasia, o "objeto a". Pois evidentemente sabíamos antes da psicanálise, e a partir unicamente da clínica, que é a partir de sua subjetividade que a histérica produz os sintomas (S o SI). O que o psicanalista mostrou foi que a verdade da posição subjetiva se desvela colocando o Sujeito (5) em relação com sua relação mascarada com o gozo S Q a, o que permite escrever para a histérica:

(4) Freud, Cinq psychanalyses, "Schreber".
(5) Freud, Cinq psychanalyses, "O homem dos ratos".

Do delírio, do qual se sabe a que ponto pode tomar o andamento do raciocínio rigoroso, e também os termos, até mesmo o aparelho do discurso científico, nós não diríamos que se distingue deste último porque é falso, mas sim porque constitui uma teorização do gozo do Outro. E, pois, do discurso do psicanalista que ele mais se aproxima (e é por esta razão que a comparação entre teoria e delírio veio sob a pena do psicanalista e não sob a do cientista). Nossa proposição não é de aprofundar aqui esse problema. Digamos apenas que a questão merece permanecer colocada a todo instante, pois não se pode pretender que o psicanalista (sem dúvida pelas virtudes da psicanálise didática) não esteja implicado subjetivamente nas interpretações que dá, diferentemente do psicótico, que projeta suas próprias fantasias. Isto seria macaquear o discurso científico em sua pretensão de afastar a subjetividade do sábio, e retornar implicitamente a uma ideologia do Sujeito a salvo de sua dependência em relação aos significantes que o constituem, idealmente livre.

4. Sobre os trabalhos dos epistemólogos. O modelo quase exclusivo tomado pelos epistemólogos é o do discurso científico, pelo menos desse discurso tal como se dá em sua forma acabada, apresentável, tendo conseguido velar a questão do Sujeito. Isto os condena a não levar em consideração os significantes novos (S,) em sua emergência, mas somente a assinalá-los como já estando aí, presentes nos discursos ao alcance do leitor. Nos esquemas lacanianos, S, passa então para baixo da barra. O discurso científico só é estudado aí como um saber constituído (S2) e julgado por seus efeitos, como produto de um "a mais" designável como "objeto a", já que vem alimentar a fantasia científica, médica no que nos ocupa. Entendamos bem que se trata da fantasia do médico, e não da do doente, que, por sua vez, fica dividido diante da produção do saber médico. Para ele, só se faz retorno desse mais saber por acréscimo, pois uma obra científica, em particular médica, não será julgada por suas aplicações, mas por sua aptidão de enriquecer o discurso constituído. É, pois, como discurso universitário que os trabalhos dos epistemólogos se inscrevem.

Retornemos ao nosso Sujeito: que o Sujeito apareça, e em primeiro lugar no discurso (como ocorre na histérica), não basta para condenar esse discurso como incoerente. Sua coerência é justamente o que mostrou o psicanalista revelando que as articulações significantes funcionam no inconsciente, que é "estruturado como uma linguagem", assim como demonstrou Lacan, retomando a teoria das descobertas especificamente freudianas. O que aparece em evidência com a histérica é que não se pode deixar de ve-la aí subjetivamente engajada, é que seu discurso é endereçado por um Sujeito a um Outro que o escuta, e que todos os jogos da sedução, da provocação, do ódio aí funcionam. Concebe-se que ao epistemólogo repugna colocar em perigo a calma serenidade que encontra nas bibliotecas, mas não se poderia por esta razão condenar o discurso da histérica por incoerência, fazer dele uma espécie de não-discurso.

Também não se poderia reduzir o discurso científico ao que ele se supõe ser: discurso do mestre, ao qual nós o identificamos até aqui. Pois não se pode considerar como negligenciável o fato de que o sábio, fazendo uma "comunicação", se constitui de saída ele mesmo como membro da comunidade científica, se significa como sábio. Seja como for, ele não escapa aos jogos da rivalidade da sedução, nem que seja ao se mostrar hábil em manejar os conceitos da moda. Se não se corre mais o risco da fogueira dizendo que a terra gira, corre-se ao menos o risco de cair no ridículo se se adianta uma novidade que põe em perigo a ordenação teórica que tem a preferência do momento. Corre-se ao menos o risco de parecer pretensioso. Os famosos "obstáculos epistemológicos" estão votados a ser transpostos, mas não se sabe de antemão se o cutelo do não menos famoso "corte epistemológico" não recairá sobre aquele que tem a audácia de manejá-lo. Não é atentar contra a dignidade da ciência lembrá-la de que é feita por sábios, mesmo se o maior cuidado destes é o de se fazer esquecer.

14
Não existe relação médico-doente

A existência de um vocabulário técnico e especializado constitui obstáculo para a relação médico-doente. Não seria preciso exagerar sua importância, tanto mais que os doentes aprendem rapidamente este vocabulário, apesar da resistência do corpo médico em difundi-lo e explicá-lo. Os médicos tem sólidas razões para manter essa distância, em sua preocupação de guardar um caráter esotérico para o saber. Eles pensam que seus doentes e o público em geral, mesmo se podem apreender algumas palavras, alguns conceitos, não podem fazer senão um mau uso deles, por não conhecerem suas articulações. O vocabulário não é a linguagem, tendo cada linguagem leis que lhe são próprias e que não se possui porque algumas migalhas do jargão foram adquiridas. De Hipócrates até nossos dias, a posição do corpo médico foi constante neste ponto. O latim e a lingua de Diafoirus precederam o vocabulário técnico de nossa época. Não parece, portanto, possível dizer com H. Pequinot: "Durante uma idade de vinte e cinco séculos, médicos e doentes falaram a mesma linguagem".

Doentes e médicos dificilmente têm o mesmo vocabulário, certamente não a mesma linguagem, exceto se o doente for ele próprio médico e, mesmo neste caso, o problema se coloca de outro modo, já que se afirma de bom grado que o médico é muito mau juiz de seu próprio caso. Não são citados senão como exceções admiráveis os casos em que os médicos fazem a constatação lúcida da doença que os ataca, pois a adoção do discurso médico implica uma dessubjetivação que a posição do doente quase não permite. Quando um médico julga com lucidez seu próprio caso, é com razão que se vê aí uma proeza, proeza subjetiva e não técnica.

O que ordena a relação médico-doente é o distanciamento do médico em relação a seu doente. Este distanciamento é mais efeito do que causa do discurso médico, entretanto, ele é reafirmado constantemente: "Eu me proibirei (...) qualquer empresa voluptuosa em relação às mulheres ou aos homens, livres ou escravos", diz o juramento de Hipócrates. E o Código de deontologia vai ainda mais longe, uma vez que diz: "O médico não deve imiscuir-se nos assuntos de família" (art. 37). O desaparecimento do "médico de família" não é, pois, somente uma conseqüência da evolução dos costumes e da tecnicidade médica. Ele decorre do discurso médico e seria hipócrita afligir-se com isso. O distanciamento do médico não é tampouco uma obrigação de discrição, pois é freqüentemente a própria família que solicita a intervenção do médico em seus assuntos. A obrigação de reserva não resulta senão do próprio discurso médico. A autoridade do médico e sua independência moral s6 poderiam ser afetadas pelo fato de ele consentir em entrar em outras razões que não as que são, propriamente falando, médicas. Assim, ele faz isto cada vez menos.

O que funda a relação médico-doente é a exclusão das posições subjetivas de um e de outro. O que fica de subjetividade, tanto aqui como lá, não constitui senão franjas, e estas franjas são sempre suspeitas: no doente, de fazer intervir sentimentos da ordem do puder, do medo, da angústia, que o conduzem a recusar os exames e os tratamentos médicos; no médico: de prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico e a tomada em consideração apenas dos imperativos terapêuticos nas decisões a serem adotadas.

O distanciamento do doente é o que tornava possíveis asteorias ontológicas que prevaleciam até o século XVIII. Não seinteressava pelo doente, mas pelo ser da doença. As novas

necessidades do exame clínico, no século XIX, constituíram problema, e Foucault estima que a invenção do estetoscópio por Laënnec está em parte ligada a esse esforço de distanciamento. Atualmente, a multiplicação de exames de todo tipo torna cada vez menos importante o encontro médico-doente. Nos grandes serviços, a visita ao leito do doente perde sua importância em proveito do exame da ficha. Paralelamente, a participação dos especialistas que trazem sua contribuição faz com que, cada vez mais, o doente não saiba mais quem é seu medico. Falar da relação médico-doente é praticamente falar de um mito. É a relação doente-instituição médica' que prevalece e o médico é o representante da instituição. O que se espera do médico é que ele seja seu representante tão qualificado quanto possível; do doente, que seja a ela, instituição, que se submeta. Se o médico é contestado individualmente, é ao corpo medico que ele deve apelar para confirmar ou anular uma decisão.

O que se chama de liberdade do doente é uma noção muito relativa. Pode-se ler em uma das edições do Boletim da Ordem dos médicos

"A liberdade do doente no hospital deixa a desejar, o público não deixa de transparecer sua desconfiança e às vezes seu terror. O doente tem algumas vezes a impressão de não poder se fazer ouvir, de não poder obter as explicações que deseja e de não ter senão um direito se não estiver satisfeito: partir, 'assinando sua papeleta'"? E, mais adiante: "É necessário que ele conceda sua confiança à equipe, ao serviço. É bem difícil para ele recusar um dos médicos". Outro problema, o do consentimento. "O consentimento do doente no hospital para o que é decidido para ele é, em certos serviços, considerado um pouco como admitido, a ponto de sua oposição, se manifestada, escandalizar mais ou menos e ser vista como um incidente incongruente (...). Será submetido a numerosos exames, dos quais alguns comportam riscos, e a tratamentos sobre os quais poucas explicações lhe terão sido dadas..." Certamente, o consentimento escrito do doente e de sua família é geralmente exigido. "Mas é um método muito constestável moralmente. A família se sente obrigada a dar em branco uma autorização, sem a qual não se tratará seu doente." Enfim, "alguns doentes temem muito servir de cobaias. Esta pesquisa (científica) e estas experiências (terapêuticas) levantam questões de moral profissional muito graves e muito difíceis. É preciso afirmar e repetir que as investigações e as experiências terapêuticas não devem ser praticadas se não apresentam um interesse para o próprio doente com o qual são feitas. Não se tem, certamente, nenhuma razão para duvidar da consciência do médico. Mas a consciência não é ela mesma formada em função dos imperativos de um meio fechado submetido a imperativos técnicos? Pode-se estar seguro de que a apreciação dos riscos que comporta uma exploração diagnóstica ou uma intervenção terapêutica seja avaliada como o melhor no interesse do doente por médicos que, sobretudo em equipe, sofrem todo o peso das exigências do discurso médico e têm, essencialmente, como medida de sua consciência profissional a importância de seu esforço pessoal e dos meios técnicos empregados?".

(1) Tese de A. Chauvenot, Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux, fevereiro de 1973, p. 5.
(2) Bulletin de 1'Ordre des médecins, junho de 1972, p. 111 e ss.

Estes textos, que não podem ser acusados de polêmicos e cuja publicação corresponde à louvável preocupação de moderar os excessos de zelo médico, merecem que nos detenhamos neles. Neles, quase não se trata do médico, mas da equipe médica. Como poderia ser de outra forma? Mesmo nas grandes cidades, o doente quase não tem escolha, porque só há um número muito limitado de especialistas, às vezes apenas um! E os doentes tem sobretudo o sentimento de que a solidariedade profissional quase sempre prevalece sobre as outras considerações. O Código de deontologia não obriga em nenhuma parte o médico a avisar diretamente o doente se estima que, este está sendo mal cuidado. Pelo contrário, é o médico que o trata que ele deve prevenir. A deontologia preserva assim a respeitabilidade profissional antes do interesse do doente. Quanto a este, que tem certamente o direito de assinar sua papeleta no hospital, ou de mudar de médico, não se o ouve dizer, no fundo, o que dizia Knock: "Se você prefere fazer uma peregrinação, eu não o impeço"? ~ Cada médico que teve para si mesmo, pára um de seus próximos ou um de seus

clientes de declinar o tratamento "proposto", mas antes imposto, por um outro médico, ou uma equipe médica, sabe que é preciso uma coragem pouco comum para tomar tal decisão. E existem todas as razões para pensar que os progressos da técnica e da especialização não farão senão reforçar a pressão que o discurso médico exerce sobre o público, sendo as disposições moderadoras que podem ser tomadas aqui e lá apenas paliativas, na maioria das vezes derrisórias. De fato, nada deixa esperar que a relação médico-doente não tenda cada vez mais a submeter o doente à autoridade do médico. Só resta para o doente esperar que a competência de seu médico e sua moralidade o preservem. Há certamente também o recurso eventual aos tribunais, o que é um método caro, longo e tanto mais aleatório quanto a solidariedade profissional dos peritos com os médicos faz pender a balança da justiça. E depois, quando o que está em jogo é de um lado uma responsabilidade profissional (aliás, coberta por um seguro) e do outro a própria vida, a partida é bastante desigual!

Seria minimizar o problema fazer dele um evento relativamente contingente, devido à difícil adaptação das estruturas sociais aos fulgurantes progressos da medicina. Não há somente uma desigualdade de fato na relação médico-doente. É uma *desigualdade de direito,* porque é o discurso do mestre que faz leis. O discurso do doente é desacreditado de antemão não somente em razão do sofrimento e da angústia que o "impedem de raciocinar corretamente", mas porque o único discurso sobre a doença é o discurso medico. O resto é literatura.

O doente é detentor apenas da categoria ideológica de uma liberdade fictícia, a do homem "normal", capaz de julgar, mas incompetente. Esta é uma noção que merece tanto mais ser colocada em questão quanto ela própria pertence à tradição ideologista humanista que a reduz, ao menos na opinião do público, e em particular do público médico, à idéia de uma escolha possível, escolha que aqui praticamente se limita à do medico, ou, mais exatamente, da equipe médica. Pode-se duvidar do valor desta escolha quando se sabe a importância determinante que nela desempenham os acasos de uma proximidade geográfica, de uma indicação dada por parentes ou amigos e mesmo de uma orientação administrativa. É provável que o alto burguês, que dominava com toda a estatura de seu prestígio social e financeiro um corpo médico que não podia de qualquer modo alinhar senão resultados bem pouco convincentes, pudesse manter a ilusão de escolher. A igualdade da relação era, nessas condições, quase realizada. Que se releia Proust: "E .a velha duquesa Mortemart, nascida Guermantes (...) preconizava quase mecanicamente, piscando o olho, nos casos graves: 'Dieulafoy, Dieulafoy' como se tivesse necessidade de um sorveteiro. `Poire Blanche' ou, para os biscoitos, 'Rebattet, Rebattet'". A alta sociedade podia tratar o médico como um fornecedor.

Pode-se duvidar de que o povinho e os indigentes gozassem de uma liberdade comparável: "dispensavam-lhe" a medicina como se dispensa a esmola; o termo dispensário está aí para lembrá-lo. É sobretudo a extensão da medicina para todos e o aumento do prestígio e do saber médico que deixam descobrir hoje a profunda desigualdade da relação médico-doente. Isto não é, entretanto, um fato muito novo, tanto em seu princípio, como em sua prática. De fato, a ordem médica implica sua própria jurisdição, a qual se confunde hoje com a do Conselho da Ordem. O doente não tem diante dela nem mesmo a possibilidade de conhecer as decisões desta jurisdição, se é a ela que ele recorre. O estatuto do doente é o do "incapaz" em direito civil. A única diferença reside na possibilidade, para o doente, de se subtrair a esta jurisdição. Mas é inútil também o recurso aos tribunais civis, uma vez que estes (inclusive o Conselho de Estado) se conformam automaticamente com as decisões do Conselho da Ordem.

A "liberdade" do doente corresponde "a independência" do médico e sua liberdade de prescrição. Eis aí, também, uma noção fictícia se a tomamos num sentido absoluto. Pois, se a independência do médico só se acha parcialmente alienada pelas condições materiais que dependem da administração que o emprega quando ele é médico funcionário, ele é estritamente dependente da equipe com a qual trabalha e sobretudo do corpo médico em geral, o qual constitui, em última instância, seu juiz.

Falar, nestas condições, de um contrato médico-doente parece portanto, antes de mais nada,

uma ficção jurídica destinada a manter a ideologia da liberdade do doente e do médico. Isto se tornou tão evidente em certos casos, que foi necessário considerar que o contrato comprometia a administração ou o organismo médico em relação ao doente, e não o médico que o havia efetivamente examinado e cuidado. A noção de contrato também implica a possibilidade para as duas partes de encetar uma discussão sobre o que convém fazer, mas isto praticamente não é possível, dada a superioridade da posição do médico. Fala-se do "consentimento" do doente, mas, além do fato de que este consentimento dificilmente pode ser exercido, como indica o próprio *Boletim da Ordem dos medicos* (citado anteriormente), a partir de que bases estaria o doente munido dos elementos necessários para uma discussão, já que o médico não lhe deve de forma alguma a revelação do diagnóstico, nem mesmo do prognóstico, que lhe é sempre possível, e mesmo recomendável, ocultar (art. 34, Código de deontologia)?

Um dos elementos mais significativos que mostram que não existe um contrato verdadeiro é a questão do dinheiro. Sem dúvida, o Código de deontologia prevê (art. 8): "Entendimento direto entre doente e médico em matéria de honorários". Mas o art. 40 diz também: "O médico deve sempre estabelecer ele mesmo sua tabela de honorários; ele deve faze-lo com tato e medida. Os elementos de apreciação são a fortuna do doente, a notoriedade do médico, as circunstâncias particulares. Um médico nunca tem o direito de recusar a seu cliente explicações sobre sua tabela de honorários". O médico deve, então, somente explicações. Não se trata nunca de uma discussão livre, e o doente deve contar com o tato e a medida do médico. Que medida? Na prática, é o médico que impõe sua medida, e esperase que ele o faça com tato. Mas onde se encontra a medida do paciente que sabe muito bem que não tem os meios financeiros para consultar "o médico de sua escolha" e se ressente de sua liberdade como o proletário se ressente da "liberdade econômica", uma liberdade que não se torna efetiva a não ser para os ricos? De resto, o próprio médico não é livre, em virtude também do Código de deontologia. Este proíbe notadamente o preço fixado de antemão (art. 42). Enfim, "É igualmente proibido a qualquer médico abaixar seus honorários com um interesse de concorrência abaixo das tabelas publicadas pelos organismos profissionais qualificados" (art. 41). Estas proibições aparecem curiosamente sob o título II, "Dever do médico em relação aos doentes".

