

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARIA LAURA CURY SILVESTRE

*Investigação sobre o diagnóstico:
um diálogo possível entre a psicanálise e a medicina.*

São Paulo
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA LAURA CURY SILVESTRE

*Investigação sobre o diagnóstico:
um diálogo possível entre a psicanálise e a medicina.*

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientador: Prof.a Dr.a Jussara Falek Brauer.

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Silvestre, Maria Laura Cury.

Investigação sobre o diagnóstico: um diálogo possível entre a psicanálise e a medicina / Maria Laura Cury Silvestre; orientadora Jussara Falek Brauer. -- São Paulo, 2008.

100 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Diagnóstico 2. Psicanálise 3. Medicina I. Título.

RC473

Maria Laura Cury Silvestre

Investigação sobre o diagnóstico: um diálogo possível entre a psicanálise e a medicina.

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*À vida, que me surpreende a cada dia,
e com cada surpresa, boa ou ruim,
ensina-me a jamais subestimar o sujeito.*

Agradecimentos

À Prof.a Dr.a Jussara Falek Brauer, por ter sido sempre psicanalista, ao longo da orientação deste trabalho, o que se traduziu em respeito, liberdade e firmeza, permitindo-me dizer o que eu pretendia desde o início. Agradeço, ainda, pela tranquilidade e pelo carinho.

Ao Prof. Dr. João Augusto Frayze-Pereira, pelas considerações e sugestões, no exame de qualificação, que muito me ajudaram a direcionar o trabalho, e pelo incentivo.

À Prof.a Dr.a Maria Lúcia Baltazar, pelas correções essenciais no exame de qualificação, e por sustentar que é possível exercer a medicina para além do positivismo.

À Prof.a Dr.a Maria Lúcia de Araújo Andrade, que me apresentou uma psicanálise humana e ética, e me ensinou a ler Freud e Lacan com coragem e persistência.

À Universidade de São Paulo, que sempre me ofereceu espaço e oportunidade para pesquisar e crescer.

À equipe do Projeto Tecer, pela riqueza que só a convivência difícil traz, e pela beleza dos frutos que colhemos juntos.

A Sandra Berta, Sergio Braghini, Ana Paula Musatti Braga, Fernando Megale e Carla Mott Ancona-Lopez, por dividirem comigo seus livros e sua disponibilidade, ao longo da realização da pesquisa, e sempre.

Ao meu grupo de saraus literários, pelo conhecimento que vai muito além do acadêmico.

Ao Grupo Vocal Piacere, meus amigos e companheiros, por serem a música da minha vida.

Aos queridos Elisa Parahyba Campos e Avelino Rodrigues, pelo carinho com que sempre me recebem, e pelas madrugadas de ciência, filosofia e arte.

À Giselle Petri, pela interlocução cuidadosa, pela amizade e pelo apoio.

Às minhas grandes amigas de toda a vida, Giovana Furtado de Oliveira, Luciana Jacó Braga, Maria Angélica Amaral, Fernanda Stucchi e Paula Oliveira, agradeço profundamente pela presença que desafia o tempo e o espaço, permitindo que minha existência nunca seja solitária.

À Simone de Camargo Silva, grande amiga e companheira, pelo incentivo ao longo deste trabalho, pela leitura criteriosa, pelo dia-a-dia e pelas risadas sem as quais nenhuma de nós duas poderia trabalhar. Ao Marco Pace, pela alegria, sempre. À Maria Anita e ao João Tomás, por sua existência luminosa que me faz sorrir em toda e qualquer circunstância.

Ao meu irmão, João Luiz Cury Silvestre e à minha cunhada, Camila Tessare Silvestre, por fazerem parte da minha vida e por permitirem que eu faça parte da sua. Agradeço imensamente a proximidade, a paciência, o apoio e o carinho.

Aos meus pais, Sara e Elias, que sempre acreditaram em todos os meus empreendimentos, que me apoiaram em todas as decisões e acompanharam cada conquista ao longo do tempo, agradeço a presença confiante, o exemplo corajoso e o incentivo incansável que me permite trabalhar com amor, feliz e de acordo com meus princípios. À minha mãe, agradeço ainda o paciente trabalho de revisão do texto.

*Ah, os sentidos, os doentes que vêem e ouvem!
Fôssemos nós como deveríamos ser
E não haveria em nós necessidade de ilusão...
Bastar-nos-ia sentir com clareza e vida
E nem repararmos para quê há sentidos...*

*Mas graças a Deus que há imperfeição no Mundo
Porque a imperfeição é uma cousa,
E haver gente que erra é original,
E haver gente doente torna o Mundo engraçado.
Se não houvesse imperfeição, havia uma cousa a menos,
E deve haver muita cousa
Para têmos muito que ver e ouvir...*