Hipócrates escrevia: "Se o médico aborda de saída a questão de sua remuneração (e ela intervém de algum modo em qualquer atividade), o doente será persuadido de que, em virtude deste contrato, o médico não o abandonará após a sua partida. Senão, ele pode temer que o negligenciemos (...). Então, importa ter o cuidado de prever os honorários. Preocupações desta ordem me parecem todavia prejudiciais ao doente, ainda mais especialmente nas doenças agudas. Estas evoluem com rapidez suficiente para que um bom médico dificilmente tenha de voltar: deste modo, é preferível para ele considerar antes sua reputação que seu interesse material. A este respeito, vale mais ser frustrado por aqueles que se salvou do que remunerado por aqueles que estão em grave perigo. Os clientes que não pagam seu médico merecem mais o desprezo que a vingança... Vossas pretensões quanto ao salário devem se limitar ao que vos é necessário para vos aperfeiçoar em vossa arte. Eu vos conjuro a não vos comportar de maneira desumana com relação a isto, desprezar o supérfluo de bens e riquezas e às vezes oferecer gratuitamente vossos cuidados, preferindo deixar nos doentes uma lembrança reconhecedora do que vos assegurar um acréscimo de rendimentos (...). O bom médico trabalha com todas as suas forças para não cometer nenhuma falta (...). Para chegar a tratar os doentes de maneira irrepreensível, ele não negligencia absolutamente nada, mesmo na presença dos mais desprezíveis indigentes, pois ele é ao mesmo tempo justo e leal'"

Pode-se ler de modos diferentes a atitude do médico diante do dinheiro. No nível ideológico, ela se constitui por sua falta de severidade quanto ao ganho, por sua aceitação em oferecer cuidados gratuitos, a imagem de um homem devotado à ciência e à humanidade. Isto pode depender do procedimento publicitário banal como é sugerido em Knock (dia de consultas grátis, cuidados oferecidos a uma mendiga). A ciência médica tira proveito disto pelas possibilidades que oferece a concentração de um grande número de doentes indigentes e de

médicos competentes. M. Foucault dá exemplos em que é cinicamente confessada a esperança de que as descobertas feitas no hospital terão efeitos na prática liberal.`

Está fora de dúvida que os médicos pensam que estas são considerações contingentes em relação ao que fundamenta a relação de dinheiro entre médico e doente: um pouco porque não querem saber nada sobre tais aspectos um pouco sórdidos e sobretudo porque aceitam, finalmente, apenas a idéia de Hipócrates segundo a qual o doente adquire o sentimento da existência de um contrato, porque, pagando os honorários, ele liga o médico pela consciência que lhe dá de um dever em relação a ele.

Quando Proust designa, para nosso sorriso, o prestigioso prof. Dieulafoy, recolhendo subrepticiamente o envelope que contém o montante de seus honorários, não se trata de uma fato isolado. Não era uma prática excepcional na "Belle Époque". E, atualmente, muitos médicos confiam à sua secretária o cuidado de receber os honorários. No fundo, o médico não que saber nada de sua relação de dinheiro com o doente. O dr. Sorano'deseja a supressão do pagamento, causa de constrangimento, mal-estar, perturbação. A maioria dos médicos fica satisfeita com o estabelecimento das tabelas pela Segurança social, o que lhes evita tomar posições muito rapidamente julgadas como venais. Muitos dentre eles não ousam pedir seus honorários, e isto não tem muita coisa a ver com a situação financeira de seus doentes. O médico fica tão constrangido em pedir honorários elevados para assegurar seu prestígio junto ao burguês quanto em fazer a mendicância de uma consulta grátis junto a indigentes que são humilhados com isso. Ele gostaria que este problema de intendência fosse regulamentado. Ele não pensa que a relação médico-doente seja um contrato que sele a questão de seus honorários. O doente também não, mesmo se um de seus temas favoritos de conversa diga respeito aos honorários do médico. No fundo, ele fala disto como também fala da chuva ou do tempo bom, ou antes do granizo, de uma calamidade contra a qual nada pode ser feito. O prof. de Visscher, segundo uma pesquisa de opinião, diz que o público "representa para si o médico como aquele que mais ganha dinheiro (mais que os banqueiros, por exemplo)".' Y. Nayens bem pode dizer que tudo isto não tem nenhuma importância porque o público não existe, é díspar. E provável, com efeito, que os banqueiros não pensem a mesma coisa sobre a situação financeira dos médicos comparada com a deles. Mas é certo que ninguém acredita que os honorários médicos sejam efetivamente negociados ou negociáveis, nem mesmo que o médico dará explicações sobre eles, como afirma o Código de deontologia. O compromisso mais ou menos constrangido e constrangedor que é finalmente adotado é mais da alçada da preservação da imagem do médico que do ato de selar um contrato.

O outro elemento que atesta a existência de um ato médico é a entrega de uma "prescrição". A prescrição é fruto de uma ordem, é também uma ordenação. Isto comporta prescrições de repouso, de higiene, de dietética, eventualmente de hospitali zação ou intervenção cirúrgica, mas é sobretudo a outorgação do *medicamento.* Para Balint, por intermédio do medicamento é o próprio médico que se dá. Mas para P. Benoit: "Eu não penso que jamais seja, no nível em que funciona enquanto estrutura a instituição médica, a pessoa do doente que seja cuidada pela **pessoa** do próprio médico".' É redutor interpretar a relação médico-doente como uma relação interpessoal. Não é o médico como pessoa, mas como representante de um corpo constituído, o corpo médico, como participante de um saber misterioso, que dá o medicamento ao doente. O medicamento será cercado de um prestígio tanto maior quanto for tido como proveniente de uma descoberta de origem estrangeira ou de um grupo médico particularmente célebre, e é porque é apresentado sob tal apadrinhamento que é aceito e desejado. Deve também ser reputado como perigoso para ser considerado ativo. P. Benoit mostrou justamente que, pelo uso do medicamento, o médico prova que tem o poder de dar a morte e, conseqüentemente, a vida [e] É preferível também que seja raro, caro, de gosto ruim, doloroso. Nestas condições, ele agrada mais e a palavra *placebo* adquire urna dupla significação em virtude de uma espécie de ambigüidade significante: substitui o medicamento, como quer a etimologia, e agrada ao doente. O mais importante é que seja portado pelo discurso. É o que sabia o charlatão que, na praça pública,

exaltava os méritos do "orvietan"; e também o curandeiro, que deixava entender a existência de um discurso místico, como assinalou mais uma vez P. Benoit 9

(3) Citado por Bariéty, Histoire de la médecine, Paris, Fayard, 1963, p. 135.
(4) M. Foucault, Naissance de la clinique, op. cit., p. 86.
(5) Sorano, *Médecine et médecins, Le* Seuil, 1959. *(6) Psychologie médicale, t.* III, n° 2.

O medicamento tem *primeiramente* um efeito placebo. Ou seja, qualquer medicamento, mesmo biologicamente inativo, pode trazer remissão e cura numa proporção apreciável de casos que pode ultrapassar 20%. Todos os médicos sabem disso e os "pesquisadores", em suas experimentações sobre um medicamento novo, não deixam de levar em conta. Mas é para eliminar uma causa de erro sobre a apreciação da eficácia do medicamento e não para tentar compreender nele o que quer que seja. Há aí um exemplo particularmente impressionante de que a existência de um fato indiscutido é inteiramente inabordável pelo discurso científico. Multiplicar as experiências concernentes ao efeito placebo confirmaria o fato sem ensinar nada mais. No máximo, o médico considera que o medicamento é a promessa de um "mais gozar" para seu doente, uma promessa de cura. Ele não sabe, não pode saber, que o placebo já é um "mais gozar" para o doente porque é um débito que lhe está sendo restituído sob a forma banalizada de um comprimido do qual se sabe apenas que é portador de um produto químico de nome complicado que o doente ignora e que o médico e o farmacêutico conhecem só um pouco melhor. É seu mistério mesmo que lhe confere o estatuto de objeto "a" e assegura sua eficácia enquanto placebo.

(7) P. Benoit, "Thérapeutique et médecine", *le Coq heron,* n? 3, nota p. 28.
(8) P. Benoit, "Le medical en tant qu'objet", *Lettres de 1'cole Freudienne,* n? *16.*
(9) P. Benoit, *Thérapeutique et médecine, op. cit., p.* 3 e ss.

O medicamento conserva junto ao público sua função de objeto suspeito porque manchado de seu papel ambíguo em relação ao gozo esperado. Não há quase nenhum medicamento que não possa servir de objeto toxicomaníaco. Proibido sem receita, controlado, regulamentado, o medicamento está na ordem médica. Tomado sem receita, ou graças ao jogo das receitas dadas por vários médicos, o medicamento serve aos toxicômanos. O mais velho dos medicamentos, a teriaga, devia seus principais efeitos aos opiáceos. Todos os medicamentos ditos psicotrópicos, este refúgio para os fracassos da medicina, tem o mesmo destino de servir tanto para a intoxicação do doente como para seu alívio. São portadores da função do objeto "a". Estão verdadeiramente "no lugar do" que não pode ser dado. É preciso sempre mais para obter o efeito que uma pequena dose não pôde, evidentemente, gerar. Eles também sofrem muitas vezes a vocação do objeto "a", de acabar no lixo, fim que pode ser também o de todos os medicamentos que tiveram como função, sobretudo, conseguir um benefício esperado alhures. O fantástico amontoado dos medicamentos que esperam na farmácia familiar antes de serem jogados no lixo procede desta função do objeto "a" de ser objeto de rejeição.

O médico não pode e sobretudo não quer saber nada do efeito placebo. Ele não quer ver aí senão o suporte charlatanesco da sugestão, de procedimentos extracientíficos, indignos dele. Acontece que às vezes, ele se utiliza dele, na falta de um tratamento eficaz, mas não se vangloria e sobretudo não nos congressos médicos. Mesmo se sua honestidade o faz dizer a seu doente que a medicina não pode praticamente nada, que a doença evoluirá sozinha num sentido favorável ou desfavorável, ele não deixará de dar uma pequena lista de medicamentos. E como o rito deve ser observado até o fim, o doente vai comprálos, tomá-los, e a Segurança social francesa vai reembolsá-lo.

O medicamento não funda a relação médico-doente mais que o dinheiro. Mas tanto um quanto o outro lastram um ato que necessita que seja respeitado um certo ritual, em que a ficção da relação se traduz pela ficção de uma troca: dinheiro contra receita. Sem dúvida o dinheiro tem de fato uma eficácia para a carteira do médico, e os medicamentos para a doença do doente, mas é sobretudo o princípio de sua troca que deve ser afirmado. É por aí que ambos os participantes se garantem de que um *ato* foi efetuado. Um ato que se diz fundado na *confiança.*

Pierre Guicheney, que consagrou sua tese à confiança, diz justamente: "A diferença entre a confiança e a credulidade parece depender principalmente da qualidade daquele a quem se dirige o ato de fé. O que implica, acreditamos nós, que o sujeito não seja capaz de fazer diferença entre os dois (...). O critério utilizado será geralmente um critério cultural. Isto é, sua relatividade. O doente iroquês tem, em seu feiticeiro, uma confiança que um parisiense considerará como uma marca característica de credulidade".` Gostaríamos que o autor nos dissesse o que distingue o pensamento científico do pensamento mágico a que se refere em seguida. Sem dúvida, não é fácil, uma vez que, segundo Sournia, que cita Guicheney: "Tanto quanto os camponeses, os engenheiros eletrônicos e os politécnicos freqüentam charlatães e curandeiros, perscrutadores de íris, pesadores de cabelos; a ciência racional pela qual tem paixão e à qual consagram sua vida não convém ao corpo deles, o qual escapa e se opõe ao lógico... Para seu mundo interior, para seu corpo, eles guardaram o encéfalo do homem das cavernas; eles permaneceram ligados às fábulas e aos contos da carochinha, com suas idéias vagas, irracionais, contrárias à razão, contrárias à experiência, portanto, à ciência pura; porque elas foram transmitidas através das épocas: eles acreditam nos mitos"." Do mesmo modo, J.-R. Debray[12] estima que, diante da doença, o espírito científico abandona o geólogo e o matemático. Sem dúvida! Mas quem sabe se não ocorre o mesmo com os médicos, que se comportem como vulgares politécnicos: quem tem a ciência sobre a ciência? Quem dirá a verdade sobre a verdade?

(10) P. Guicheney, *La confiance,* Université de Paris, VII, p. 12.

A manobra que concede a confiança ao médico mostra antes de mais nada que ele se curva diante do discurso dominante, e o cientista que confia no "curandeiro", que desconfia dele. Tudo isto não nos indica em nada o que separa "ciência" e "magia", "crença" e "credulidade", "mito" e "realidade". Confiar é fazer uma escolha, não é ter um sentimento. E o doente, mais que qualquer outro, sabe muito bem disto, uma vez que não duvida de que seu médico não lhe dirá toda a verdade, como, aliás, o Código de deontologia o autoriza e mesmo o aconselha expressamente. Se fosse necessário distinguir confiança e credulidade, eu diria que é o médico que dá prova de credulidade quando acredita que seu doente tem confiança, como afirma de bom grado e muitas vezes tão alto que isto se torna suspeito. O doente confia em vez de ter confiança, e isto porque não pode agir de outra forma. A cumplicidade tácita do medico e da família permite constituir mitos em que a cura permanece uma eventualidade, mesmo nas doenças mais certamente mortais. Continua-se a falar tecnicamente de exames, de complicações, de melhoras, quando se trata de remissões, de recaídas ao longo de uma doença que segue seu curso inelutável. Toda uma linguagem se constitui, na qual são evitadas certas palavras e repetidas tantas outras. Cada um sabe que está fazendo "cinema", "romance", mas mesmo assim isso funciona, pois não basta dizer que se está no cinema ou frente a um livro para não ser preso afetivamente. Aliás, cada um se resguarda de fazer o que quer que seja que possa destruir o encantamento. A confiança concedida ao médico se deve muitas vezes ao fato de que ele pode dar do discurso médico a interpretação mais agradável para os ouvidos de uma família. As vezes, a alta tecnicidade não tem outra função senão de dar boa consciência a uma família assombrada por votos de morte. Em muitos casos, o próprio médico acaba acreditando um pouco no que conta através do que institui.

(11) Sournia, *Mythologie de la médecine moderne,* PUF, col. "Galien", p. 7.
(12) J.-R. Debray, *Le malade et son médecin,* Paris, Flammarion, 1965, p. 220.

Freud sempre teve as mais reservadas posições em relação à confiança: "Sua confiança ou sua desconfiança (do paciente) são quase negligenciáveis quando comparadas às resistências internas que protegem sua neurose (...). Sua desconfiança não é senão um sintoma semelhante aos outros sintomas..."" A experiência das curas psicanalíticas mostra que a confiança na maioria das vezes não é senão um meio de arrastar o analista no discurso do paciente, e que desmorona quando este percebe que não consegue. Da confiança, guardaremos pois o que dizia Freud: "Ela

torna os primeiros contatos que se tem com o paciente muito agradáveis". Não há mais nada a dizer.

A função da confiança é ideológica. Ela tranqüiliza o doente, que não pede senão isto, e também o médico, que nem sempre está tão seguro quanto quer deixar transparecer. Ela instaura a hierarquia da relação. "A confiança vem de baixo, a autoridade vem de cima", dizia Sieyès. Uma não passa sem a outra. O médico tímido espera que se confie nele para evitar ter de dar prova de autoridade. Mas eis como, segundo Mondor, [14] procedia Cottard, esse iletrado, criador de estúpidos trocadilhos: "Ele examinou Marcel Proust, hesitou um pouco e prescreveu imperiosamente: purgativos violentos e drásticos, leite (olé! olé!), carne não, nem álcool. A mãe do jovem doente, que não sossegava com o horrível jogo de palavras e que temia ao mesmo tempo a brutalidade do remédio e o jejum anemiante, confessou sua inquietação. `Vi nos olhos de Cottard, tão inquieto como se tivesse medo de perder o trem, que ele se perguntava se não tinha se deixado levar por sua doçura natural. Ele tratava de se lembrar se tinha pensado em pegar sua máscara fria, como se procura um espelho para olhar se não se esqueceu de dar o nó na gravata.' Na dúvida, e para não ficar sem resposta, ele respondeu ao acaso, grosseiramente: `Não tenho o costume de repetir minhas prescrições duas vezes. Dê-me uma pena'. Seu ar glacial se acusou; ele escutou distraidamente as últimas objeções da mãe de Marcel e se afastou sem maiores explicações. Este laconismo denso fez os pais acreditarem que o médico não havia enxergado com clareza e que sua receita não era conveniente; mas logo foi preciso retornar a ela. Sem grandes gestos e sem compunção nem discurso, Cottard tivera razão. E nós compreendemos que este imbecil era um grande clínico".

(13) Freud, *Le début du traitement. Technique psychanalytique,* PUF, 1967, p. 83.
(14) Mondor, "Les médecins consultants dans Proust", *Formes et couleurs, op. cit.*

Confiança e desconfiança fazem parte das franjas da relação médica. Não devem ser subestimadas. Mas, afinal de contas, se o médico crê na medicina, se pensa que os medicamentos que prescreve não tem somente um efeito placebo e, mais ainda, se acredita que o efeito placebo nunca deve ser negligenciado, só tem de fazer sutilezas balintianas e outras relativas ao manejo da transferência (e da contratransferência) da confiança (e da autoridade). A lição de Cottard é mais certa. É desafiando a desconfiança que ele consegue confiança. É mostrando que não quer entrar nas razões que lhe objetam que afirma que a razão está do seu lado.

Não existe relação médico-doente. Tampouco existe relação médico-doença. Existe apenas *uma relação instituição médicadoença. O* médico não fala e não intervém senão enquanto é o representante, o funcionário do discurso médico. Seu personagem deve se apagar diante da objetividade científica da qual é o garante. Quanto ao doente, não é a ele que se dirige, mas ao homem presumidamente normal que era e que deve voltar a ser, isto é, um homem que raciocina corretamente, o que quer dizer que ele se submete à razão médica. Sobre a noção de normalidade, caberá retornar, pois a norma é uma noção jurídica antes de ser um conceito científico. A norma, se é a *saúde que deve* reencontrar o doente, também é *a regra que deve* seguir o médico, a de *prescrever o* que é preciso. A norma à qual o doente deve aceder é uma norma natural, aquela pela qual um organismo são se mantém neste estado. A norma que o médico aplica é a de uma ordem jurídica, que é uma ética que resulta do discurso médico. Uma e outra se reúnem e se confundem na *prescrição,* ordenada pelo médico, seguida pelo doente. Assegurar a ordem do organismo é a finalidade da ordem médica, que pode ser levada a contrariar o primeiro durante um tempo ou mesmo de modo contínuo. É porque a ordem médica é solidária de uma idéia precisa da normalidade que ela exclui que se viva com certas afecções crônicas, certas enfermidades, certas taras, hereditárias ou não, e mais ainda que se morra quando seria possível viver.

A impotência da medicina, quase total até este século, mascarou o fato de que o homem do qual se ocupa não é o que ele é (mais ou menos doente ou enfermo), mas o homem tal como deve ser *(o sollen* de Kelsen). *Mens sana in corpore sano. O* médico não se ocupa do doente senão na

medida em que é, ele próprio, *portador deste ideal,* deste *sollen.* Caso contrário, ele não é da sua jurisdição porque não é "razoável". Ele é da alçada do psiquiatra.

Entre médico e doente, não se discute entre dois indivíduos que tem talvez uma opinião pessoal sobre os ideais da sociedade. Presume-se que eles partilhem um ideal humanista comum. Fica entendido que a "relação" deles será ordenada por esta convenção implícita. O "mau" médico como o "mau" doente serão caracterizados pela mesma deficiência em executar o que é preciso para chegar a esse ideal.

15
Os efeitos do discurso medico: Uma ética em questão

Há certa indecência em falar de uma ética, porque uma ética se pratica mais do que se explicita. Ela não procura menos se fundamentar, mas se satisfaz geralmente com categorias ideológicas sumárias e pouco defensáveis. Já vimos que as constantes referências ao "desejo de saber", ao "desejo de curar", ao "gênio" do cientista, aos "dons de observação" e à "intuição" do médico constituem noções tão imprecisas quanto indemonstráveis e contraditórias com fatos da observação corrente. Estas noções não têm outra função que não tentar estabelecer uma concepção positivista da medicina, que permita a esta reter apenas os fatos positivos que articula, com exclusão de qualquer outra consideração sobre o que ela constitui por um lado, e sobre o que destitui, por outro.

Tampouco é referindo a prática médica à ideologia da época que se propõe uma explicação suficiente. Como escreve Sigerit: "A medicina está estreitamente ligada ao conjunto da cultura, sendo qualquer transformação nas concepções médicas condicionada pelas transformações nas idéias da época". Já indiquei aqui mesmo que não se podia explicar Hipócrates ou Paracelso, nem os anatomoclínicos do século XIX, independentemente do nascimento do humanismo ocidental, do Renascimento, da dominância do discurso científico. E, sem dúvida, é o questionamento do humanismo ocidental que explica que hoje as controvérsias sobre a medicina se façam mais prementes. Todavia, seria reduzir o problema da ética médica fazer dele um aspecto particular da ideologia que lhe é contemporânea. Atribuiu-se à influência do cristianismo as preocupações humanitárias e caridosas que a medicina ocidental relata de bom grado. Mas, bem antes da fundação dos primeiros hospícios cristãos por São Gregório em Cesaréia, o rei Prijida, na enumeração de suas boas ações, podia relacionar a fundação de dezoito hospitais destinados aos indigentes. Paralelamente, a comiseração budista chegava até a fazer com que se edificassem dois tipos de hospitais, um para os homens, outro para os animais.' O interesse pelos animais não é, entretanto, uma particularidade exótica. Na França mesmo, foi preciso que uma epizootia devastasse o sudeste do país para que os privilégios da faculdade de medicina fossem recolocados em causa pela fundação da Sociedade real de medicina em 1776.

A ideologia que sustenta uma ética (humanista, cristã ou budista) é uma superestrutura. Mas tampouco se poderia reduzir a ação médica ao interesse que nela encontravam aqueles que eram seus autores ou comanditários. A noção de epidemia, que poderia explicar uma preocupação interessada em cuidar dos pobres e dos animais, é antiga, mas a de contágio é muito menos, e continuava muito vaga. De qualquer forma, o socorro médico se estendia a doenças não-contagiosas e não se limitava à segregação dos doentes. É provável que o horror do rosto e das feridas dos leprosos tenha sido mais determinante na origem dos leprosários que o temor da contaminação. Era preciso designar o monstro e suprimi-lo da vista, curando-o ou trancafiando-o. Fez-se' o mesmo mais tarde para o louco quando foi preciso estabelecer o reino da razão.

O procedimento de exclusão se instaura quando não se possui os meios da cura. Trata-se de excluir o outro quando o espetáculo de sua alteridade coloca em questão a normalidade de que cada um é supostamente portador. Em toda doença há um questionamento da ordem. Mesmo os campos de morte nazistas tinham seus "pratos de entrada", espécies de enfermarias, às quais se atribuía até mesmo um certo contingente de medica mentos raros. O suicídio, era proibido. Deve-se morrer, mas dentro da ordem.

(1) Jurgen Thorwald, *Histoire de la médecine dans l Antiquité,* Hachette, 1962, p. 217 ss.

Constituindo- se, o discurso médico introduz um corte que é o fundamento de sua ética. Não mais existe o doente como tal. É ao homem presumidamente são, pelo menos em seu passado e seu futuro, que se dirige a medicina. Aceitar que a doença seja "um outro andamento da vida", como diz Leriche, é uma derrota para a medicina, é um compromisso às vezes inevitável, sempre lamentável. O discurso médico separa o homem de sua doença. Pelo tratamento, pela prevenção, até mesmo por estudos genéticos, a medicina tende a constituir o homem tão "normal" quanto possível. Mesmo se o conceito de normalidade é vago, a medicina é normativa. Do lado do homem normal e são está o Bem, a imagem à qual se pode e se deve se identificar. E do lado da doença está o Mal, o que se deve eliminar por todos os meios possíveis. Tal é o díptico no qual se inscreve fundamentalmente a ética portada pelo discurso medico.

O conceito de normalidade (e de saúde) é difícil de delimitar, e não é um dos menores paradoxos o fato de que os médicos, que são os praticantes de seu estabelecimento, não sejam seus teóricos. Entretanto, o estado de saúde não se experimenta subjetivamente senão a partir da doença, como um bem que se perdeu e, no momento da cura, como um bem reencontrado; fora do tempo crítico da doença a saúde é vivida "no silêncio dos órgãos", mas não se experimenta. O clínico fica nisso, ou pelo menos pensa assim sua prática liberal, suspensa à demanda subjetiva de seus pacientes. De fato, o problema é menos simples, porque o médico deve responder a uma demanda normativa de seu doente que não é forçosamente médica mesmo se toma emprestados os termos de seu vocabulário, e também porque ele responde a uma demanda que não é somente do paciente, mas também da família (sobretudo em relação às crianças) e também da sociedade (visitas sistemáticas, vacinas etc.).

Seria preciso retomar toda a questão sobre O *normal e o patológico,* mas não podemos nos dispensar da leitura completa do livro de Canguilhem. Vou me limitar a alguns pontos. Canguilhem[2] nota uma curiosidade lingüística: "anormal" é um adjetivo ao qual não corresponde nenhum substantivo. E "anomalia" é um substantivo ao qual não corresponde nenhum adjetivo. Por outro lado, duas etimologias - *amalos e normos* - devem ser retidas para estas duas palavras. Este cruzamento não é fortuito. De fato, temos duas ordens de referência diferentes. Num caso, nossa referência é descritiva. O que é anormal é o que é diferente do que geralmente conhecemos do indivíduo. Por exemplo, podemos dizer que é anormal estar doente, mas diremos do mesmo modo que é anormal não o estar se tivermos sofrido graves restrições alimentares, anormal é não estar ferido se caímos de grande altura, anormal é não estar infeliz se sofremos o luto de uma pessoa próxima. "Anormal" se liga a um *conceito descritivo.*

(2) Canguilhem, *op. cit.,* pp. 81-82.

Uma anomalia, ao contrário, designa uma particularidade do indivíduo que não é localizável como tal senão por referência ao que sabemos de outros indivíduos: o fato de ser albino, ou de ter uma inversão da posição dos órgãos (coração, fígado), ainda que estas anomalias não ocasionem nenhum dano. É preciso um *conceito normativo* para que uma anomalia seja considerada como tal. Observaremos com Canguilhem que as etimologias se cruzam, já que é necessário constituir uma norma para designar a anomalia.

Mas existe aí mais que uma curiosidade lingüística, pois existem duas ordens de referência distintas, que são *o indivíduo* e a *espécie.*

No que diz respeito ao indivíduo, a única norma admissível concerne a sua aptidão para restabelecer as condições de funcionamento de seu organismo, isto é, homeostase, regulação térmica, resistência às agressões, às doenças etc. O organismo é, pois, normativo. Ele é, além disso, capaz de constituir para si mesmo novas normas para se adaptar a novas condições de vida (altitude, esforço muscular...). É "normal", por exemplo, que o adolescente procure ultrapassar fisicamente a si próprio.

Mas tudo não pode ser avaliado unicamente em relação ao indivíduo, pois, se certas "anomalias" (albino, inversão dos órgãos) não causam nenhum dano ao indivíduo e são compatíveis com uma vida "normal", existem outras que comprometem mais ou menos gravemente sua vida, necessitando que o sujeito acometido por ela esteja protegido dos traumatismos (hemofilia), que se submeta a tratamentos especiais, médicos ou cirúrgicos (distúrbios do metabolismo do ácido fenilpirúvico, pé aleijado, ausência de véu do palato). Certas anomalias genéticas importantes, como o mongolismo, são perfeitamente compatíveis com a vida, e o indivíduo acometido pode possuir inteiramente a faculdade normativa que assegura sua sobrevivência. Entretanto, está claro que em certos casos seu estado não é compatível com as condições de vida normal. Em particular, se ele é acometido de debilidade física ou mental, chega-se a este paradoxo: na falta de poder se adaptar ao meio ambiente, é este que é adaptado a ele a fim de que possa sobreviver. A família ou os institutos especializados, encarregando-se disso, realizam tal reviravolta. Assinalamos para terminar que a vida sexual de tal indivíduo é forçosamente perturbada, ou mesmo completamente proibida, pelo temor de se ver perpetuar a anomalia se ela for genética.

Concluiremos que toda consideração sobre o normal está necessariamente ligada a um discurso mantido sobre o homem, o que não acontece sem que sejam pronunciadas exclusivas (indo até o racismo), mesmo se essas exclusivas sejam apenas parciais: interdição de certas responsabilidades para certos doentes (cardíacos, epilépticos...) ou certos privilégios (sexuais notadamente). A esse respeito, o discurso médico tem um papel decisivo no estabelecimento das normas discriminatórias.

Normativo, o discurso médico o é, portanto, por enunciar com cada vez mais precisão as normas nas quais se reconhece um indivíduo normal. Do mesmo modo, a medicina se achou amplamente comprometida na discriminação racial. Sabe-se que os médicos nazistas contribuíram para a discriminação anti-semita e para a apologia da raça ariana. Um dos primeiros atos da Ordem dos médicos na França foi também a aplicação de um ***numerus*** *clausus* excluindo médicos judeus. Não estão aí fatos aberrantes. Nos Estados Unidos, o prof. William Shockley propunha publicamente um "meio muito humano de sanear a sociedade e de eliminar dela os seres insuficientes": praticar a vasectomia, a fim de limitar a reprodução dos seres machos cujo quociente intelectual (QI) não atingisse 100. Ainda que o prof. Shockley seja Prêmio Nobel de Física e que a técnica de discriminação do QI não seja mais séria no plano científico que os critérios nazistas de discriminação racial, não é refutável que tal iniciativa não dependa diretamente disso de que o discurso médico é diretamente portador, na medida em que promove a noção de norma em seu nível mais elevado possível. É evidente que a partir do momento que a genética existe, ela impõe certas práticas, ainda que seja desaconselhando certos casamentos. Eis aí uma posição racista menor, mas ela procede da mesma lógica que aquela que preside o racismo mais universalmente reprovado.

Normativa, a medicina o é, enfim, porque contribui para elevar o nível da normalidade pela conservação das forças do adulto que envelhece, pelo recuo da idade da mortalidade. A "medicina esportiva" encoraja a corrida para a ultrapassagem das normas, caucionando por sua presença e seus conselhos um espírito de competição muito contestável, que não basta para purificar a interdição dos medicamentos dopantes (fornecidos pela medicina). Mas como os médicos não reconheceriam nesse crescimento permanente das performances realizadas uma das conseqüências do ideal de saúde e de normalidade que a medicina propõe? O frontispício do tomo VI da Enciclopédia Francesa, *O ser humano,* publicada sob a direção de Leriche, representa a saúde sob os aspectos de um atleta lançador de pesos. É uma imagem significante, ela propõe um ideal, mas também o impõe, e não somente na forma de um ideal consciente. De fato, por que a medicina não estuda os efeitos das imagens significantes que a biologia conhece para a morfogênese (por exemplo, mimetismo) ou para a postura de ovos?

O papel normativo da medicina é uma obrigação legal: "O médico deve se esforçar para obter a execução do tratamento, particularmente se a vida do doente estiver em perigo. Em caso

de recusa, ele pode recusar seus cuidados nas condições do artigo 36" (Código de deontologia, art. 29). O doente que recusa a se tratar coloca-se em contravenção com a lei médica não-escrita, ou mesmo a lei escrita (vacinação obrigatória). O direito de dispor de seu corpo não é certamente mais um direito absoluto, e foi com um consentimento geral que Hamburger pôde falar das pressões que deveriam ser impostas a um colérico que recusasse a se tratar e desencadeasse uma temível epidemia. Na verdade, os adversários da normalização médica são obrigados a se refugiar atrás de argumentos miseráveis, tais como a denegação da eficácia das vacinas, seu perigo, os riscos de toda exploração e de todo tratamento.

Está iniciada uma luta entre o princípio de normatividade que possui todo organismo vivo e o da normatividade que comporta o discurso médico. Seria absurdo pretender que eles se completam e se reúnem, tanto no que concerne ao indivíduo, quanto ao que interessa à espécie humana. Muitas vezes a medicina combate explicitamente as reações naturais do organismo. E não é ilegítimo adiantar que é somente porque o discurso médico segue sua lógica própria que são mantidos em vida indivíduos a quem a sociedade pouparia inúteis sofrimentos, menos em razão do custo financeiro de certas sobrevidas, que por comiseração.

Mais ainda que normativo para os doentes e os homens, o discurso médico o é porque deve assegurar sua própria sobrevivência enquanto discurso, isto é, constituir um saber e procedimentos terapêuticos cada vez mais sofisticados.

"O médico sempre deve elaborar seu diagnóstico com a maior atenção, sem contar com o tempo que lhe custa seu trabalho e, se for o caso, ajudando-se ou fazendo-se ajudar em toda medida do possível por conselhos esclarecidos e por métodos científicos mais apropriados..." (Código de deontologia, art. 29).

A audácia exploratória dos médicos, tanto sobre o cadáver como sobre o vivo, está incontestavelmente na origem dos progressos médicos mais importantes. É verdade que tal audácia retira a responsabilidade do médico, já que o Código de deontologia o obriga a isso e nada prevê contra os abusos. Mas, mais do que a preocupações legais, é à exigência do discurso médico que o médico obedece. O homem primitivo praticando a trepanação, Hipócrates fazendo uma toracocentese, aí estão imagens significantes da empresa médica corajosa. A visão terapêutica se confunde aí com o interesse científico.

Entretanto, a multiplicação dos exames paraclínicos é muitas vezes dolorosa, às vezes perigosa, sempre sofrida, sem que o interesse do doente seja sempre evidente. Em numerosas circunstâncias, apenas o fato de praticar exames numerosos e dolorosos é uma "resposta" dada ao discurso do doente. Ela é a afirmação de que nada que não seja objetivamente constatável será ouvido. Mas o discurso médico não tem aqui reserva nem legal nem moral. "O investigador obstinado tem muitas vezes melhor consciência que o terapeuta obstinado",' diz J.-R. Debray, que, no entanto, é pouco suspeito de assumir posições críticas em relação aos médicos. A razão desta atitude nos é dada por Jean Bernard: "De uma maneira geral, parece muito desejável que o médico encarregado de tratar as crianças leucêmicas partilhe sua vida entre seus doentes e suas pesquisas experimentais *(sic). A pesquisa cientifica fornece ao médico* ***um*** *refúgio necessário, a justificação indispensável;*` ela lhe permite suportar todas as penas que engendra a doença mortal ...". Que o espírito de pesquisa seja necessário ao médico para lhe evitar uma inútil compaixão, não duvidamos: está justamente aí uma das necessidades da dessubjetivação constitutiva do discurso do mestre. Mas este espírito de pesquisa vai longe. Certos adultos, certas crianças, sobretudo, são mantidos numa sobrevida dolorosa que nada pode justificar, a não ser o espírito científico do médico. A expressão "pesquisas experimentais" empregada por J. Bernard é certamente mais apropriada que a de "pesquisa clínica". O pessoal da enfermagem, a família também, não se engana sobre o papel de cobaia que fazem urna criança desempenhar sob o álibi inaceitável de uma descoberta científica intercorrente que poderia salvar uma criança votada, de qualquer forma, a uma vida débil e miserável. O impressionante cortejo científico arrebata a adesão do público, médico ou não. Como se ousaria retirar uma criança de um hospital altamente especializado, quando se sabe que esta retirada seria assinar sua morte no mais breve prazo?