FERNANDO PESSOA

Resumo

SILVESTRE, M. L. C. *Investigação sobre o diagnóstico: um diálogo possível entre a psicanálise e a medicina*. 2008. 100 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Esta pesquisa propõe uma investigação teórica acerca da definição de diagnóstico na literatura médica e na literatura psicanalítica. Partindo da reconhecida heterogeneidade entre esses campos, situa tal questão como uma diferença de fundamentos e delineia um panorama epistemológico que permita contextualizá-la. Interroga a literatura médica sobre o diagnóstico, confrontando definições objetivas com outras mais abrangentes, referentes a uma prática médica que leva em conta a ampla relação dos doentes com seu meio, mais do que medições e classificações. Evidencia, assim, que, dentro da clínica médica, os fundamentos não são homogêneos. Quanto à psicanálise, verifica que o termo ‘diagnóstico’, em geral, não aparece nos dicionários, indicando sua apropriação com relação ao vocabulário médico, bem como a presença, nesse campo, de alguns fundamentos médicos como herança epistemológica. Apresenta a subversão e as modificações ocorridas quanto à concepção de sintoma – noção capital dentro do diagnóstico – a partir de Freud e sua continuação com Lacan. Sendo a medicina e a psicanálise práticas clínicas que pretendem acolher e tratar o sofrimento humano, e posto que a referência ao diagnóstico é inegável em ambas, o estabelecimento de um diálogo entre elas, extensivo à psiquiatria, é uma necessidade ética. É o que essa pesquisa propõe em sua parte final, buscando, não a homogeneidade dos princípios, mas uma possibilidade de diálogo mantendo e respeitando a heterogeneidade de seus fundamentos.

Descritores: Diagnóstico, Psicanálise, Medicina.

Abstract

SILVESTRE, M. L. C. *Investigation of the diagnosis: a possible dialogue between psychoanalysis and medicine*. 2008. 100 p. Dissertation (Master's Degree) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

This research presents a theoretical investigation about the definition of diagnosis in medical and psychoanalytical literature. Starting from the acknowledged heterogeneity between these fields, it sets this issue as a difference of fundamentals and draws an epistemological panorama in order to allow its contextualization. It interrogates the medical literature about diagnosis, contrasting objective definitions with some more extensive ones, which refer to a medical practice that considers the broad relation of the sick in their environment rather than measures and classifications. Thus, it points out that, in the medical clinic, the fundamentals are not homogeneous. As for the psychoanalysis, it ascertains that the term ‘diagnosis’, in general, does not appear in dictionaries, showing its appropriation in relation to the medical vocabulary, as well as the presence in this field of some medical fundamentals as an epistemological heritage. It presents the subversion and the modifications that have occurred regarding the notion of symptom – a capital notion in the diagnosis – since Freud and continuing with Lacan. As medicine and psychoanalysis are clinical practices intending to shelter and treat human suffering, and since the reference to the diagnosis is undeniable to both, the establishment of a dialogue between them, extendable to psychiatry, is an ethical necessity. That is what this research proposes in its final part, seeking not the homogeneity of principles, but the possibility of dialogue, maintaining and respecting the heterogeneity of its fundamentals.

Keywords: Diagnosis, Psychoanalysis, Medicine.

Sumário

1 Introdução	11
2 Antecedentes epistemológicos: as ciências e as diferenças	16
3 O campo da medicina	24
3.1 O diagnóstico nos dicionários	24
3.2 Algumas considerações sobre o discurso médico no tempo	38
4 O campo da psicanálise	48
4.1 O diagnóstico nos dicionários	48
4.2 A ruptura freudiana	50
4.3 A psicanálise com Lacan	60
4.3.1 Algumas palavras sobre o estruturalismo	60
4.3.2 Lacan estruturalista	63
4.3.3 Lacan e a topologia: RSI e Sinthoma	68
5 O diálogo possível a partir da heterogeneidade	73
6 Considerações finais	87
Referências	92

1 Introdução

– *Estou com dor de cabeça – dizia um filho único de três anos. (Ele me foi trazido porque era impossível mantê-lo na escola maternal, onde não parava de queixar-se da cabeça, parecia doente, passivo e dorido. Era, além do mais, sujeito a insônia, estado para o qual seu médico não encontrava causa orgânica.) Comigo, ele repetia o seu solilóquio. Perguntei-lhe: – Quem diz isso? E ele continuava, repetindo em tom de lamúria: – Estou com dor de cabeça. – Onde? Mostre-me onde é que a sua cabeça está doendo. – Era a primeira vez que lhe faziam tal pergunta. – Ali – aponta uma região da coxa, perto da virilha. – E ali é a cabeça de quem? – Da mamãe. – Essa resposta, podem crer, estarreceu os dois pais presentes.*

Françoise Dolto¹

A realização desta pesquisa é resultado do encontro entre uma inquietação clínica e a aposta na possibilidade de uma saída pela via da teoria. Se é possível situar o momento em que esta inquietação surgiu, é preciso dizer: desde que me encontrei com a clínica.

Meus primeiros atendimentos clínicos aconteceram na Clínica Psicológica ‘Dr. Durval Marcondes’, da Universidade de São Paulo, onde conheci, ainda na graduação, o sofrimento das famílias que traziam uma criança com problemas, graves ou não. Em geral, eram casos que chegavam à Clínica encaminhados por médicos ou professores, e portanto já previamente rotulados com algum diagnóstico.

Ao recebê-los, percebia que, não só os médicos, mas também os pais e a escola apresentavam, a respeito do que não ia bem com a criança, um discurso absolutamente referido ao saber médico. Assim, o que se articulava em torno da problemática daquelas crianças era uma fala a respeito de uma doença que deveria ser curada. Muitas vezes, as crianças portavam um diagnóstico prévio, com claras indicações prognósticas: “ela é autista e

¹ Extraído do Prefácio de Françoise Dolto ao livro “A primeira entrevista em psicanálise”, de Maud Mannoni.

nunca vai se relacionar com o mundo”, “ela é deficiente mental e não tem condições de aprender a ler e escrever”, “ela é esquizofrênia e não poderá viver em sociedade”.

Outras vezes, era justamente porque os médicos e/ou os educadores não haviam resolvido a questão que a família trazia a criança à Clínica Psicológica. “Deve ser emocional, por isso estamos aqui”, era o que eu costumava ouvir dos pais, e ouço, ainda, e sempre. O caminho insatisfatório que as famílias haviam percorrido anteriormente aumentava a exigência em relação a uma resposta: é preciso, antes de qualquer coisa, dizer o que a criança tem.