Como a equipe médica recusaria a oportunidade excepcional de retirar um inapreciável ensino de uma afecção sanguínea, renal, nervosa ou outra? Não dá a sociedade sua caução aceitando pagar muito caro (até mil francos a diária, às vezes durante anos!)?

(3) J.-R. Debray, *Le malade et son médecin, op. cit.,* p. 80.

Da observação à experimentação, da tentativa exploratória à tentativa terapêutica, há apenas um passo. As irradiações atômicas num grupo de cento e onze doentes, com consentimento duvidoso, acometidos de canceres generalizados, leucemias, doenças de Hodgkin, causaram escândalo. Só depois é que elas foram denunciadas e estigmatizadas pelo senador Kennedy.s Mesmo assim nos perguntamos se esses virtuosos protestos não são obra de jornalistas e políticos mais preocupados com razões políticas que humanitárias. Ainda nos Estados Unidos, doentes sifilíticos receberam uma pensão para não se tratarem durante trinta anos, a fim de seguir a evolução espontânea da doença. Esse escândalo, que, curiosamente, só foi descoberto após o término da experimentação, dizia respeito, é verdade, a uma população de negros!

(4) J. Bernard, Exposição no 1? colóquio internacional de moral médica, t. II dos *Travaux du Congrés,* Masson. Citação extraída do colóquio de medicina da França n? 132 (grifada pelo autor e por nós).
(5) Washington Post, 8 de outubro de 1971.

A experimentação humana foi feita mais sistematicamente nos campos de concentração nazistas. As pesquisas sobre o resfriamento e as técnicas de reaquecimento são notáveis. Do mesmo modo, o estudo da absorção da água do mar foi feito sistematicamente. Quer nós aprovemos ou não tais experiências, seus resultados são utilizáveis e utilizados pelos médicos. Sabe-se pouca coisa sobre as atividades do dr. Karl Clausberg, pois a proteção da justiça e dos peritos médicos (que se recusaram todos) retardou muito tempo seu processo. Finalmente, K. Clausberg foi encontrado enforcado em sua cela; a investigação oficial concluiu por suicídio, mas os jornalistas alemães deixam entender que poderosas sociedades químicas, laboratórios farmacêuticos, para quem Clausberg "em outros tempos" havia trabalhado, desejavam comprar seu silêncio. "Quem matou Clausberg? Talvez, simplesmente, o próprio Clausberg."[6] É provável que utilizemos hoje medicamentos que foram "beneficiados" pelas experimentações humanas praticadas por Clausberg.

Médicos alemães participaram igualmente em técnicas de esterilização, como Victor Breck, que diz em sua defesa ter querido "salvá-los da morte"! Ele também aperfeiçoou técnicas de eutanásia, sem dúvida para obter uma morte menos dolorosa para aqueles que, de qualquer maneira, estavam condenados. Não estão aí fatos monstruosos. Na França, o dr. Guillotin não deve sua celebridade ao fato de aperfeiçoar uma máquina eutanásica que funciona até hoje?

A comiseração médica pelos condenados de direito público como por aqueles condenados por sua doença tem aspectos estranhos. *A Gazeta dos Hospitais,* em 1971,' publicava um editorial de J. Duchier intitulado "Morto por nada". Vale a pena salientar as seguintes linhas:

(6) Christian Bernadac, *Les médecins maudits,* France-Empire, 1967.
(7) Gazette des hôpitaux, 1971, 143.28.

"... Por que razão os condenados a uma privação de liberdade, esta podendo ir até a pena de morte, não podem, sob pretexto de respeito à integridade da pessoa, ser utilizados para fins científicos? Responde-se em geral que o condenado não mais possui seu livre-arbítrio para decidir com toda liberdade; mas será que ele consentiu em permanecer atrás das grades e às vezes em deixar cortar a cabeça? Desde que a sociedade decidiu por um castigo definitivo, este deve ser utilizado ao máximo. Não se trata, bem entendido, de propor um mercado assimilável a um `tráfico de indulgências', mas de obter por esse meio uma revalorização do indivíduo. O próprio

fato de um criminoso inveterado ter sido útil poderia contribuir tanto quanto o psicólogo para a 'reeducação e reinserção social' do condenado. No mesmo tempo em que médicos e cirurgiões, ou pesquisadores, lutam para preservar a vida, não será um `desperdício inconcebível' uma `morte para nada' deliberadamente decidida... O conceito de pagamento de uma `dívida à sociedade' estará melhor assegurado por uma vingança inútil que por uma contribuição ao progresso médico ou científico?... O assassino que destruiu uma vida, contribuindo para salvar outras vidas, não estaria aí o resgate?"

Os argumentos são, pois, sempre os mesmos: o sujeito está de qualquer forma condenado pela doença ou pela sociedade. Ele pertence a uma humanidade inferior. Foi apenas depois das insuficiências das experimentações nos porcos que os nazistas experimentaram nos judeus, ciganos e oponentes ao regime. Os negros, os condenados de direito comum, desempenham hoje o mesmo ofício.

O princípio mesmo da experimentação humana era defendido em abril de 1964 pela revista suíça *Médecine et Hygiene:* "O animal experimental ideal é o homem. Sempre que for possível, é preciso tomar o homem como animal de experimentação. O pesquisador clínico deve ter em mente que para conhecer a doença humana é preciso estudar o homem. Não existem pesquisas mais satisfatórias, mais interessantes e mais lucrativas que aquelas efetuadas no homem. Precisamos, pois, ir mais longe na pesquisa no mais desenvolvido dos animais: o homem".

É certo que tais tomadas de posição não são aberrantes. Em nome do quê a Ordem dos médicos, tão pronta a tomar posições moralizadoras em outras circunstâncias, formularia condenações contra tais práticas? Se ela não o fez, é justamente porque estão na ordem do discurso médico. É significativo que as experiências em sujeitos resfriados por imersão tenham sido praticadas por uma eminente personalidade médica, o dr. Holzlbhner, sobre o qual o capitão Schultzer dizia: "Ele era de um devotamento exemplar. Nunca tínhamos conhecido um médico tão humano. Uma única coisa contava para ele: nossa cura".[8] Sem dúvida, não consentiu ele na experimentação humana apenas para salvar milhares de outros humanos? E esse médico "muito humano" provavelmente não renunciou sem pena à utilização da anestesia. A questão de Malgaigne se coloca sempre: "Que um doente sofra mais ou menos, é isto algo que ofereça interesse para a Academia de ciências?".[9] Malgaigne podia justificar o interesse duplo da anestesia por éter, pois, evitando sofrimentos ao doente, facilitava-se a intervenção cirúrgica. O interesse do doente se unia ao da pesquisa médica. Para o prof. Holzlõhner, o problema era colocado em outros termos: a experimentação seria falseada e inutilizável se os pacientes fossem anestesiados.

Em última análise, é o interesse da ciência que prevalece. "Há o mais importante que o doente e o médico, há a medicina", dizia Knock. Sob esta forma, o ditado é demasiado abrupto para ser admissivel. Deve-se, pois, fazer silêncio sobre as exigências do discurso. Não se estigmatiza como excesso senão aquilo que é inadmissível para a ideologia da época e o poder político. Mas a ideologia da época também se transforma em função do que permite o prosseguimento do discurso médico. As condições de vida nos hospitais psiquiátricos e nos asilos de velhos eram escandalosas durante a guerra, os mortos por desnutrição foram contados em dezenas de milhares. O silêncio do corpo medico se explica sobretudo pela impossibilidade de comover o público quanto a seres considerados inferiores, como os judeus, os leprosos, os loucos ou os criminosos. É a possibilidade cada vez maior de assegurar uma vida "normal" a tais internados que muda pouco a pouco a ideologia comum. Do mesmo modo, a existência de técnicas simples e sem perigo familiariza com a idéia de aborto. O médico não mais pode ignorar que sua recusa de praticar o aborto pode conduzir sua consultante a realizar ela própria uma intervenção perigosa e mutilante.

(8) Ch. Bernadac, *loc. cit., p.* 41.
(9) Citado por H. Mondor, *Les grands médecins,* Paris, 1943, p. 288.

Os problemas que o desenvolvimento da técnica médica coloca não param de mudar, e é em vão que os próprios médicos podem pretender ter sua dominação. Hamburger[1°] conta como foi levado a consultar o prof. Jankélévitch, titular da cadeira de moral na Sorbonne, para lhe expor os problemas que lhe colocam a prática médica. Este encontro entre duas sumidades, por mais pomposo que seja, possui algo de tocante pela ausência que consagra: a do principal interessado, o doente. Jankélévitch declinou qualquer competência. Cabe ao médico assumir sozinho suas responsabilidades. Sem dúvida não se deve ver aí senão ajusta reserva de um filósofo diante de uma ciência e uma arte da qual não pretende ser um praticante. Mas, justamente, não está aí uma surpreendente singularidade, o fato de que o médico esteja tão-somente em sua prática? Qualquer outro discurso, mesmo de um "intelectual", não é recusado de antemão, mesmo se for solicitado?

A supressão de qualquer posição crítica oponível à ética que impõe a ordem médica deveria, entretanto, constituir problema, se não aos médicos, ao menos aos moralistas. A colocação em primeiro plano do imperativo técnico, cientificamente estabelecido, não concerne somente à medicina, mas à economia, à política, ao urbanismo... Mas é evidentemente para a medicina que o imperialismo científico é mais sensível, pois toca diretamente os corpos. Os protestos contra este imperialismo são muitas vezes aberrantes ou julgados como tais quando se trata de toxicomanias e das diversas formas de suicídio a que recorre uma franja da população julgada "doente e marginal". Eles revestem também, às vezes, a recusa do recurso à medicina tradicional, do recurso a diversas formas de charlatanismo, entre as quais geralmente não se hesita em alinhar a psicanálise. Mas o verdadeiro problema não reside na recusa que a ciência opõe a levar em consideração o que não vai no sentido de seu "progresso"?

Não são, entretanto, somente as resistências explícitas à ordem médica que faltam, mas os médicos as afastam com um gesto desdenhoso. Eis, por exemplo, o que escreve J.-R. Debray sobre os magistrados: "Por que, no dia seguinte à reforma de 1945, que introduziu nos textos legislativos a novidade do delito por omissão, `comentadores apressados para não dizer solícitos' pediram a aplicação do novo artigo 63 do Código penal aos médicos? E por que os tribunais `com quase unanimidade' responderam favoravelmente (com entusiasmo mesmo) a esta sugestão?"."

(10) Hamburger, *Grandeur et tentation de la médecine, op. cit., p.* 124.

Louis Kornprobst, com uma franqueza um pouco brutal, dá uma resposta: "Talvez seja necessário ver aí uma reação, uma revanche inconsciente mesmo, sobre a desenvoltura e a cupidez com que, bem se pode dize-lo porque infelizmente é verdade, *os piores elementos* do corpo médico exploram sua clientela".

J.-R. Debray convida a meditar sobre esta interpretação "do grande jurista contemporâneo", cuja obra dá testemunho de "uma grande competência do pensamento médico e também da profissão médica", e pensa que "ela é de natureza a demonstrar a necessidade de uma jurisdição profissional, de uma ordem ativa e respeitada".

Ora, nesta péssima querela, de que se trata senão de conseguir que os médicos escapem a lei comum, sob o pretexto de possíveis abusos por parte da clientela? A interpretação de Kornprobst é simples: todo o mal vem dos maus médicos, "exploradores de sua clientela", e dos pequenos magistrados "revanchistas" que "reagem inconscientemente". Aí está uma interpretação certamente não-jurídica e que lança o descrédito sobre os pequenos magistrados e os pequenos médicos. Mas como nos fazer crer, se sua hipótese for correta, que se vai reconduzir os maus médicos ao caminho correto fazendo-os escapar à lei comum? Não estaria aí, ao contrário, o meio mais seguro de incitá-los a todos os abusos, que cobriria uma jurisdição profissional necessariamente mais "compreensiva" em relação às "razões" dos colegas? Se é verdade que magistrados tiveram uma atitude "revanchista" (deixamos a Kornprobst a responsabilidade desta interpretação injuriosa), não será, antes, porque os juristas se exasperaram por ter de se inclinar tão freqüentemente diante da autoridade "científica" do corpo médico, porque o que constitui

força de lei são os costumes profissionais, a Ordem dos médicos, a opinião dos peritos?

Não me parece, em todo caso, que se possa reprochar aos magistrados o aplicar a lei e aos médicos o exercer a medicina. É fácil demais falar de maus médicos e maus magistrados para explicar conflitos que são muito mais graves. Não se pode senão ficar impressionado em ver com que leviandade grandes médicos e grandes juristas, ou que se acreditam tais, tratam problemas da ética médica. Nessas condições, não cabe se espantar se pequenos médicos e pequenos magistrados dão às vezes, talvez, passos em falso.

O discurso médico instaura uma ordem das coisas, e esta ordem é tão jurídica e normativa quanto a ordem jurídica comum. Que haja conflitos é o que me parece inevitável mas fecundo. Negar isto é recusar de antemão compreender o que quer que seja do que é um princípio fundamental ao mesmo tempo do fascismo e da medicina: fazer o bem aos outros, eventualmente apesar deles, e à força. É afirmar-se como mestre de um mundo morto. Não se deveria esquecer que Hipócrates era o livro de cabeceira de Himmler e que as ditaduras de todos os países usaram e abusaram da metáfora médica: o país está doente. É preciso intervir cirurgicamente. É preciso amputá-lo de seus membros gangrenados. O povo não está em estado de se dirigir por si mesmo. É preciso depositar "confiança" naquele que vem como um médico para a região.

A ética médica é portadora de seus próprios impasses. Há um *resto* na operação que comporta o ato fundador do discurso medico: a separação do homem e de sua doença. Este resto é o homem, abandonado aos filósofos, aos padres e aos governantes, que nada tem de mais apressado senão copiar o modelo médico. Resta esperar que os psicanalistas não façam o mesmo. É, entretanto, o que eles fariam, inevitavelmente, se não tomassem o cuidado de se demarcarem fora de um discurso médico, que é em si mesmo perfeitamente respeitável, mas que não se poderia seguir até o imperialismo de que é portador.

(11) J.-R. Debray, *Le malade et son médecin, op. cit., p. 109 ss.*

16
Da ideologia a deontologia

"Consagra-te inteiramente a aliviar os doentes, mesmo se nisso houver o sacrifício de tua vida. Nunca prejudiques, nem mesmo em pensamento, o doente. Esforça-te sem cessar em completar teus conhecimentos. Não cuida de nenhuma mulher longe da presença de seu marido. O médico deve observar as regras da decência e da boa conduta. Quando se encontrar à cabeceira de seu doente, não se preocupará senão com o caso de seu paciente. Saindo da casa, é-lhe proibido falar o que se passa no lar do paciente. Nunca deve evocar diante de um doente a eventualidade de um óbito se, assim fazendo, trouxer prejuízo ao doente ou a outra pessoa. Perante os deuses, tu assumirás este compromisso. Que todos os deuses venham em tua ajuda se observares estas regras! Em caso contrário, eles se voltarão contra ti. E os discípulos dirão: Assim seja."

Do mesmo modo que diante do texto de Hipócrates, os médicos contemporâneos poderiam prestar juramento diante do que se encontra no *Susruta-Samhita.' O* próprio fato de prestar juramento seria bastante singular para que nos detivéssemos nele. Perante os deuses, perante Deus, perante o Ser supremo, segundo as épocas, ele confere a solenidade de um engajamento religioso à obtenção do doutorado em medicina. Perante o corpo médico, perante a faculdade, ele é um compromisso assumido em relação aos futuros confrades. A sacralização do ato médico se acha incluída aí, ao mesmo tempo que uma fidelidade corporadora se constitui. Não é sem satisfação que os médicos constatam a perenidade de certos grandes princípios que desafiam o distanciamento no tempo e no espaço das práticas médicas. Eles vêem nisso, de alguma forma, a prova de que um fundamento natural da prática médica encontra por toda parte os mesmos princípios e as mesmas palavras.

(1) "Éthique médicale indienne", texto de *Susruta-Samhita,* citado in *Histoire de la médecine dans 1 Antiquité, op. cit., p. 219.*

Com isso se manifesta uma das funções menos contestáveis da ideologia. Ela é princípio de agrupamento, de homogeneização de um corpo social. Constitui-se num ideal em torno do qual o grupo pode se identificar, da mesma maneira que uma ideologia política estruturada permite aos militantes e aos partidários se reconhecerem. O que também implica a exclusão dos outros, daqueles que não fazem parte do grupo. Uma comunidade de formação na faculdade de medicina, a prestação do juramento e agora o fato de pertencer a uma mesma "Ordem dos médicos" contribuem para a constituição e para a homogeneização do grupo. A equivalência dos títulos na mesma nação e, mais recentemente, entre diversas nações amplia a noção estritamente corporadora para fundar o agrupamento dos médicos sob um mesmo estandarte.

A necessidade do agrupamento dos médicos numa única unidade corporadora não pareceu evidente no decorrer da préhistória da medicina. No Egito, os médicos eram extremamente especializados. Heródoto escrevia: "Cada médico cuida apenas de uma doença. Assim, eles são uma legião; existem uns para os olhos, outros para a cabeça, dentes, ventre e mesmo para as doenças não localizadas".' Os comentadores permaneceram incrédulos. Foram necessárias as

recentes descobertas arqueológicas para que se julgasse a exatidão dessa descrição. Assim, havia até um "guardião do orifício intestinal real". O exemplo mais extremo da dispersão do saber médico nos é dado ainda por Heródoto: "Um outro costume babilônico é a maneira pela qual tratam seus doentes. Como não existem médicos na Babilônia, todos os doentes são levados para a praça pública. Os passantes se aproximam, discutem com o doente, dão conselhos caso já tenham tido a mesma doença ou se um de seus amigos a teve. Passar perto de um doente sem interrogá-lo ou perguntar o que tem é absolutamente proibido".'

(2) Histoire de la médecine dans I Antiquité, op. cit.

Concebe-se que não era evidente que houvesse uma identidade natural entre afecções tão diversas quanto a malária e uma afecção óssea, uma oftalmia e uma esterilidade. Como supor que é o mesmo deus que cura todas as doenças? Especializados, não adorando o mesmo deus, os médicos egípcios só podiam ter ciúme uns dos outros e constituir áreas de influência que não favoreciam que seu saber fosse compartilhado.

E, pois, um dos aspectos mais notáveis da obra de Hipócrates o fato de ter lutado tanto para a constituição de um corpo médico homogêneo, fazendo calarem querelas e discussões internas. Sua recusa da medicina localizadora da Escola de Cnido certamente não deixa de ter relação com a preocupação de evitar especializações contrárias à homogeneização do corpo médico. Hoje, a proliferação das especialidades é uma das preocupações dos dirigentes da medicina, e se denuncia os riscos de uma medicina que se tornaria medicina de órgãos, reduzindo-se o papel do clínico geral a uma função de orientador.

A unidade do corpo médico se fundamenta na participação de um saber comum, mas também de um vocabulário comum. Q latim e também a lingua de Diafoirus contribuíram poderosamente para a unificação do corpo medico, cujo vocabulário cada vez mais técnico é inacessível aos profanos. Tudo isso não se fez, certamente, sem perdas, o saber dos empiristas, dos charlatães, dos curandeiros, dos feiticeiros... contendo sem dúvida segredos e receitas preciosos. Mas era necessária a unificação para o estabelecimento de uma base científica da medicina.

A existência de um corpo médico homogêneo se acompanha de uma hierarquização extremamente forte, em particular nas estruturas hospitalares, que foram descritas como verdadeiros regimes feudais que asseguram a suserania dos patronos que dão em troca sua proteção aos médicos mais jovens e com menos títulos. Curiosamente, esta não é uma estrutura arcaica que a evolução tende a reduzir. A pirâmide hierárquica tende, ao con trário, a se ampliar pelo fato de o número de chefes de serviço aumentar pouco, enquanto que o número dos assistentes aumenta consideravelmente. O mesmo ocorre com o pessoal da enfermagem, no qual os "vigias" e as "vigias" têm de dirigir um pessoal subalterno cada vez mais importante. Paralelamente forma-se uma hierarquia entre os serviços. O alto da escala é constituído pelos serviços onde a técnica é a mais sofisticada, e a parte de baixo da escala pela medicina geral, serviço de atendimento aos velhos e a psiquiatria.[4]

(3) Ibid., p. 120.

A hierarquização, a colocação de serviços especializados correspondem a coações administrativas evidentes. Mas, sobretudo, se acha assim constituída uma imagem ideal da medicina, da alta competência dos médicos, do emprego dos mais sofisticados meios técnicos, imagem que é amplamente repercutida pelos *mass media.* O medico praticamente se lembra, e lembra aos outros, que esteve lá. Ele encontra lá a cobertura material, moral e jurídica da qual dificilmente poderia prescindir.

A hierarquização também permite constituir o pequeno medico. A este é atribuído pouco saber: apesar do princípio da coesão do corpo médico, que médico aceitará que um membro de sua família seja colocado sob a responsabilidade de um pequeno medico de província ou de

bairro? A este são atribuídas todas as torpezas possíveis no plano deontológico. Os "grandes médicos", ao contrário, são considerados como os que aliam competência, técnica e probidade moral...

Vimos como os "maus" médicos são constituídos em bodes expiatórios, sem relação com os "pequenos" magistrados, dos problemas que a ética médica coloca. Como não ver que os estudos médicos instituem esse falso problema! Já no tempo de A. Pare se ensinava aos futuros médicos em latim, e aos cirurgiões-barbeiros na língua das ruas (o francês).

A existência de um corpo médico homogêneo e solidário tem, pois, uma dupla função. Por um lado, criar um corpo solidário à ideologia que ele constitui e sustenta através dos avatares que lhe impõe sua confrontação com a ideologia contemporânea; por outro, enfrentar as reinterpretações de que necessita o prosseguimento mesmo do discurso médico, na medida em que novos poderes, no plano técnico, lhe são dados, na medida, também, em que o distanciamento cada vez maior do doente lhe retira o que os médicos de outrora podiam apreender melhor.

(4) Tese de A. Chauvenot, Centre d'étude des mouvements sociaux, *De 1'établissement d 'assistance à l'usine hospitalière,* fevereiro de *1973.*

A unidade e a coesão do corpo médico se completam assim com a especialização e a hierarquização. Cada médico pode ser criticado individualmente, mas o conjunto do corpo médico permanece inatacável.

O que é mais fundamental na constituição da ideologia é a necessidade de obturar o que a ciência não quer saber do que a constitui. A ideologia se constitui em função das lacunas, das contradições e dos defeitos teóricos da ciência. Ela é de algum modo o avesso da ciência, como Althusser parece deixar entender. O prosseguimento do discurso científico cria uma zona onde são afirmados princípios não demonstrados e muitas vezes contraditórios que servem de tapa-buracos. Do mesmo modo, ao passo que o rigor se impõe no que é o trabalho propriamente científico, os grandes princípios ideológicos são apenas afirmados vigorosamente, e, quando se tenta dizer que nem sempre eles aparecem nos fatos, ou então que são contraditórios entre si, vemos serem opostas *denegações* tanto mais vigorosas quanto parecem atingir a respeitabilidade da comunidade científica. Denegação no sentido em que é reconhecida *a existência* dos fatos, ao mesmo tempo que se nega que tenham uma *coerência* com o conjunto do sistema. As utilizações desastradas da ciência são atribuídas a inabilidade dos técnicos, dos industriais, dos políticos, dos quais se pode zombar e cuja cupidez não deve ser demonstrada sem que seja colocada em causa a respeitabilidade daqueles que se dedicam à pesquisa fundamental. Em medicina, como vimos, são os pequenos médicos que pagam as despesas da operação, quando não é o pessoal administrativo dos hospitais ou da Previdência Social, quando não são os políticos e outros que não compreendem as legítimas exigências de um corpo médico irreprochável por definição.

A medicina se presta particularmente bem para a constituição de uma ideologia tanto mais vigorosa quanto é necessitada por uma prática quotidiana. Os médicos contemporâneos estão persuadidos de que contribuem para constituir uma humanidade nova que toma consciência de seu destino. Eles não estão errados em procurar avaliar o efeito de suas técnicas, mas retomam aí o tema muito antigo do médico-filósofo que as gerações nos transmitiram. Entretanto, o contato com o sofrimento e a morte não pode ensinar nada; o médico os aborda porque, enquanto médico, só o faz sob seu aspecto técnico. Mas, na verdade, nesta pretensão de poder legiferar além do que constitui sua especialidade, os médicos reatam com suas origens, com o caráter sagrado de uma profissão que não se distinguia fundamentalmente da religião.

O que a medicina procura sobretudo dissimular é a "desumanização" que ela instaura (para retomar a palavra de Leriche). Kelsen[s] mostrou que a lei juridica não se aplicava ao homem, que só é levado em consideração na medida em que é preciso uma *efetividade* da *sanção* jurídica, sem o que o direito não teria objeto. É ao *dever-ser* do homem que o direito se dirige, porque sem ele o homem não se curvaria diante do direito e não aplicaria a lei. O dever-ser do homem real com o

qual o médico lida (isto é, o doente) é a saúde. Dever-ser que exclui, pois, todo homem real, não somente os doentes, mas também todos aqueles que são doentes em potencial porque não seguem as regras da higiene, porque cometem excessos, porque não são vacinados... e sobretudo porque é às exigências (duvidosas) do organismo que se referem e não à Ordem médica. "Estou curioso para conhecer alguém que, ao sair desta última conversa, se sentisse com humor para gracejar", dizia Knock. É verdade que o discurso médico constitui como objeto fóbico a sujeira, as doenças... e que quase não se tem mais vontade de gracejar.

A organização dos serviços médicos (particulares ou públicos) parece cada vez mais um universo kafkiano onde se instrui o "processo" de um homem que, até o último momento, não sabe se será condenado, nem por quem, pois geralmente não se diz um diagnóstico ou prognóstico a um doente se for fatal. É verdade que se fala constantemente em humanizar os hospitais, já que isto é uma obrigação deontológica. Entretanto, não é certo que essas boas intenções possam ter outro efeito além do de criar especialistas em relações humanas: assistentes sociais especializados, atendentes, médicos psicossomáticos... Há doentes que tem saudade do "médico de família", apesar de sua reputação de menor competência. A atual organização hospitalar não é, entretanto, evidente. Sob a Revolução francesa, era geralmente admitida a idéia de que um dos principais deveres humanitários era a supressão dos hospitais, opinião esta que estava apoiada na idéia de que é em seu "meio natural", isto é, sua família, que o doente devia ser observado e cuidado. Toda uma legislação durante o Ano II visava uma desospitalização. "Um homem não é feito nem para os ofícios, nem para o hospital, nem para os hospícios: tudo isso é horrendo",[6] dizia Saint-Just. Não estamos mais nesse ponto e não se trata de retornar. Considerações técnicas modificaram a noção de "respeito pela vida e pela pessoa humana". "O meio natural" não faz parte dela. Nascemos, sofremos e morremos no hospital. Quem ousaria opor outras razões à razão médica?

(5) Kelsen, *Théoriepure du droit, Dalloz, 1962, p. 228* ***ss.***

Um outro tema da ideologia médica: a igualdade dos homens perante a medicina. O artigo 3 do Código de deontologia precisa: "O médico deve cuidar com a mesma consciência de todos os doentes, quaisquer que sejam sua condição, sua nacionalidade, sua religião, sua reputação e os sentimentos que lhe inspiram". O que está um pouco em contradição com o artigo 35: "Fora o caso de urgência e aquele em que faltará com seus deveres de humanidade, um médico tem sempre o direito de recusar seus cuidados por razões profissionais e pessoais". Os doentes muitas vezes têm a sensação de uma discriminação. E é fato' que a clientela dos serviços mais especializados (os mais caros, portanto) é constituída por doentes que pertencem sobretudo a meios abastados (apesar do igualamento pela Previdência Social), ao passo que é quase exclusivamente uma clientela pobre que freqüenta os serviços menos especializados e menos cotados. Evidentemente, os burgueses não vão ao hospital público a não ser quando têm de fazer um tratamento que seria demasiado oneroso no particular; mas, também, eles estão mais avisados, por sua maior proximidade do saber médico, dos melhores serviços e se dirigem a eles diretamente. A desigualdade perante os cuidados é de todas as épocas. O Código de Hamurabi' já previa honorários diferentes para os cuidados dispensados a um senhor, a seu filho, a seu escravo, a seu animal.

(6) Saint-Just in Buchet e Roux, *Histoire parlementaire, t.* XXXV, p. 296.
(7) Tese de A. Chauvenot, op. cit.
(8) Histoire de la médecine dans 1 Antiquité, op. cit., pp. 124-125.

Apesar da afirmação do Código, a noção de humanidade inferior existe na ideologia médica. Com uma hierarquia. Assim, como vimos, a experimentação humana é tanto mais facilmente tolerada quanto é praticada em sujeitos condenados: 1?) por leis ou preconceitos raciais (judeus na Alemanha nazista, negros nos Estados Unidos); 2?) por leis de direito comum

(Duchier); 3?) pela doença (hospitais).

Certas situações são estranhas e bem se concebe que os médicos não tenham sempre respeitado o Código, tais como aqueles que, em Buchenwald, forneceram uma vacina antitífica inativa para as tropas alemãs nos *fronts* russos. No processo de Nuremberg, quando Niragowsky soube dessa sabotagem, dirigiu-se ao presidente: "Isto representa uma atitude que nada tem em comum com os conceitos de humanidade expressos por estes senhores hoje"." O Instituto Pasteur, dr. Trefquel e dr. Bernard na frente, sabotou a produção de vacinas e soros para a armada alemã que, no entanto, fornecia os cavalos necessários para sua preparação. Do mesmo modo, é patente que, dado o caso, o médico dá a preferência de seus cuidados e dos medicamentos raros a seus parentes, seus próximos e seus irmãos de raça. É impressionante o silêncio das autoridades médicas nessas circunstâncias.

Porque o doente, enquanto tal, não existe, sua liberdade não lhe é reconhecida. Ou melhor, ela não lhe é imputada a não ser na medida em que ele é demandante em relação à medicina, isto é, quando ele se refere explicitamente a esse "dever-ser" que constitui a saúde. Com isso se justifica a prática "liberal" da medicina. Mas é bem certo que para o doente que grita no hospital "que me deixem morrer em paz", o corpo médico adota da melhor maneira uma atitude compreensiva em relação àquele cuja angústia facilmente se imagina. Dão-lhe sedativos. De qualquer forma não haverá prosseguimento de seu protesto, nem se ele morrer numa agonia inutilmente prolongada, nem se ele sarar, porque não se duvida de que ele ficará finalmente satisfeito com o fato de ter sido violentado. Sua liberdade de julgar seu próprio caso não é de qualquer forma puramente fictícia, já que ele não tem acesso a sua ficha, sendo dever do médico ocultar um prognóstico muito grave, de não colocá-lo a par de todos os riscos que corre numa intervenção exploradora ou curadora, para não aumentar inutilmente sua angústia? Sem dúvida, se ele apela para um outro médico, este poderá ter acesso a sua ficha (como se diz que um advogado tem acesso ao processo de um acusado), mas como esperar que o outro medico não se renda às "razões" que impõe a Ordem médica?

(9) Ch. Bernadac, *Les médecins maudits, op. cit., p.* 221.

Reunimo-nos aqui à noção de "segredo médico", outro ponto solidamente afirmado pela ideologia. Trata-se, entretanto, de um ponto frágil. Certos países o abandonaram inteiramente e a própria legislação francesa conhece alguns abrandamentos. Entre Rist, que afirma que o segredo está prescrito, pois "data de uma época em que a noção mesma de contágio não existia", e Pasteur Vallery-Radot, que faz dele "a pedra angular da moral médica", há todo um leque de opiniões no seio do corpo médico francês.

Na prática, o segredo quase não é possível em virtude do controle dos organismos de reembolso, da existência de um importante pessoal paramédico (ainda que, em princípio, ligado ao segredo), às vezes de afixação do nome do doente hospitalizado. Apenas o fato de consultar-se ou ser hospitalizado num serviço especializado (alcoolismo, venereologia, psiquiatria, tuberculose...) é amplamente suficiente para levantar o véu. Em certos casos mesmo, o médico é dispensado de sua obrigação de segredo se sua prática faz com que tome conhecimento de crimes. Em outras circunstâncias, o médico é mesmo legalmente obrigado a suprimir o segredo para as doenças de declaração obrigatória. Ainda não levamos em consideração as indiscrições parciais e interessadas. O anúncio público de uma crise de hemorróida benigna do presidente Pompidou, ao passo que ele estava próximo da morte, é um escândalo contra o qual a Ordem dos médicos não se levantou, ainda que a autorização de suprimir o segredo profissional por razões políticas não esteja prevista no Código. Não se tratava, naquela circunstância, senão de utilizar a autoridade médica para enganar o público.

O segredo médico não é guardado na prática senão quando não tem importância. É, 'aliás, evidente que muitos aspectos da luta contra as epidemias e doenças não seriam possíveis com a manutenção do segredo. Toda essa ideologia merece ser esvaziada, pois não pode senão manter a

idéia de que a

doença é uma coisa vergonhosa e que é preciso esconder. Na prática, é evidente que o doente não vem se confiar para que se faça fofocas de suas confidências ou para que se possa voltá-las contra ele perante a justiça. Mas não há aí senão um mínimo de decência que se tem direito de esperar do médico. Se há uma obrigação moral, é a da discrição que cada homem deve ter em relação às confidências que lhe são feitas. Esta obrigação já é legalizada pelo artigo 278 do Código penal, não havendo nenhuma necessidade de fazer dela uma virtude particular do corpo médico, a não ser para preservar uma imagem de distinção, como faz J. -R. Debray: "Uma das mais sólidas bases morais do segredo médico reside na salvaguarda da confiança".[10] O público não é tão ingênuo quanto se acredita nas altas instâncias, e dificilmente se ilude sobre um corpo médico que seria um feroz guardião do segredo. Para ele, não se trata senão de um álibi que permite fazer passar o único segredo que realmente importa: o segredo do diagnóstico, do prognóstico e das decisões médicas concernentes a ele. O Código de deontologia pensa de bom grado nas conseqüências de revelações que seriam muito brutais. Ele pensa menos na angústia que resulta para o doente ao ser tratado como imbecil e incapaz.

A necessidade de dar corpo à ideologia médica levou à criação de uma Ordem dos médicos e de um Código de deontologia. Ambos supostamente representam as obrigações específicas do corpo médico. É significativo que o princípio de uma Ordem dos médicos, após ter sido rejeitado pelo Senado em janeiro de 1934 sob a pressão dos juristas, tenha sido finalmente instituído pelo regime de Vichy. Do mesmo modo, é pelo regulamento da administração pública que foi adotado o Código de deontologia. Nenhuma jurisdição está praticamente em condições de se opor às decisões do Conselho da Ordem, exceto talvez o Conselho de Estado, que não deve, entretanto, como vimos, erigir-se como "Sorbonne médica". Há aí uma anomalia jurídica que merece ser salientada, já que o Código de deontologia, que tem o estatuto de um decreto (RAP), tem de fato força de lei, e de uma lei que não tem de prestar contas à lei comum.