A pergunta feita ao profissional por aquele que o procura, para cuidar do que é emocional ou psíquico, costuma ser a respeito de uma suposta doença, e não apenas no caso das crianças. A clínica com adultos, à qual também me dedico, traz igualmente à tona tal problemática, o que justifica que o presente trabalho não trate especificamente da clínica com crianças.

Desta forma, tanto para a criança que vem “doente”, trazida pelos pais que querem saber o que ela tem, quanto para qualquer sujeito em sofrimento, o que se busca é uma nomeação, uma resposta. Em minha opinião, ao lado de muitos outros que disso se ocupam, essa é uma resposta muito difícil de ser dada, e que gerou durante muito tempo em mim a grande inquietação referida anteriormente: para quê, afinal, serviria esta resposta? Tal inquietação, finalmente, põe em pauta a questão do **diagnóstico**, que escolhi perseguir com a realização desta pesquisa.

Pois também não é possível, a quem se propõe a cuidar de alguém em sofrimento, fechar-se à necessidade de diálogo com outros campos de saber, especialmente quando se

trata do campo da saúde. Nesta pesquisa, os campos que pretendo fazer dialogar, em torno da questão do diagnóstico, são o campo da medicina e o da psicanálise.

Esta pesquisa retoma uma série de conceitos e discussões que estão na ordem do dia, no cotidiano da clínica, pois embora se trate de assunto conhecido e reconhecido, o campo do diálogo permanece em silêncio ou transforma-se em terreno de absoluta divergência e impossibilidade de acordo. Com isso, os diagnósticos médicos no campo da saúde mental continuam sendo, em sua maioria, significações arbitrárias às quais os sujeitos aderem, restando pouco espaço à possibilidade de estabelecer outras significações.

Proponho, de saída, tratar a questão da heterogeneidade entre esses dois campos como uma questão epistemológica, ou seja, buscando, através do esclarecimento do conceito de diagnóstico na literatura, as diferenças entre os fundamentos pertinentes ao campo da medicina e ao da psicanálise.

O próprio uso do termo “diagnóstico” por um psicanalista já traz em si alguma inquietação, pois remete ao vocabulário corrente da medicina. Entretanto, vale lembrar que, se há um vocabulário próprio à psicanálise, é justamente da medicina que ele se origina: Freud era um médico neurologista. Porém, os avanços de suas pesquisas promoveram importantes subversões com relação à própria idéia de conhecimento e de ciência, e quanto à forma de conceber o humano e seu sofrimento. Cada vez mais, à medida que Freud caminhava em sua pesquisa do inconsciente, a psicanálise se distanciava da medicina e de seu modelo de ciência.

Assim, quando um médico fala em diagnóstico, ele não fala desde o mesmo princípio que um psicanalista, o que significa que não falam a mesma coisa, embora a palavra seja uma só. Muitas vezes os vocabulários se transpassam indiscriminadamente, o que vem trazer ao campo do diálogo uma série de confusões e dificuldades, pois a medicina, assim como a psicanálise, carregam em seu seio, às vezes de forma velada, as marcas da história não linear

da constituição desses campos de saber. É preciso, portanto, proceder a certos esclarecimentos.

Por outro lado, embora aqui se proponha tratar o diagnóstico a partir das diferenças de fundamentos entre os dois campos de saber em questão, esta não é uma pesquisa em epistemologia. Desde o início do empreendimento, o desafio seria utilizar-me dos fundamentos epistemológicos dos referidos campos de saber sem contudo aprofundar-me neles mais do que o estritamente necessário à compreensão da diferença essencial entre tais campos. A pertinência de tal embasamento reside no que ele propicia: a discussão a respeito da função do diagnóstico na clínica.

É preciso, ainda, esclarecer que, na realização de um tal empreendimento, sempre existe um recorte, delimitado pelo viés do interesse do pesquisador. Então, esclareço: esta é a pesquisa de uma psicanalista que encontra os fundamentos de sua prática nos ensinamentos de Freud e Lacan, o que determina que seja este o viés essencial deste trabalho.

Trata-se aqui de uma pesquisa bibliográfica, ou seja, as fontes onde procurei as indicações para articular a questão do diagnóstico são exclusivamente livros, artigos em periódicos, material publicado que esteja oficialmente disponível ou não, assim como aulas, conferências e anotações de forma geral. Para a escolha do material a ser consultado, foi decisiva a pertinência dos textos ao campo da psicanálise freudiano-lacanianana, assim como o reconhecimento, no âmbito acadêmico, dos autores consultados como sendo canônicos dentro do assunto.

Este trabalho traz, primeiramente, algumas noções elementares acerca da constituição de um campo científico e do encaminhamento histórico daquilo que hoje conhecemos por ciência moderna. Figura também, nesse primeiro momento, a ruptura epistemológica que a

psicanálise vem promover dentro do campo científico, provocando a criação do novo paradigma que Lacan, em seqüência, contribui decisivamente para sedimentar.

Em seguida, o conceito de diagnóstico é apresentado, dentro do campo médico, com base em uma pesquisa realizada em dicionários e tratados de medicina de diferentes épocas históricas e contextos. A partir das definições encontradas e da heterogeneidade, apontada por alguns autores, dentro da própria clínica médica, com relação à questão do diagnóstico, propõe-se uma discussão em torno do discurso médico e seus desdobramentos ao longo do tempo.