J.-R. Debray deplora que as palavras "deontologia médica" sejam empregadas demais "num sentido restrito que designa antes de mais nada, na linguagem corrente, as regras de decência, de cortesia, que regem as relações dos médicos entre si, enquanto que, evidentemente, são as regras que dizem respeito as relações dos médicos com seus doentes que constituem o essencial da deontologia".[11] A opinião comum, entre as quais a de Marcel Proust, a que o autor alude, coincide com a dos juristas. É fato que a maior parte dos artigos de deontologia regem relações confraternais e asseguram a respeitabilidade do corpo profissional. No que concerne às relações entre médico e doente, eles completam as disposições do Código penal, mas antes no sentido de uma atenuação.

(10) J.-R. Debray, *Le malade et son médecin, op. cit., p. 88.*

Assim, a deontologia foi acusada pelos juristas de ser "paternalista", "corporadora" e de favorecer "o imperialismo médico". A deontologia é bem a expressão ideológica e jurídica de um discurso do senhor que não quer prestar outras contas a não ser a si mesmo. René Savatier [12] escreve: "Como pode o médico tornar-se o mestre do doente? O paternalismo vira imperialismo médico (...). O colóquio singular (...) se tornaria assim um monólogo do médico consigo mesmo". Os juristas reencontram as mesmas palavras que as que comandam nossa análise, feita de um ponto de vista inteiramente diverso. Eles dizem ainda: "Se a igualdade desapareceu de fato entre médico e doente, a igualdade de direito subsiste. Os poderes do médico, poderes já exorbitantes do direito comum, lhe são dados para assistir à pessoa do doente e não para escravizá-la". J.-R. Debray, que cita Savatier, dá a resposta, a boa resposta, porque ela é ideológica. Ele afirma o espírito liberal "proverbial" do autor do Código de deontologia, Louis Portes, que amava repetir a fórmula de Maimônides: "Afasta de mim, 6 Deus, a idéia de que posso tudo". Invocação de Deus, fórmula conjuradora que sem dúvida não satisfaz o jurista! Ela, no entanto, satisfaz o médico: o corpo médico é insuspeitável, e somente a malevolência pode explicar as reservas dos juristas.

A deontologia, em princípio, não é a lei, mas ela é "a parte de nossas ações à qual as leis positivas deixam um campo livre", segundo J. Bentham, que é o autor da palavra e o teórico da deontologia. Não se pode, entretanto, ficar convencido disso com a leitura dos artigos do Código que regulam sobretudo as relações confraternais e não criam obrigações particulares para os médicos, exceto no que concerne à respeitabilidade profissional, que se confunde muito freqüentemente com a respeitabilidade burguesa. A Ordem dos médicos não intervém na prática a não ser para agravar com uma sanção profissional (interdição temporária de exercer) a sanção penal que o médico teve que sofrer. Mas, na maior parte das vezes, é no sentido de uma atenuação que ocorre a intervenção, junto aos tribunais de direito comum, da autoridade que constitui a Ordem. Isto se concebe: o Código de Hamurabi não sancionava o cirurgião inábil cortando-lhe as mãos? Além de a sanção poder parecer excessiva, ela devia desencorajar muitas vocações. Era preciso convencer os juristas a serem mais "compreensivos" em relação ao médico.

(11) *Ibid., p. 10.*
(12) René Savatier, *Traité de droit medical,* Librairie technique de la Cour de cassation, 1956.

É de uma filosofia "utilitarista" que J. Bentham se valia falando de deontologia. Não se poderia negar que, sem seguir J. Bentham em todos os aspectos de sua produção confusa, o corpo médico não duvida que é do interesse de todos, e não somente dos médicos, preservar as melhores condições para o exercício da profissão, pois não se poderia duvidar da legitimidade de sua doutrina e de sua ética.

Não se pode, entretanto, deixar de evocar a máquina imaginada por J. Bentham para trazer de volta para o caminho correto os indivíduos que dele se afastaram. O "Panopticon" é uma construção circular onde tudo o que se passa pode ser vigiado a partir de uma posição central. Tudo aí é organizado para que uma hierarquia de sanções e uma hierarquia de prazeres pressione cada um a reencontrar o comportamento desejado. "Nenhuma crueldade em Bentham. Quanto a isso, ele é sem dúvida o que queria ser: um filantropo. É que a crueldade é gratuita, improdutiva",[13] diz J.-A. Miller no comentário de sua obra. O médico também é um filantropo e não duvida disso. Sua consciência está assegurada pelo fato de que nunca faz seu doente sofrer inutilmente. O olho do observador do "Panopticon" pode ver sem ser visto. Toda a máquina funciona a partir deste princípio. A moralidade, a probidade, a ciência do médico, o segredo com o qual ele se cerca, sua eventual multiplicação em inumeráveis especialistas representantes do corpo médico, tudo contribui para tornar o médico invisível. Ele é o "puro olhar médico". É verdade que o "Panopticon" era uma máquina penitenciária. Ele anunciava Fleury-Mérogis, a prisão-modelo, aquela na qual os suicídios são mais numerosos. O mal contra o qual os médicos lutam é de uma outra ordem. Ele se chama doença. Mas serão os hóspedes de um universo tão perfeitamente asséptico ingratos quando consideram às vezes o hospital, lugar onde eles se encontram sob o olhar médico, como uma máquina inquietante? "Entra-se na época do exame infinito e da objetivação pressionadora."[14] Mais ainda que a justiça, a medicina é criadora dessa nova era. Os médicos não deixam de estar de acordo, na intimidade. Mas será este um fato que tem um lugar possível no discurso médico?

(13) Ornicar, n? *3, p. 12.* (Trad. bras. por M. D. Magno in *Lugar 8,* Editora Rio, 1976, pp. 76-108)
(14) M. Foucault, *Surveiller et punir, op. cit., p. 191.* (Trad. bras. Editora Vozes.)

17
Ordem científica e Ordem jurídica

A questão das relações entre psicanálise e medicina foi colocada em 1927, por ocasião do processo intentado contra T. Reik por charlatanismo. É assim que se chamava em Viena o exercício ilegal da medicina. O processo terminou por um nãolugar, este não sendo, como justamente assinala Contri,' senão o reflexo de um não-agir de Freud em relação às instâncias jurídicas e da sociedade.

Acrescentemos que o que Contri chama de tom de *gentlemen's agreement* do posfácio escrito por Freud é também a constatação da falação incoerente dos alunos de Freud sobre a questão da cientificidade da psicanálise colocada pela "laïenanalyse". (Traduzamos por "análise leiga, ou profana", para conservar bem a idéia de que o que é profanado pela análise praticada por não-médicos é o caráter sagrado da Ordem médica, o que me empenho em demonstrar aqui.)

A profanação vai mais longe que a Ordem médica, ela atinge a ordem jurídica. Legendre mostrou o que esta ordem deve à ordem teológica' e nós não perdemos de vista que falando de uma é também a outra que está em questão. Quando se estuda as relações da psicanálise com a medicina, não se pode deixar de encontrar os juristas. É o que já vimos: a medicina instaura uma ordem que, sob muitos pontos de vista, é uma ordem jurídica, constituída muito menos pela instância jurisdicional administrativa da Ordem dos médicos que pelo estabelecimento da autoridade do corpo médico, autoridade que atinge tudo o que tem relação com a prática médica. *A competência* do jurista (o que tem um sentido preciso do ponto de vista jurídico) se apaga diante da *competência* do médico. Ressaltemos *o equivoco* da palavra "competência", pois vamos encontrar em toda parte equívocos semelhantes; eles constituem a interpretação do fato de a Ordem médica ser, como a Ordem jurídica, uma ordem de coação. Esta passagem de uma competência à outra é a mesma que a que fez as bruxas (acusadas notadamente de exercício ilegal da medicina) passarem das mãos do jurista (o Inquisidor) para as do médico. Este finalmente as declarou loucas.' Este era um andamento necessário para o estabelecimento do reinado da Ciência e da Razão. Do mesmo modo, Sade passou do magistrado a Pinel, da Bastilha a Charenton. Será isto um progresso? Talvez, pois é verdade que não é com o mesmo fogo que se queima na fogueira e no asilo. Mas, então, que se diga também que Moscou fez um progresso substituindo sua caça as bruxas (processo de 1935) pela internação psiquiátrica dos oponentes políticos. Para estabelecer a "cientificidade" do materialismo histórico, não é preciso declarar loucos aqueles que não o reconhecem? Importa menos trazer um julgamento de valor que constatar a permanência de uma *transferência de competência.* E porque *a transferência* é a pedra angular da clínica-psiquiátrica que não se pode dispensar de remontar às fontes.

(1) Contri, *Le non-agir d'une action de Freud,* Congresso da EFP, Estrasburgo, *1976.*
(2) Legendre, *L amour du censeur,* Le Seuil, *1975.* (Trad. bras. do Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. Forense-Universitária, a sair.)

Passando de um sistema jurídico a um sistema científico, renuncia-se a um sistema de imputação que atribui a responsabilidade da doença a um tirador de sorte, uma bruxa ou uma má ação do próprio doente. O que é, pelo menos, desculpabilizante, mas mesmo assim não impede

que se encerre o "doente" se ele for julgado perigoso (doença contagiosa, loucura). Se possível, não será mais à força que se recorrerá, mas se fará apelo à "razão" do doente, pois ele deve compreender que não se pode e não se deve desafiar as leis da natureza. *A Razão* é outra palavra equívoca. Ser razoável, atingir a idade da razão, isto tem um sentido preciso para uma criança: submeter-se à ordem jurídica dos pais. Como não se detém o progresso, é aos dezoito anos e não aos vinte e um que a ordem jurídica dos pais a cede à do Estado; mesmo as mulheres adquirem cada vez mais a totalidade da responsabilidade jurídica; são autorizadas até a votar! Ter um "livro-razão" (livro de contas), arrazoar* o viajante, de um barco, isto se referia também claramente à idéia de que a razão do mais forte é sempre a melhor. Mas está claro que, se quisermos estabelecer a validade da ordem da Razão, discutiremos as razões que fazem com que um homem se submeta à ordem médica,` de preferência aquelas que o fazem submeter-se ou não à ordem do tirano, como fez Kant na Razão prática. O médico não é o tirano, mas o teórico e o intérprete da tirania da ordem da natureza. Ele pode ser julgado razoável por se recusar à ordem do príncipe, mas não à da ciência.

(3) Jean Wier, *op. cit.*

Os elementos da passagem da ordem jurídica para a ordem científica nos são fornecidos pela obra magistral de Hans Kelsen, de quem se sabe que encontrou Freud notadamente por ocasião do processo Reik. De Kelsen, poderíamos dizer o que Lacan diz dos teólogos: são os únicos verdadeiros ateus, porque sabem do que falam. Kelsen demonstrou soberbamente que nem a justiça, nem a liberdade, do homem, nem a igualdade, nem o direito natural, nem a moral são noções admissíveis para o que se chama de a Ordem jurídica. Só lhe faltava saber que ele era um ateu desta ordem, o que lhe teria permitido colocar como conclusão, se não de sua obra, pelo menos de seu artigo para *]mago,'* que nada no "direito positivo" pode se opor a que o legislador promulgue leis raciais.' Isto teria mostrado ao menos que os dois judeus vienenses estavam engajados numa mesma luta contra as virtudes farisaicas que preparavam a cama para o nazismo, do qual os dois foram vítimas e, sem dúvida, os únicos verdadeiros teóricos.

(s) Remete ao francês *arraisonner un navire:* proceder a um interrogatório; abordar.
(4) Kelsen, *Théoriepure du droit, op. cit., p.* 32, nota 1, p. 33.
(5) Kelsen, *Imago,* 1922, "Le concept de 1'État et la psychologie sociale. Avec pour référence particulière la psychologie des masses de Freud", *Imago,* 1922, VIII, 2, 97, 141.
(6) Kelsen, *Théoriepure du droit, op. cit.,* p. 56.

Para fundar uma ciência do direito, diz Kelsen,' é necessário distingui-la das ciências da natureza. Estas estabelecem relações de *tipo causal* entre os fatos, mostrando e demonstrando que cada fato é uma *causa* que produz (ou produzirá) em certas circunstâncias um efeito. Cada causa sendo ela mesma o efeito de uma outra causa - é a hipótese fundamental do determinismo universal -, é sobre a constatação de uma série infinita de causas que se engendram umas às outras que a ciência fornece seu sistema explicativo do mundo.

Inversamente, o direito estabelece um *sistema de imputação* entre dois fatos, sendo estes um *o delito* e outro *a* sanção *jurídica.* O teórico do direito não pode considerar que a sanção é o efeito do delito: inicialmente porque a sanção não se produz necessariamente, uma vez que o delinqüente pode escapar à Ordem jurídica; mas também porque a Ordem jurídica, ao mesmo tempo em que estabelece a realidade do fato delituoso, pode declarar o delinqüente "incapaz de imputação" (porque ele é menor, ou louco, ou está em estado de legitima defesa, ou porque expirou um prazo etc.). O direito estabelecendo 'uma relação entre um fato que é, portanto, um malefício (o delito) e a sanção não diz portanto o que será *(sein)* mas o que "deve ser" *(sollen). Ao* contrário, na ordem da natureza, o efeito não é um *sollen,* mas o efeito será *(sein),* pois ele será *necessariamente.* Enfim, é preciso assinalar que, para poder funcionar, a Ordem jurídica deve se abstrair do conhecimento da série infinita das causas e dos efeitos que estabelecem as ciências da natureza, para estabelecer que um fato (o delito) é de sua jurisdição e deve acarretar uma sanção.

O sistema jurídico, na medida em que enuncia o que deve ser *(sollen),* estabelece *normas.* É um sistema normativo. Mas uma confusão grave deve ser evitada. *A* norma é, por exemplo: "O ladrão deve ser punido com prisão". O *sollen* (dever-ser) correspondente é "que a sanção (prisão) sucede o delito (roubo)". Polícia e magistrado são os executantes do *sollen.* Mas *o "Sujeito do direito"* (aquele que está submetido às sanções estabelecidas pelo direito) *não está deforma alguma submetido a um* sollen, *no sentido jurídico.* Se ele conclui disso uma norma para si mesmo ("não se deve roubar"), é uma conseqüência extrajurídica que só interessa a sua posição subjetiva em relação ao direito. E, pois, com razão que Kelsen o nomeia *"Sujeito* do direito".

(7) Ibid., cap. "Droit et Science", p. 95 ss.

Ele pode do mesmo modo deduzir disso (sou eu quem precisa isso): "Não se deve deixar-se apanhar quando se rouba", ou ainda: "É mais vantajoso e menos perigoso roubar a maisvalia do trabalho dos operários que roubar uma bicicleta". *A* ordem jurídica não condena o roubo, mas somente as infrações da ordem que ela institui. Da mesma forma tem-se o direito de matar em certas circunstâncias (legítima defesa, guerra, execução de um condenado etc.). *A* ordem jurídica não é uma ordem moral.

A norma instaurada pela ordem jurídica é, pois, diferente da norma moral, no sentido em que habitualmente a entende o homem da rua, que é o "Sujeito do direito". Ela também é completamente diferente da *norma* no sentido em que fala Canguilhem, o qual depreende que é o organismo (e não mais o legislador) que é produtor de normas, portanto normativo, no

sentido de que ele produz as normas pelas quais se mantêm suas constantes biológicas, indo ate a constituição de novas normas em vista de sua adaptação ao meio. No fundo, a norma "não se deve roubar" ou a norma "não se deve roubar a não ser no quadro autorizado e protegido pela lei" é uma norma adaptativa, em particular a norma moral, é da ordem do *ser (o sein) e*

não da ordem do *dever-ser (sollen)* jurídico. Ela entra no quadro definido por Canguilhem e não naquele estudado por Kelsen. *O equívoco* relativo à palavra *lei* (lei jurídica e lei natural) é o mesmo que o relativo à palavra *norma:* norma jurídica (prescritiva de uma sanção) e norma natural (adaptativa ao meio).

O principal mérito de Kelsen e, de nosso ponto de vista, o de ter recolocado *a questão do Sujeito.* O Sujeito do direito não é de forma alguma, como diz a doutrina tradicional, aquele que tem direitos a serem respeitados, o interessado, por exemplo, o proprietário. *A* própria existência deste "interessado" e sua ação não são de forma alguma necessárias para fazer funcionar o aparelho judiciário. O que é inteiramente evidente quando um "incapaz" (menor ou louco) é protegido pela lei, que nomeia um tutor ou um administrador para defender seus direitos. E, mais ainda, quando há um assassínio, evidentemente não é o homem assassinado que mobiliza o aparelho judiciário para fazer com que seja respeitado *o sollen* "aquele que matou deve ser punido com morte". O Sujeito também não é o legislador que estabelece as normas, pois é bem certo que *a norma* estabelecida por uma lei funciona, independentemente da vontade do legislador (e, aliás, bem depois de sua morte), não podendo ninguém prever as conseqüências de uma lei que a jurisprudência interpretará e até retificará. O *Sujeito do direito* evidentemente é aquele que está submetido às sanções que o direito impõe a cada um se ele comete um delito, o que nos deixa entrever que sua posição subjetiva permanece problemática em relação à ordem jurídica e que nada permite decidir se ele se curvará diante dela, ou se revoltará, ou se adaptará, e de que maneira.

Kelsen, que toma grande cuidado em distinguir ciência do direito e ciências da natureza, nos diz que os homens se referenciaram inicialmente ao sistema jurídico da imputação, como modo explicativo da natureza, porque era esse sistema que regulava suas relações recíprocas.' É assim que eles atribuíram a origem e a responsabilidade das calamidades naturais, das doenças e também de todas as circunstâncias da vida a atos, faltas ou vontades de certos homens, a uma

comunidade em seu conjunto, pecadora ou piedosa, ou, ainda, a deuses ou demônios. E foi apenas progressivamente que um sistema *causal* de explicação da natureza substituiu o sistema *de imputação.*

É sem dúvida exato, mas, ao fazer isso, Kelsen se faz o eco da idéia que a ciência faz de si mesma, a qual crê reconhecer seu "progresso" por ter se tornado causal, desviando-se dos modos de pensamento "primitivos", "supersticiosos" e "religiosos". Ora, é muito mais coerente considerar que o sistema causal de explicação da natureza e a teoria do sistema jurídico instaurado por Deus. É um sistema que triunfa sempre e perfeitamente lá onde o legislador humano só triunfa parcialmente. Entre um fato (causal) ou um malefício (delito) é estabelecida uma relação constante que explica a "onipotência de Deus", ao passo que o poder do aparelho judiciário é incerto. O sollen instaurado por Deus confunde-se com um *sein,* confusão esta resultante de sua onipotência. Pode-se dizer que o cientista é o teórico do sistema jurídico de Deus. Ele não faz as leis, mas estabelece sua coerência. Do mesmo modo, o teórico das "ordens jurídicas positivas" se limita a mostrar e a demonstrar a constância de algumas de suas articulações que estão ligadas a necessidades lógicas. Kelsen toma o maior cuidado para precisar que ele próprio enuncia *"proposições de direito",* objeto da ciência do direito, mas não enuncia, isto é, não promulga, *"normas jurídicas",* o que faz o legislador. Ele diz mesmo que a posição do cientista do direito não lhe dá nenhuma autoridade particular para se fazer legislador.

(8) Ibid., p. 114 ss.

Pode-se duvidar disso, já que o próprio Kelsen foi o autor da Constituição do Estado austríaco em 1920 e permaneceu em seguida conselheiro de Estado. Dizer a lei e também fazer a lei, como evoca o que M. Foucault chama de o discurso profético,9 discurso intérprete da vontade de Deus e que profetiza o futuro, contribuindo para criar este futuro revelando o que está escrito, o destino, engajando por este fato os homens a se curvarem diante dele de antemão e a faze-lo advir. Reivindicando para o teórico do direito as mesmas prerrogativas que para o teórico dos fatos da natureza, a de não emitir julgamento sobre o que estuda e de se desinteressar pelas conseqüências do que estabelece, Kelsen revela o que é (o direito positivo, o Estado) e se oferece à acusação de se colocar em posição conservadora, se não reacionária. O que desviou, muito injustamente, os comentadores de estudarem sua obra. Pois Kelsen não procura evitar o problema dos fundamentos do direito, e nos fornece elementos preciosos que esclarecem muito a questão:

É Santo Agostinho (Civitas Dei) que interroga o que diferencia o recebedor que coleta o imposto do bando de ladrões que exige um tributo. Não é, nos diz Kelsen, a maior credibilidade da força do Estado que basta para explicar que nos inclinemos num caso e que nos recusemos no outro. É, sobretudo, que o Estado, instaurando seu poder, também fornece uma Ordem jurídica, um conjunto de normas, às quais cada um adere (mais ou menos) e que fundamenta a "validade" de todo o sistema jurídico. Assim se constitui uma Grúnd-Norm (norma fundamental) sobre a qual se apóiam todas as normas instauradas pelo sistema jurídico. Esta constituição do Estado é marcada pelo fato de que o sistema instaurado se torna um sistema objetivo que se deve à coerência de suas normas, sendo estas prescritivas em relação aos cidadãos, mas também protetoras. O que diferencia a ordem dada pelo Estado da ordem dada pelo bando de ladrões é que o cidadão não pode reconhecer nesta última senão o direito subjetivo do ladrão, ao passo que o Estado obtém um sistema objetivo. Este estabelecimento não ocorre sem dificuldades, uma ordem estatal nova sendo sempre considerada em seus inícios por certos cidadãos e pelos países estrangeiros como a ação de um bando de ladrões (França da Revolução, Rússia soviética etc.) e só posteriormente reconhecida como Estado.

(9) M. Foucault, *L ordre du discours,* NRF, 1971, p. 17.

Ainda aí Kelsen nos mostra que é da questão do Sujeito que se trata. *É no momento em que*

a lei se dá como um puro enunciado (como objetiva, diria Kelsen) *que se apaga a questão da subjetividade do enunciador. E é neste mesmo momento que aparece a subjetividade do cidadão* (Sujeito do direito) submetido às sanções da lei. Mas deve-se então interrogar Kelsen sobre o que distingue o teórico do direito do legislador, já que tanto um quanto o outro fornecem um enunciado "objetivo", isto é, no qual sua subjetividade desaparece. É com efeito evidente que o legislador é um teórico do direito, senão ele faz leis "irrelevantes" (diz o próprio Kelsen) e nisso ele não é mais um legislador. O teórico e o legislador são um único e mesmo personagem. É por aí que podemos compreender o que Kelsen diz da validade de uma ordem jurídica: a ordem jurídica que triunfa não é a ordem do mais forte, mas e a ordem mais forte, a mais "válida", porque constitui como aliados aqueles que ela submeterá. Com isto se acha indicado o que, desde Lacan, aprendemos a identificar como sendo a ordem simbólica e a prevalência que ela detém em função apenas de sua própria coerência, mas isto merece uma análise mais precisa.

É exatamente ao discurso que precisamos retornar, e singularmente ao discurso do mestre, do senhor, do qual podemos dizer agora que é o discurso do jurista, bem mais que o discurso científico, que é apenas seu prolongamento.

Quando Kelsen fala da ciência dos fatos da natureza como mostrando a série infinita das causas e dos efeitos, está confundindo o discurso universitário, que registra uma coerência, com o discurso do mestre, que a constitui. Para pôr em evidência uma causa como produtora de um efeito, é preciso em primeiro lugar que o cientista isole um único fato (colocado em causa) para colocá-lo em relação com um único outro fato (do qual, então, demonstra ser o efeito). Ele coloca, portanto, entre parênteses o que pensa da série infinita das causas e dos efeitos. Ele interrompe, ele violenta a natureza, para estabelecer uma relação que será coerente com o conjunto da teoria científica, ou que permitirá estabelecer uma nova teoria. Assim, para retomar o exemplo dado por Kelsen, para demonstrar que o calor dilata os corpos, o cientista não se interroga sobre o que causa a fonte de calor, pois isto é indiferente para sua demonstração. E, se foi ele mesmo que conseguiu a fonte de calor dentro de um objetivo experimental, ele não se interroga sobre as causas que o fazem se interessar pela ciência, ou, se o faz, tais considerações não tem lugar no protocolo em que a experiência será consignada. O estatuto da objetividade exige, ai também, que se apague a subjetividade de seu autor. A lei deve ser um puro enunciado. E este enunciado, por mais objetivo que se apresente, é o resultado de um ato absolutamente arbitrário do cientista, o qual teria podido proceder a uma demonstração inteiramente diferente dos efeitos do calor (por exemplo, a liquefação de um sólido, a destruição de matérias orgânicas etc.).

O arbitrário com o qual procede o cientista não aparece para nós porque bem sabemos que toda monstração feita por ele não tem interesse a não ser se for também demonstração, isto é, estabelecimento de sua coerência com a teoria científica e de sua aptidão para fazer parte do patrimônio científico: sem o que ela seria apenas curiosidade, ou prática de ilusionista... e como medicina de charlatão e de curandeiro. (Vimos a constante preocupação do corpo médico para se separar de todos os achados que não estivessem na dependência de seu discurso.)

Seria, entretanto, sem razão que oporíamos a uma lógica do trabalho científico o arbitrário do trabalho do legislador. Este último não pode promulgar qualquer lei, porque esta deve ser coerente com o que constitui a estrutura do sistema jurídico. Cada nova lei deve ser coerente com o conjunto das leis existentes e com o que Kelsen chama de Grund-Norm, a norma fundamental. Senão, a lei é "irrelevante" e não pode ser aplicada. E mesmo o legislador arrisca-se a mostrar, se a lei for muito aberrante, que sua única razão de ser é a de sua própria subjetividade, isto é, de seu interesse ou de sua loucura, expondo-se assim a ser descoberto, aos olhos de seus administrados, como O chefe de um simples "bando de ladrões", com os riscos que isto comporta de revolução.

Não há, pois, diferença metodológica entre ciência e direito. Nem mesmo se pode dizer que o legislador (do direito civil) se distingue do cientista (legislador do direito divino) em função de que o primeiro se coloca de fato mais acima das leis: pois ele próprio não se adstringe menos a se conformar às leis que promulga, mesmo que só se submeta a elas numa certa medida (como dá testemunho, por exemplo, a imunidade parlamentar). O cientista não está numa posição diferente

quando enuncia as leis da natureza: nem por isso escapa a elas. Mas ele espera, no entanto, aprender com isso a driblar as leis que conhece para sujeitar as forças da natureza, aumentar o potencial econômico, curar as doenças etc. O benefício de seu trabalho irá para toda a comunidade humana, mas primeiramente para si mesmo, nem que seja pelo prestígio e pelas vantagens econômicas que adquirirá, tanto quanto o homem de lei tradicional.

Há uma ambigüidade profunda entre o trabalho científico e o do legislador, o que não quer dizer que haja identidade de objeto. Já vimos que *o equívoco* sobre a palavra *semiologia e* sobre a palavra *signo* não remete somente ao abandono da ontologia pela medicina, mas à instauração de uma metodologia diferente, em que o signo é o representante de um objeto (a doença) e não mais o significante de um Sujeito. Mas o que também deve ser retomado é a oposição feita por Lévi-Strauss entre natureza e cultura, através da qual aparece que *sintoma* remete em medicina ao *signo (e ao objeto* que ele representa) como remete alhures ao *significante* (e ao *Sujeito* que representa). Distinção que podemos dizer essencial, já que se trata da essência de dois fenômenos que, por se encontrarem no doente na mesma enunciação do *sofrimento,* não podem, entretanto, ser apreendidos de outra forma que não em sistemas epistêmicos diferentes.

A confusão - que deveria nos deixar espantados por não ser dissipada - mascara um outro problema, este cuidadosamente dissimulado, que é o da relação do cientista (ou do corpo científico) ao discurso científico, e a relação do legislador (ou do Estado) e do teórico do direito à lei. Pierre Clastres questionou o que diferencia, se não opõe, a sociedade e o Estado, e mostrou que sociedades se revelaram perfeitamente capazes de fazer respeitar as leis mediante o que o homem afirma a preeminência da

ordem da cultura sobre a da natureza. Essas leis, que são as da troca (troca das mulheres, dos bens e da palavra), tem entretanto de ser protegidas, muito particularmente contra as ações estatais, na medida em que estas ações instauram o que ele chama de monopólio da violência e que me parece ser sobretudo o monopólio de *dizer a Lei,* e de fazer com que seja aplicada. Foi se dando um chefe a quem não se dá a possibilidade de se tomar por um chefe que se achava exorcizada pelas sociedades pré-colombianas a ação estatal.[1°] Parece que elas tinham bastante êxito quanto a isto.

Mas P. Clastres também indica que o verdadeiro perigo para tais sociedades era menos a ambição de um chefe empreendedor, e até mesmo a selvageria do conquistador espanhol, que o discurso do *xamã,* padre e médico, portador de um discurso sobre o homem e a sociedade, aquele que, sob o nome de *pai, [11]* se fazia profeta e levava os homens em grandes migrações misticas e destruidoras da ordem social, aquele de quem era preciso debochar nos contos para exorcizar seu poder.` Somos assim trazidos de volta ao mesmo problema que é constituído por uma equivalência: *Dizer a lei é fazer a lei.* Trata-se do *autor e* devemos ficar atentos para isto tanto mais quanto ele vem mascarado. Xamã, profeta, médico ou cientista, ele nos dita tanto mais seguramente nossa conduta quanto a coerência de seu discurso fundamenta a "validade" da ordem que ele nos impõe.

Não é, portanto, para diferenciar a ordem causal (científica) da ordem de imputação (jurídica) que devemos nos esforçar. Com razão, Kelsen salienta a ambigüidade da célebre fórmula de Heráclito: "Se o sol não se mantiver no caminho que lhe é prescrito, as Eríneas, instrumento da justiça, saberão recolocá-lo no caminho direito". O caminho direito é o caminho do direito. A norma biológica de Canguilhem é preservada pela norma ética da medicina. Os médicos são as Eríneas. A lei científica é, como a dos juristas, escrita pelos homens. Sua enunciação é uma *cololação em causa,* verdadeiro sentido da palavra acusação. A palavra grega *ara* significava indiferentemente falta e causa.

(10) P. Clastres, *La société contre l État,* Editions de Minuit, 1974, p. 25 ss.
(11) Ibid., p. 137 ss. (12) Ibid., p. 113 ss.

Pode-se muito bem dizer ironicamente: "Causa sempre, tu me interessas",* esta é, no

entanto, a fórmula mesma de nosso interesse pela ciência e pelo direito, interesse pelo palavreado sem dúvida, mas também reconhecimento de que a linguagem é o suporte de qualquer saber transmissível, por pouco que alguém o organize em discurso.

Sobre o saber, o direito - que ainda tem em comum com a ciência o fato de desafiar o verossímil para estabelecer o verdadeiro - é formal: "A ninguém é permitido alegar ignorância da lei". Reconhecemos aí, pelo menos, que o direito dá primazia ao fato (os próprios juristas devendo consultar o Código e o Dalloz) e que esta afirmação da primazia do discurso é a mesma que a do primado da cultura sobre a natureza. Foi, entretanto, preciso deixar um lugar, pequeno, para aquele que não sabe. Atualmente o chamamos de *"incapaz"* jurídico. Os romanos chamavam *idiotus* todo homem que não fosse jurista. E aquele que, em nome da lei do amor, recusa a lei do Decálogo, é o "cretino" (o crestino) (o cristão). Para a ordem jurídica, *o Sujeito-supostos*aber é o *Sujeito* do direito, todo mundo, salvo exceções que se querem cada vez mais raras: *o idiotus* (no sentido romano) depois o escravo e em seguida a mulher pertencem cada vez mais à jurisdição geral e mesmo o número de menores não cessa de diminuir pela diminuição da idade da maioridade de vinte e cinco para dezoito anos.

Paralelamente, a ordem científica constitui um número de ignorantes cada vez maior. O cientista é o único a ter o saber. E, em particular, isto a que o médico intima claramente o doente, desde Hipócrates até nossos dias. Não ha nenhuma razão para pensar que os progressos dos discursos científicos não nos constituam a todos, e cada vez mais, como ignorantes diante dos especialistas do saber de determinado domínio particular. A Razão se tornará de novo não mais aptidão para raciocinar claramente, mas submissão a uma ordem prescritiva decorrente do saber dos especialistas. A própria revolta não terá outro nome senão o da loucura.

(*) "*Cause toujours, tu m intéresses*". Em francês *causer* significa "causar" e, também, em linguagem popular, "falar, conversar, bater papo". Ver Lacan, *Écrits: Fonction et champ de Ia parole et du langage en psychanalyse,* epígrafe à parte I. (N. do T.)

Caberia interrogar-se mais longamente sobre esse retorno da questão do Sujeito do saber que se opera quando se passa da Ordem jurídica para a Ordem científica. A passagem para isso foi aberta pela apropriação do sistema das leis entre as mãos de um pequeno número de indivíduos que forma *o aparelho do Estado,* e também *o corpo científico,* onde o corpo médico tem um bom lugar; os epígonos, padres e filósofos fazendo os acertos muitas vezes necessários. Uma etapa decisiva dessa apropriação foi marcada pelo trabalho do Inquisidor, o jurista, ladeado pelo teólogo e pelo médico, pelo representante do passado e pelo do futuro. A ordem da sociedade se confundia aí com a da fé e a da ciência: nenhum saber era reconhecido, a não ser o da ciência oficial, que não mais tardou a se desenvolver. O século das Luzes se marcava pela recusa do saber da Sombra, o de Satã.

A importância do papel do jurista é denegada hoje, sobretudo desde que Marx denunciou a Ordem jurídica como superestrutura do materialismo histórico. Aqueles que, hoje, preferem fazer "ciência" política ou "ciência" sociológica em vez de direito invocam na maioria das vezes esta análise marxista. Mas, fazendo-se os enunciadores dos significantes nos quais se crê poder encerrar os homens como ratos em labirintos, os sociólogos também são juristas. Depois deles, só resta colocar em forma as leis que eles acreditaram reconhecer, utilizar as armas que eles fabricaram. Sendo os melhores servos destas armas aqueles mesmos que as fizeram, é a eles ou a seus alunos que o poder é confiado. As Grandes Escolas fornecem o necessário para esta contingência... Trata-se aí de esquecer ou fingir esquecer que Marx havia denunciado a ciência tanto quanto o direito como ideologia: a relação de opressão e de dominação não pára de sucessivamente invocar nomes da religião, do direito ou da ciencia.

O saber que é suposto no psicanalista procede finalmente mais daquele do jurista que daquele do médico. É um saber sobre o que regula a relação dos homens entre si, e portanto sobre o que concerne as regras mais fundamentais da vida em sociedade, isto é, primeiramente as da proibição do incesto e algumas outras que lhe são corolários. Que se espere do psicanalista que reformule as interdições em termos mais aceitáveis não justifica que ele o faça, tentação a que

não souberam resistir nem Young, nem Reich, nem tantos outros. O psicanalista não é de forma alguma legislador, nem de direito, nem de ciência.

Ele não tem de conhecer senão os *efeitos* da lei, de uma lei que não é nem do Estado, nem da ciência, mas do discurso, onde é o desejo que faz lei, facilitando o caminho pelo qual ele advirá. O saber, que é o do Inconsciente, é aquele que preserva e permite o acesso ao gozo. Ele é muito exatamente o avesso do discurso jurídico, o qual só define um sistema de obrigações, e para quem o "direito" de cada um (em particular de *gozar* de seus bens) só é definível como um "direito reflexo", o fato de não ter obrigações sobre esses bens. Não é a Ordem jurídica, mas o superego que ordena: "Goza".