O capítulo seguinte refere-se especificamente à psicanálise. Nos dicionários e tratados psicanalíticos, de forma geral, não é usual encontrar o verbete ‘diagnóstico’, o que abre a discussão a respeito da utilização de uma nosografia médica no campo da psicanálise. Nessa parte, a pesquisa versa sobre o encaminhamento dado à concepção de sintoma, primeiramente em Freud e depois em Lacan. O sintoma, que aparece, no campo médico, no centro da operação de diagnóstico, passa por uma importante reformulação conceitual a partir do momento em que a psicanálise, articulando aí o inconsciente, faz valer sua dimensão de verdade.

A última parte do trabalho propõe um diálogo entre a medicina e a psicanálise, em torno da questão do diagnóstico, considerando a opinião de vários autores. Discute-se, ainda, a função do diagnóstico no campo da psicanálise, sem negar sua herança direta com relação à medicina, bem como a pertinência, para um psicanalista, de tomar o diagnóstico como um operador clínico.

A presente pesquisa aposta na possibilidade de estabelecer, entre esses dois campos de saber, em lugar de uma reivindicação histórica pela posse da Verdade, um diálogo justo que

permita, acima de tudo, acolher melhor o Humano em seu sofrimento. Afinal, não seria essa a exigência ética fundamental a reger a prática clínica?

2 Antecedentes epistemológicos: as ciências e as diferenças.

*A verdade, se ela existe,
Ver-se-á que só consiste
Na procura da verdade,
Porque a vida é só metade.*
Fernando Pessoa.²

Para iniciar esta pesquisa, partimos de uma constatação que é simples e de conhecimento geral: a medicina é diferente da psicanálise. Nossa premissa inicial é, portanto, baseada em uma diferença: quando um médico fala em diagnóstico, não fala desde um mesmo princípio que um psicanalista.

Chegamos, assim, a uma segunda constatação, menos evidente que a primeira: trata-se de uma diferença de fundamentos entre essas duas clínicas, a médica e a psicanalítica. Sem nos aprofundarmos nem na epistemologia da medicina tampouco na da psicanálise, propomos, para fins de delinear o campo dessa diferença, uma breve reflexão acerca da história das ciências.

Segundo Japiassu e Marcondes (1996), a epistemologia pode ser definida como uma disciplina que investiga “não mais a ciência verdadeira de que deveríamos estabelecer as condições de possibilidade ou os títulos de legitimidade, mas as ciências em via de se fazerem, em seu processo de gênese, de formação e de estruturação progressiva” (p.85). Ou seja, ao invés do absoluto da Ciência, ou da Verdade, a epistemologia, enquanto teoria do conhecimento, propõe tratar de ciências e, conseqüentemente, das diferenças de modelos em torno dos quais o conhecimento científico se organiza sucessivamente na história.

Temos, assim, diversos campos científicos, cada um embasado em um todo sistemático, definindo uma teoria científica que funciona como um modelo de conhecimento, ou paradigma. Quando um cientista percebe que um paradigma não consegue explicar um fenômeno novo, ainda não estudado, é preciso produzir um novo paradigma. “ A ciência,

² *Poesias coligidas / Inéditas 1919-1935*. Extraído de “Obra Poética”.

portanto”, aponta Chauí (1995), “não caminha numa via linear contínua e progressiva, mas por saltos ou revoluções” (p.258). Propomos, então, por hora, situar as divergências que separam o campo da medicina do da psicanálise como algo da ordem de uma ruptura epistemológica:

[...] Uma descontinuidade e uma diferença temporal entre as teorias científicas como consequência não de uma forma mais evoluída, mais progressiva ou melhor de fazer ciência, e sim como resultado de diferentes maneiras de conhecer e construir os objetos científicos, de elaborar os métodos e inventar tecnologias. (CHAUÍ, 1995, p.257)

Vale lembrar, ainda, que existe uma antecedência histórica significativa na constituição da medicina, além de esclarecer que, se há um terreno onde nasceu a psicanálise, trata-se da própria clínica médica.

Sem nos determos nas discussões quanto à pertinência de inserir a psicanálise no campo científico, é preciso lembrar que foi nesse campo que ela nasceu, e que para Freud era fundamental que ela assim pudesse ser reconhecida, o que em contrário impossibilitaria sua aceitação como um campo respeitável de pesquisa. De forma que se justifica que aqui entremos, ainda que em linhas muito gerais, naquilo que é próprio à constituição de um campo que se pretenda científico.

Em Japiassu e Marcondes (1996), temos que a ciência, mais modernamente, é “um conjunto de aquisições intelectuais que tem por finalidade a explicação racional e objetiva da realidade” (p.43). Presente, portanto, no bojo desta concepção, a razão é considerada historicamente como a atitude que faz oposição ao conhecimento ilusório, à paixão, à crença religiosa e ao êxtase místico.

Tais formas de explicar o mundo e as coisas já não convenciam aqueles que buscavam alcançar a verdade através do pensamento racional. A Filosofia nasce, assim, em fins do século VII e início do VI antes de Cristo, nas colônias gregas da Ásia Menor, como sendo o conhecimento racional do mundo ou da Natureza. Os gregos, com tal exercício do

pensamento, transformaram a sabedoria prática utilizada correntemente na vida em ciência. Em sua origem, a ciência se acha intrinsecamente ligada à produção filosófica (CHAUÍ, 1995).