18
Para introduzir uma clínica psicanalítica

Há uma questão prévia a qualquer tentativa para estabelecer uma clínica psicanalítica: é "a questão que constitui nosso projeto radical. Aquela que vai de: É a psicanálise uma ciência? a: O que é uma ciência que inclui a psicanálise?" (Lacan).

A psicanálise não correspondeu à expectativa do cientista, nem por sua metodologia, nem por seus resultados. Muito particularmente, ela não correspondeu à expectativa do médico, por sua inaptidão radical (o que quer que pensem os psicossomáticos) para colocar em relação causal fatos psíquicos com efeitos biológicos, ou doenças. Meu objetivo era mostrar aqui que é com lealdade, como retorno da inaptidão radical da biologia e da medicina para enunciar o que quer que seja que diga respeito ao desejo. Não pode ser sustentado nenhum projeto de instaurar uma troca de bons procedimentos, um vaivém entre soma e psique. É preciso, ao contrário, ressaltar o que resulta da passagem de um sistema epistêmico para um outro.

E porque ela não corresponde à expectativa do cientista que o psicanalista não pára de interrogá-la. "Nós não acreditamos no objeto", diz Lacan. O cientista só crê no objeto, ou melhor, ele só quer acreditar nele. Para nós, psicanalistas, é enquanto faltoso, ou melhor, "objeto a", que o objeto funciona, isto é, que ele faz funcionar o desejo, inclusive o desejo de saber do cientista, que não se desesperou por encontrá-lo.

A questão das relações entre psicanálise e ciência foi colocada há meio século, em resposta à exigência de Kelsen. A distinção feita até então entre "psicanálise médica" e "psicanálise aplicada", Freud substituiu a distinção entre "psicanálise científica" e "psicanálise aplicada", esta com duas seções: domínio médico e domínio não-médico. É mais ou menos a distinção retomada por Lacan quando criou três setores na Escola freudiana: 1?) Psicanálise pura; 2?) Clinica; 3?) Campo freudiano. Posição mais prudente, já que ela deixa em suspenso, sob a rubrica de "pureza", a questão da cientificidade da psicanálise. É também uma retomada da exigência kelseniana que fundava uma teoria "pura" do direito.

Esta distinção corresponde à preocupação de isolar um setor em que a psicanálise deve tomar consciência de si mesma. Ela não deve de forma alguma ser considerada como equivalente, por exemplo, à distinção que existe entre t iologia (ciência pura) e medicina (ciência aplicada), cujos impasses já vimos. Freud, aliás, não deixava de indicar logo sua recusa de qualquer dogmatismo esterilizante: "Nós, psicanalistas, gostamos de ficar em contato com o modo de pensar popular (...) tornar seus conceitos cientificamente utilizáveis em vez de rejeitá-los" (Posfácio à questão da análise leiga). E Lacan, mostrando a interdependência do discurso psicanalítico e dos três outros discursos, demonstrava que, para se estabelecer *em sua pureza,* isto é, para depurá-lo, a psicanálise devia passar pela análise dos outros discursos, em particular do discurso histórico, de onde a clínica retira o essencial de sua substância.

Mostrando o que o discurso científico deve ao discurso jurídico - portanto ao discurso do mestre -, percorremos o caminho inverso daquele praticado habitualmente, o qual visa mascarar a especificidade do direito puro, pondo em evidência a contingência de seu conteúdo, ao passo que é a permanência de sua estrutura que é revelada com razão por Kelsen. Seja como for, o direito se

esmaga diante da ciência: sabe-se o lugar crescente que ocupam os cientistas (notadamente médicos) junto aos tribunais. Sabe-se também que as teorias do direito, valendo-se da ciência (marxistas e sociológicas), tendem assim a constituir a ordem jurídica como uma "superestrutura" incitando, com isso, a que lhe seja conferida apenas uma atenção distraída. *Pareceu-me mais importante mostrar que enquanto discurso a ordem jurídica constitui a infra-estrutura do discurso científico.*

Após o direito e a ciência, será a psicanálise um novo discurso normativo? Poderíamos discutir interminavelmente sobre a utilização feita nesse sentido de seus conceitos utilizados mais ou menos com discernimento. O acesso ao *genital love* ou ao *"amor oblativo",* se não a adaptação à sociedade, falharam. Ouve-se dizer cada vez mais que é preciso ter "simbolizado sua castração" ou "desmanchado seu nó borromeano". Isto não poderia ir muito longe, e trai apenas o desejo de cada um de achar um discurso que se mantenha, "um discurso que não seria semblante". Em resumo, nessa espera algo ingênua, prefiro o que me dizia claramente uma cliente: "Venho ve-lo, pprque não sei mais a que seio* me confessar"! *(Sic,* mas a ortografia é minha, pois ela não sabia escrever.) Nossos pacientes aprendem rápido que em questão de normas, é das suas que se terá de falar.

O que temos de ouvir é menos vago e mais circunstancioso. Contam-nos por exemplo As *infelicidades de Sofia,* a sabedoria, o que é todo um programa. É com a mesma voz que vêm nos dizer Justin e Justine: A justiça não existe; não há senão os "Infortúnios da virtude". A esta provocação para ser o Justo, ou ao menos para dizer o justo, respondemos: "A própria verdade é um semidizer. Não é em seu nome que condenaremos nem a justiça deles nem a virtude de vocês. Não nos constituiremos em tribunal". Nem por isso pensamos que se não nos prendemos a ela, à verdade, é porque a verdade nos prende às vezes um pouco demais.

Por não sermos um tribunal, não nos interessamos menos pela lei. "A forca não é a lei", e "a lei é outra coisa (que o que enuncia o Estado)', como se sabe desde Antígona", escreve Lacan' O que não contradiz a afirmação de que a lei do Estado tem como lugar a forca (ou *o Sujeito,* entre *o zist e o zest,* entre a morte e o gozo, entre a lei e o desejo, entre o desejo de viver e o de viver segundo seu desejo). Em questão de direito do homem, não há senão "a liberdade de desejar em vão", diz Lacan. Fórmula que reconhecemos como sendo a da *histérica.* Ainda assim é preciso que sejam as mulheres que nos tenham ensinado isso para que possamos reconhecê-la também nos homens. Aí está nosso ponto de partida, o início de e nossa clínica.

(*) Sein em francês, que também soa como *saint,* santo. (N. do T.) (1) Lacan, "Kant avec Sade", *Écrits,* Le Seuil, 1966, p. 782 ss.

Os homens, por sua vez, estão preocupados demais em "deslizar sub-repticiamente no discurso"[2] para reconhecer que este os deixa divididos. Pois o discurso, foram seus pais que o fizeram, para assegurar aos homens este domínio que lhes assegura a ordem simbólica, sem a qual eles não seriam senão uns plagiários. Do mesmo modo, eles nos importunam com seu *sollen,* seu "dever-ser", pois estão por demais implicados pela ordem jurídica instituída para aspirar a outra coisa que não seja movimentar seus fios de comando. Com isso, eles confundem seu *sollen* com os preconceitos de seu grande ou pequeno grupo social ou o da ciência, depois do de seus pais. Por não reconhecer que o discurso os divide, eles também não pensam senão em passar de seu estado de "Sujeitos do direito" para o de interessados, aqueles que têm direitos. É entre esses dois estados que eles acreditam ver sua divisão. E eles descontam do acúmulo *obsessivo* dos bens e dos valores a promoção na ordem simbólica, que não lhes assegurou a possessão derrisória de um penis sobre o qual não têm a possibilidade de se vangloriar tanto quanto afirmam. É porque *o ter é* o estatuto jurídico que não comporta obrigações, porque *o ter* constitui o lugar onde se pode falar como mestre, que se procura obtê-lo, o obsessivo tenta escapar de sua posição de Sujeito a que o pressiona, no entanto, o discurso constituído.

Os neuróticos são tranqüilizadores ao fazerem, cada um a sua maneira, a confissão de que a ordem constituída os atinge e que, no fundo, não saem dela, pois nem mesmo sonham em sair

dela, seus sonhos testemunham isto. A confissão *(aveu),* portanto, no sentido em que ser o "solicitador" *("avoue")* de alguém é fazer um ato de obediência tanto a ele quanto a seu discurso.' Este alguém é Outro, como garante de toda possibilidade do discurso, como lugar prisão, como diz Kelsen. É desse lugar em que deve ser emparedada "entre duas mortes" que Antígona desafia o príncipe, que, ainda assim, é seu irmão. É na prisão que se experimenta mais profundamente o que a liberdade quer dizer. "Não se imputa ao homem porque ele é livre, mas o homem é livre pelo que se lhe imputam."' O que Kelsen explica, de um modo pouco restritivo, como sendo a liberdade que dá ao homem a Ordem jurídica permitindo-lhe escapar ao determinismo causal da natureza; do mesmo modo que, inversamente, o retorno à natureza é libertado em relação à Ordem jurídica. Não é menos verdade que é diante da morte (ou da prisão que é seu reflexo) que o homem avalia a possibilidade de escapar a seu destino biológico.

(2) M. Foucault, *L ordre du discours, op. cit., p. 7.* (3) J. Clavreul, *Le désir et la perversion, p. cit.*

É por isso que Kant tem razão em instalar uma forca diante da casa daqueles que deixa sem escapatória: o galante que "pretende não poder resistir à sua paixão quando o objeto amado e a ocasião se apresentam", e o homem virtuoso, intimado por seu príncipe a prestar um falso testemunho que arruinará seu amigo. Permanecerão eles firmes diante da morte certa e imediata que os espera se não derrogarem suas pretensões? Kant responde que nada se pode saber quanto ao segundo. Lacan acrescenta que também nada se sabe quanto ao primeiro, contrariamente ao que acredita Kant. Mas permanece uma questão: quem colocou a forca? Certamente não foi o príncipe, o qual está pouco ligando para os estados de espírito de seus administrados, e persegue seus fins sem se importar com os meios, a forca entre outros. Evidentemente que foi o próprio Kant, na medida em que é um teórico, um teórico da liberdade. A liberdade não foi dada pelo príncipe, ela foi tomada por seu "sujeito do direito" para quem permanece a possibilidade de desafiá-lo. O enunciador da lei na qual se reconhece a liberdade não é o príncipe, mas teórico[5]. Ainda aqui, o enunciador se esquiva quando coloca o príncipe e não ele próprio no enunciado: E fingindo fornecer um puro enunciado que se produz um Sujeito, do qual se afirma que é livre, porque foi constituído como dividido. Reencontramos aqui o que especifica o direito quando ele se dá como "objetivo'.

É nesta divisão que nós, psicanalistas, tomamos os significantes. Por ser suposta, sua relação com o saber só está melhor assegurada. Isto deixa lugar para a transferência. Uma esperará seduzi-lo, o outro aguardará que ele morra. Cada qual sabendo que é em vão!

(4) Kelsen, *Théorie pure du droit, op. cit., p.* 134.
(5) Como Kant. Mas também Olympe de Gouges, que reivindicava, entre os direitos da mulher, o de subir à guilhotina. O que lhe foi concedido pessoalmente. *Les droits de la femme,* art. 10, *1789.*

O fóbico, para também reverenciar a lei, está numa posição frágil de outro modo. É a garantia que o Outro pode dar disso que falta aqui; sabe-se o pouco peso das mais vigorosas afirmações para dissipar uma fobia, por mais prestigioso que seja aquele que as enuncia. Ele não é suposto saber senão o tempo de um encontro, de uma presença.

No fundo, ele tem mais confiança no objeto. Por mais desarrumado que esteja em relação às cadeias significantes sem as quais não poderia ter consistência, o objeto fóbico serve melhor ainda como "significante para fazer de tudo",6 para paliar a falta do Outro. Mas sabemos a que distância o objeto deve ser mantido para que não apareça sua "pouca realidade". E a con, dição para que se sustente a emoção da fobia. A absurdidade do *objeto feitiço* ecoa aqui.' A fidelidade ao objeto ocupa aí o lugar de garante da invulnerabilidade do desejo, de garante contra as armadilhas do discurso. A partir daí, já, o Outro se encontra desafiado.

Por estarem em renegação, os *perversos* nem por isso são pessoas sem confissão. Ocupam o lugar privilegiado que a renegação lhes fornece, interrogando o discurso e não se deixando levar pelo prestígio de seu autor, o Outro, o pai que se ve duramente provocado, se não ridicularizado. Eles o desalojam, mesmo quando ele se refugia nesse anonimato que o discurso do

mestre consegue. O perverso sabe que o pai é sempre humilhável. E a este que ele remete essa divisão do Sujeito, que *a Spaltung* de seu eu repete. Mas, por escapar da lei, o desejo não se beneficia, e é preciso incessantemente transgredir a lei, sobretudo se ela se apresenta como lei da natureza. A homossexualidade, o sadismo fornecem tanto quanto o fetichismo uma solução.

O Outro, como lugar onde se inscreve a metáfora paterna, é garante do primado do simbólico. É justamente aí que *o psicótico,* em função da foraclusão do nome do pai, soçobra no naufrágio da esquizofrenia, ou tenta reconstituir em seu delírio a língua fundamental na qual se diria a Verdade. Com isso, ele constitui menos um discurso com pretensão científica ou teológica que uma ordem jurídica onde ele se faz o teórico do desejo de Deus, legiferando, interpretando deste lugar o gozo do Outro, do qual se esqueceu, desde que o "bel-prazer do rei" foi guilhotinado, que é este gozo que funda qualquer ordem normativa.

(6) Lacan, *Ecrits, op. cit.,* pp. 610-611.
(7) Fétichisation d'un objet phobique, *Scilicet n°* 1.

É neste ponto que se reencontra o embaraço de Kelsen para estabelecer o que constitui a "validade" da Ordem jurídica. Sua *Grund-Norm,* "norma suposta e não posta" (no direito positivo), representa aí, no entanto, o que o "nome do pai" coloca na teoria psicanalítica, como significante fundador, portanto fundamental, ele também. Mas a *Grund-Norm,* se funda a validade de todas as normas, não fornece seu enunciado. Foi preciso criar o conceito de *"habilitação",* espécie de monstro do sistema kelseniano, pois ainda que dê conta de uma realidade de fato, não pode senão registrar a singularidade do estatuto do legislador, não submisso a normas e sanções. Habilitado, o legislador só o é por eleição, na qual nada mais se passa senão a renúncia do eleitor a usar qualquer outro direito político, isto é, sua submissão à ordem jurídica. O legislador adquire com isso *o gozo* do direito de legiferar, gozo às vezes, atualmente, partilhado com outros legisladores, para adicionar alguma pimenta.

Portanto, não concluiremos disso que o psicótico *desabilitou* seu pai da única função em que seu papel seja reconhecível, na medida em que é a seu nome que toda palavra se refere, muito particularmente quando é a mãe que a pronuncia, isto é, quando ela introduz a criança na linguagem. Mas não é tampouco *a objetividade* científica que o pai invoca, não mais que a *validade* da ordem jurídica que ele instaura, das quais podemos esperar que acarretem por parte da criança uma adesão que seria apenas submissão à Razão. Resta à psicanálise dizer se a loucura é de sua jurisdição, ou melhor dizendo, de sua competência. É aí que ela tem de dizer se ela se erige como tribunal.

"O direito é somente um sintoma que exprime outras relações sociais sobre as quais o poder do Estado é fundado.[8]" Um *sintoma,* é justamente por isso que ele nos interessa. Marx tinha justamente adivinhado que isso gozava em algum lugar na sociedade; isso gozava pelo menos dos bens econômicos. O que é a verdade, "mas não toda". Nós dizemos mais exatamente com Freud que a lei é o recalcado do desejo (não seu recalcamento).

(8) Marx, *LYddologie allemande, op. cit.*

E do desejo, dizemos com Lacan que é desejo do Outro, e mesmo desejo do desejo do Outro. O que exclui que o Outro seja seun objeto, nem que se seja seu objeto. Eis aí algo que o psicótico não reconhecerá.

A dependência em relação ao desejo do Outro constitui uma série que Lacan compara aos cegos de Bruegel, que se mantêm com as mãos dadas. Eis aí uma cadeia diversamente significante da série infinita de causas e efeitos enfatizada pela ciência. Da lei imposta pelo pai, não há mais nada a dizer senão que é a lei de seu próprio pai e transmitida em seu nome. A cadeia se fecha por um sintoma sobre outro sintoma, de um nome a outro nome. Estamos, pois, bem longe do sintoma segundo Hipócrates, ele próprio, entretanto, descendente de Asclépio e pai da medicina: "habilitado" por essa razão para ser o enunciador do discurso médico. A ciência nos

deixa sem escapatória: ter de dizer sobre o desejo o que dele ela nos subtrai fornecendo uma morte tecnicamente controlada, num universo em que a caridade samaritana não exclui o farisaísmo da boa alma.

Sobre o autor

É psiquiatra lacaniano, companheiro de Lacan desde 1948, secretário e vice-presidente da Escola Freudiana de Paris até sua dissolução em janeiro de 1980. Conhecido na Europa, entre outras coisas, por uma série de trabalhos sobre problemas de identificação, castração e alcoolismo.

A ORDEM MÉDICA

A diferenciação entre discurso médico e discurso psicanalítico, objeto deste ensaio, percorre as trilhas da ideologia, desvendando a função alienadora que a medicina perpetua. Sob a máscara do diálogo médico-doente, estabelece-se, na realidade, um monólogo, onde se evidencia a função silenciadora do discurso médico e sua identificação com o discurso dominante. Na impossibilidade de conciliar psique e soma no campo do discurso médico, a psicanálise coloca alguns fragmentos a serviço da Ordem médica, empenhando-se em dobrá-la e subvertê-la.