Trata-se, portanto, no berço do que hoje temos como ciência, de observar e experimentar, estabelecer induções racionais e constituir um corpo de saber organizado que permita definir o objeto, conhecer suas propriedades e suas leis de funcionamento. Tal concepção de ciência, empirista e racionalista, estende-se desde a antigüidade grega até o século XVII, não sem guardar certas diferenças: a ciência antiga constitui-se mais voltada às qualidades dos corpos e distinções qualitativas, enquanto a moderna, quantitativa, busca leis gerais, universais (CHAUÍ, 1995).

Dado, por outro lado, que o desenvolvimento das ciências ao longo da história não acontece numa via linear, mas na forma de crises e revoluções, temos, segundo Kuhn ([1962] 1991), que uma crise ocorre quando um determinado modelo organizador em torno do qual se articula uma comunidade científica (paradigma) passa a não fornecer as soluções para os problemas de tal comunidade:

Enquanto os instrumentos resolvem um problema, a ciência move-se com maior rapidez e aprofunda-se ainda mais através da utilização confiante desses instrumentos. [...] O significado das crises consiste exatamente no fato de que indicam que é chegada a ocasião de renovar os instrumentos. (p.105)

A necessidade de renovar os instrumentos, entretanto, pode acontecer em um campo e não em outro. Certo é que há uma grande diversidade de comunidades científicas que são contemporâneas historicamente e que não compartilham o mesmo paradigma, nem sequer os mesmos problemas. Ciências, portanto, há várias, e coexistem.

Com relação à origem das ciências humanas, cujo objeto de estudo é o ser humano, vale lembrar que a tomada do Homem como objeto científico data do século XIX, momento em que a idéia de cientificidade já estava solidamente definida a partir do modelo das ciências da natureza, ou seja, da concepção empirista e determinista da ciência. Para

estabelecer a confiabilidade desta nova ciência, era necessário trabalhar nos mesmos moldes de cientificidade, ou seja, passaram-se a buscar as “leis causais necessárias e universais para os fenômenos humanos” (CHAUÍ, 1995, p.271).

Porém, não era possível realizar tal transposição, o que trouxe, para as ciências humanas, resultados contestáveis e pouco científicos. Chauí (1995) aponta a impossibilidade de encontrar leis causais necessárias e universais para fatos essencialmente subjetivos, como o psiquismo humano, assim como para fatos particulares, como a sociedade humana, e também para fatos únicos, impossíveis de serem reproduzidos, como um acontecimento histórico. De tal impossibilidade nascem novos paradigmas, mais apropriados ao estudo e à solução dos problemas relacionados ao humano.

As ciências biológicas constituem, ao lado das ciências físicas (que estudam as coisas), o campo das ciências da natureza, e têm, como problema epistemológico, a questão de saber se os métodos e conceitos utilizados nas ciências físicas servem igualmente para o estudo dos seres vivos. Desde seu surgimento, a biologia enfrenta dificuldades para estabelecer a distinção entre os fenômenos vitais e os físicos e químicos. Quanto a seu objeto de estudo, trata-se não do indivíduo, mas do gênero e da espécie (CHAUÍ, 1995). Tomando o fato de que os primeiros biólogos eram médicos, isso não se faz sem conseqüências para a medicina.

No campo das ciências biológicas, existem alguns impasses. Trata-se de investigar se é possível confiar nas condições da experimentação em laboratório para reproduzir a complexa e diferenciada relação dos seres vivos com o meio-ambiente. É preciso também considerar que, na impossibilidade ética de fazer certos experimentos com seres humanos, a biologia parte da experimentação com animais, e procura compensação no estudo dos organismos humanos doentes. Entretanto, isso gera a questão da generalização quanto ao

funcionamento de um ser doente para um outro sadio, assim como, quando do estudo dos cadáveres, de um organismo morto para um vivo (CHAUÍ, 1995).

Voltando ao campo das ciências humanas, embora se trate de um campo recente, já é antiga a idéia de que os seres humanos são diferentes das coisas naturais. A partir do século XV, com as idéias renascentistas, o humanismo considera o homem como “um ser natural diferente dos demais [...], racional e livre, agente ético, político, técnico e artístico” (CHAUÍ, 1995, p.272).

Entretanto, no século XIX, com o positivismo de Auguste Comte, propõe-se o estudo científico do social, estudando os fatos humanos segundo os princípios das ciências naturais, ou seja, utilizando o método experimental. Segundo Chauí (1995), o positivismo é uma das influências mais poderosas nas ciências humanas ao longo de todo o século XX.

Influência também significativa no campo científico moderno, Descartes, com a proposição “penso, logo existo”, inaugura uma revolução no mundo das idéias, fazendo anteceder o pensamento à existência do mundo. O modo de pensamento cartesiano, estabelecido no século XVII, é fundamental para a consolidação, na ciência moderna, da oposição entre o sujeito como aquilo que conhece e o objeto como aquilo que é conhecido (JAPIASSU; MARCONDES, 1996).

Com o historicismo, no fim do século XIX e início do XX, insiste-se na profunda diferença entre o Homem e a Natureza e, conseqüentemente, entre as ciências naturais e as humanas. O método experimental deve ser substituído pela explicação e compreensão do sentido dos fatos. Entre os anos 20 e 50 do século XX, consolidou-se a especificidade das ciências humanas, a partir da fenomenologia, do estruturalismo e do marxismo, provocando uma ruptura epistemológica no campo das humanidades:

[...] a fenomenologia permitiu a definição e a delimitação dos objetos das ciências humanas; o estruturalismo permitiu uma metodologia que chega às leis dos fatos humanos, sem que seja necessário imitar ou copiar os procedimentos das ciências naturais; o marxismo permitiu compreender que os fatos humanos são historicamente determinados e que a historicidade, longe de impedir que sejam

conhecidos, garante a interpretação racional deles e o conhecimento de suas leis.
(CHAUÍ, 1995, p.275)

Também, em fins do século XIX, encontramos as primeiras formulações psicanalíticas do jovem Freud, completamente indissociáveis do contexto científico da época. Freud, eminente médico neurologista, deparou-se com situações que esbarravam na impossibilidade de respostas dentro do estabelecido campo da medicina: o paradigma segundo o qual uma paralisia em um membro deveria ter como causa uma lesão ou dano neurológico não solucionava o problema diante do qual ele estava – a histeria. Era preciso, portanto, propor algo novo, mas sem que isso representasse uma ruptura absoluta dentro do campo da ciência, terreno onde o reconhecimento de seus trabalhos era fundamental.

Quanto à medicina, há vestígios de sua existência como um saber organizado já no período pré-histórico, como sinais de trepanações cranianas, consideradas cirurgias bastante elaboradas. A história da medicina acompanha *pari passu* a história das ciências: conta-nos a luta de sistema contra sistema ao longo do tempo, e o estabelecimento de paradigmas diversos, como a medicina mágica, a medicina religiosa, a medicina hipocrática, a medicina empírica e ainda outras (LOPES, 1970).

Não há, portanto, como ignorar o fato de que ao longo desses milhares de anos a medicina passou por uma série de transformações, acompanhando e influenciando as mudanças no contexto científico. De acordo com Foucault ([1963] 1994), a construção do saber médico é fundamental para a constituição das ciências do homem. Ele aponta “o lugar determinante da medicina na arquitetura de conjunto das ciências humanas; mais do que qualquer outra, ela está próxima da disposição antropológica que as fundamenta” (p.228).

Não se trata, na presente pesquisa, de aprofundar o problema das diferenças epistemológicas entre medicina e psicanálise. Porém, uma rápida reflexão a partir do breve traçado aqui realizado já evidencia que a medicina que temos atualmente, influenciada pelos

avanços tecnológicos e marcada pelo paradigma positivista, não é a única medicina possível, tampouco a única que existiu como prática ao longo da história.

Quanto à psicanálise, trata-se de um campo de constituição muito recente, indiscutivelmente a partir da ciência moderna. Não há como desprezar a distância cronológica entre ambas, nem as conseqüências de tal distância para o que se configura atualmente em cada um desses campos distintos de saber.

Todavia, existe, soberano em relação a toda e qualquer diferença epistemológica, o sofrimento humano. É disso que a clínica trata, tomando-se clínica como o ato de acolher um sujeito em seu sofrimento, seja ele qual for. E é dentro da clínica mesmo que encontramos, a céu aberto, desde os primórdios da psicanálise, um insistente desentendimento entre os médicos e os psicanalistas.

Não é possível, contudo, aos médicos, ignorar aquilo que Freud trouxe de novidade e subversão à ciência. Em qualquer manual ou tratado médico que se consulte, verifica-se a alusão direta às descobertas freudianas, bem como sua inserção no próprio contexto da clínica médica, usualmente em forma de advertência para que não sejam ignorados os aspectos emocionais ou até mesmo os aspectos ocultos por trás dos sintomas físicos.

Por outro lado, também não é possível aos psicanalistas ignorar a existência do campo médico e de toda a influência do discurso médico na cultura humana. Ensurdecer a isso também é uma forma de ignorar o contexto cultural em que estão inseridos os sujeitos que lhes chegam, o que não é em absoluto adequado aos que se pretendem psicanalistas.

Do ponto de vista do diagnóstico, temática desta pesquisa, o que encontramos hoje no terreno clínico traz, de um lado, os médicos, que apontam nos psicanalistas a ausência de objetividade e cientificidade na elaboração de um diagnóstico. Do outro, os psicanalistas apontando, nos diagnósticos médicos, a exclusão do sujeito.

Porém, também não é possível nos determos nos discursos totalitários e absolutos, que apenas resultam em confrontos intransponíveis. Se a Clínica pretende tratar o Humano em seu sofrimento, é necessário investigar melhor tais discursos em princípio tão diferentes quanto a seus fundamentos, para tentar resgatar, na história da própria clínica, alguma possibilidade de acordo.

É dizer corrente entre os psicanalistas que a medicina opera segundo o paradigma positivista, com seus manuais de diagnóstico e classificação de doenças, e que o olhar sobre a doença se superpõe ao olhar em direção ao humano. Contudo, consultando a história da medicina desde Hipócrates, há aproximadamente 2500 anos, encontraremos na Antigüidade Grega uma clínica preocupada em avaliar as relações do indivíduo com seu corpo e com todo o seu ambiente, incluindo seu psiquismo, visando sempre a particularidade do doente, sem preocupações excessivas com classificações e catalogação de sintomas (LOPES, 1970).

Digna de nota é também a inegável existência, entre os psicanalistas, daqueles que se recusam a cogitar a administração de medicamentos a seus pacientes, assumindo uma postura que pode ser considerada semelhante à dos médicos que recusam a palavra a seus pacientes, pois em tal atitude, tanto médicos quanto psicanalistas operam curiosamente segundo o mesmo paradigma, cartesiano, reiterando a cisão entre corpo e mente, ou alma, ou psiquismo (BALTAZAR, 2005a).

Discursos e divergências, portanto, há muitos. Há que investigá-los. Dado, porém, que se trata de campo muito vasto e polêmico, optamos por iniciar nossa investigação com uma pergunta que é, em princípio, simples e objetiva: **o que é diagnóstico?**

Essa questão será dirigida aos dicionários e tratados de medicina e psicanálise. Acreditamos que, a partir dela, poderemos percorrer os vocabulários dessas áreas e neles encontrar elementos para proceder à discussão que aqui nos importa, acerca da possibilidade de estabelecer um diálogo entre esses campos, a partir do entendimento de suas diferenças.

3 O campo da medicina

*A vida é curta, a Arte é longa, a ocasião fugidia,
a experiência enganadora, o julgamento difícil.
É preciso fazermos não somente o que é
conveniente,
mas fazermos também com que o doente, os
assistentes
e as coisas exteriores concorram para isto.*
Hipócrates³

3.1 O diagnóstico nos dicionários

Inicialmente, antes de chegar ao vocabulário próprio à medicina, acreditamos ser fundamental encontrar a origem do termo “diagnóstico”, sua etimologia. Em relação isso, temos, no Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa (CUNHA, 1982, p.261):

Diagnose sf. ‘(Med) conhecimento ou determinação de uma doença’ ‘(Hist. Nat.) descrição de um animal ou de uma planta’ 1813. Termo da linguagem científica internacional, tomado ao gr. *diágnosis* ‘discernimento, exame’, de *diagignōskein* ‘discernir’|| diagnosticar 1881. Do fr. diagnostic, deriv. do gr. *diagnostikós* ‘capaz de ser discernível’.

A primeira indicação que aparece é a que se refere ao uso mais corrente do termo, ou seja, o uso no campo da medicina. Entretanto, não é somente disso que se trata, e encontra-se também a referência à história natural. Quanto à origem da palavra, grega, temos discernimento, ou seja, a faculdade de julgar as coisas clara e sensatamente, critério, tino, juízo, apreciação, análise, penetração, sagacidade, perspicácia, percepção clara através de qualquer dos sentidos⁴.

³ Extraído de “Aforismos”.

⁴ Significações extraídas do Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa (FERREIRA, 1986), verbetes ‘discernimento’ e ‘discernir’.

É notável, dentre essas significações, que em diversas delas encontramos alusão à razão, mas não em todas: sagacidade, perspicácia e percepção clara através de “qualquer dos sentidos” apontam para outras formas de apreender o que deve ser conhecido.

Passando ao campo dos dicionários médicos, mais específicos, portanto, no Stedman Dicionário Médico (STEDMAN, 1979, p.375), temos:

Diagnosis (G. *diagnosis*, uma decisão, GNO-). Diagnose; diagnóstico; a determinação da natureza de uma doença.

Clinical d., d. clínico; d. feito a partir do estudo dos sinais e sintomas de uma doença.

Differential d., d. Diferencial; d. feito pela exclusão daquelas afecções a que pertencem alguns sintomas, deixando apenas uma para a qual todos os sintomas apontam; geralmente insatisfatório.

Laboratory d., d. Laboratorial; d. feito através de um estudo químico, microscópico, bacteriológico ou da biópsia de secreções, corrimento, sangue ou tecido.

Pathologic d., d. Patológico; (1) d. (às vezes um d. *post mortem*) feito a partir de um estudo das lesões apresentadas; (2) d. das condições patológicas apresentadas, determinado por um estudo e comparação dos sintomas.

Physical d. d. Físico; d. feito por meio de medidas físicas, tais como ausculta, percussão, palpação e inspeção.

Topographic d., d. topográfico; a determinação do local de uma doença.

Estrutura muito semelhante é encontrada no *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (TAYLOR et al., 1974, p.435):

Diagnosis [*dia* + Gr. *gnosis* conhecimento] 1. a arte de distinguir uma doença de outra. 2. a determinação da natureza de um caso de doença.

d. biológica diagnose através de testes aplicados em animais, como o teste de Aschheim-Zondek.

d. clínica diagnose baseada em sinais, sintomas e achados laboratoriais ao longo da vida.

d. citohistológica diagnose citológica.

d. citológica a diagnose de doença, tanto maligna quanto benigna, através do estudo de células esfoliadas; também denominada d. *citohistológica*.

d. diferencial a determinação de qual doença, entre duas ou mais doenças ou condições, um paciente sofre, através de comparação e contraste sistemáticos entre os achados clínicos.

d. direta diagnose patológica através da observação de lesões estruturais ou sintomas patognomônicos.

d. ex juven'tibus diagnose baseada nos resultados do tratamento

d. por exclusão reconhecimento de uma doença através da exclusão de todas as outras doenças conhecidas.

d. laboratorial diagnose baseada em todos os achados a partir de vários exames e medidas laboratoriais.

d. de nível (Fr. Niveau) localização do nível exato de uma lesão; como, por exemplo, de um tumor intervertebral.

d. patológico diagnose através da observação das lesões estruturais presentes.

d. física determinação de uma doença através de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

d. provocativa a indução de uma condição com o objetivo diagnóstico, como a indução de uma crise em um caso duvidoso de epilepsia.

d. roentgen diagnose feita através dos raios *roentgen*.

d. por sorologia diagnose através da análise do soro sanguíneo; imunodiagnose.⁵
(tradução livre⁶)

Diferentemente do dicionário etimológico, nos dois últimos verbetes aparece uma maior especialização, por se tratar já de definição dentro do campo médico. Também é preciso considerar que são definições do século XX, posteriores a pesquisas modernas e avanços tecnológicos, e que estão portanto aqui contemplados. Os dois últimos verbetes apontam uma diversidade dentro do campo diagnóstico, a partir da variedade dos métodos e procedimentos.

Na literatura médica em geral, entretanto, é possível encontrar definições mais concisas, como no *Dictionnaire de Médecine* (POUJOL, 1852, p.405):

DIAGNÓSTICO, s. m., *diagnosticus*. – Discernimento, conhecimento que se adquire acerca da doença, por meio de um grupo de sintomas característicos que as outras doenças não apresentam, permitindo distinguir uma das outras.⁷

Seguindo a mesma concisão, temos, no *Dictionarium Medicum Universale* (BARROW, 1749, p.205), em *A new and universal dictionary of arts and sciences* (BARROW, 1751, p.361) e em *The complete dictionary of arts and sciences* (CROKER,

⁵ Texto original: “**diagnosis** 1. the art of distinguishing one disease from another. 2. the determination of the nature of a case of disease./ **biological d.**, diagnosis by tests performed on animals, as by the Aschheim-Zondeck test. /**clinical d.**, diagnosis based on signs, symptoms, and laboratory findings during life./ **cytologic d.**, cytologic diagnosis./ **cytologic d.**, the diagnosis of disease, both benign and malignant, by study of exfoliated cells; called also cytohidologic d./ **differential d.**, the determination of which one of two or more diseases or conditions a patient is suffering from, by systematically comparing and contrasting their clinical findings./ **direct d.**, pathological diagnosis by observing structural lesions or pathognomonic symptoms./ **d. ex juven'tibus**, diagnosis based on the results of treatment./ **d. by exclusion**, recognition of a disease by excluding all other known diseases./ **laboratory d.**, diagnosis based on the findings of various laboratory examinations or measurements./ **niveau d.** [Fr. “level diagnosis”], localization of the exact level of a lesion; as, for instance, of an intervertebral tumor./ **pathological d.**, diagnosis by observing the structural lesions present./ **physical d.**, determinations of disease by inspection, palpation, percussion, and auscultation./ **provocative d.**, the induction of a condition for the purpose of diagnosis, as the induction of a fit in a doubtful case of epilepsy./ **roentgen d.**, diagnosis by means of roentgen rays./ **serum d.**, diagnosis by means of the analysis of serum; immunodiagnosis.”

⁶ Todos os trechos que se encontram traduzidos para o português, neste capítulo, tiveram tradução livre.

⁷ Texto original: “**DIAGNOSTIC**, s. m., *diagnosticus*. – Dissernement, connaissance que l'on acquiert de la maladie, à l'aide d'un groupe de symptômes caractéristiques que les autres maladies ne présentent pas, et qui permet de les distinguer les unes des autres.”

1764-1766, p.617), que o diagnóstico é “o julgamento de uma doença, feito a partir da condição e dos sintomas presentes no paciente”⁸

Em *The new royal encyclopedia* (HALL, 1788, p.23), contemplando já o prognóstico, temos:

DIAGNÓSTICO em medicina, o termo é aplicado àqueles sinais ou sintomas que indicam ou desvelam o estado presente de uma doença, sua natureza e causa. A palavra é composta a partir do Grego *διὰ*, *através*, ou *por*, e *γινώσκω*, *Eu conheço*. Os médicos dispõem dos sinais *diagnósticos* e dos sinais *prognósticos*; os primeiros se referem ao estado presente da doença e do paciente; os segundos, ao futuro.⁹

Encontramos, ainda, em *A medicinal dictionary* (JAMES, 1743-45, p.498), uma definição que comporta referência direta a Galeno: o diagnóstico é “um Conhecimento de Coisas, assim como elas são no ‘Estado’ presente”. Nesse verbete, explica-se que “esse Conhecimento é adquirido através da Observação de Sinais ou Caracteres, os quais são, portanto, denominados *Sinais Diagnósticos*.”¹⁰

A definição encontrada em *A new medical dictionary* (MOTHERBY, 1775, p.48), embora concisa, aponta distinção entre os sinais adjuntos e os patognomônicos:

DIAGNOSE de discernir, distinguir. O diagnóstico, ou os sinais de uma doença. Eles são de dois tipos: os adjuntos e os patognomônicos; os primeiros são comuns a várias doenças, servindo apenas para apontar a diferença entre doenças da mesma espécie; os últimos são os que estão sempre presentes em uma determinada doença, e distinguem-na de todas as outras.¹¹

Todas as definições recolhidas até aqui, não obstante as suas diferenças, trazem em primeiro plano a identificação dos sinais e sintomas de uma doença como sendo o centro da concepção de diagnóstico. Tomando em consideração também a distância cronológica entre

⁸ Texto original: “*that judgement of a disease that is taken from the present symptoms and condition of the patient.*”

⁹ Texto original: “*DIAGNOSTIC, in medicine, a term applied to those signs or symptoms, which indicate, or discover, the present state of a disease, its nature and cause. The word is compounded of the Greek διὰ, per, through, or by; and γινώσκω, I know. The physicians have diagnostic as well as prognostic signs; the first, with regard to the present state of disease, and the patient; and the secons, to the future.*”

¹⁰ Texto original: “*a Knowledge of Things, as they are in the present ‘State’.* This Knowledge is acquired by the Observation of certain Signs or Characters, which are therefore called *Signa Diagnostica*, the diagnostic Signs.”

¹¹ Texto original: “*DIAGNOSIS to discern or distinguish. The diagnostics, or the signs of a disease. They are of two kinds, the adjunct and pathognomonic; the first are common to several diseases, and serve only to point out the difference between diseases of the same species; the latter are those which always attend the disease, and distinguishing it from all others.*”

elas, é possível perceber que não há mudança expressiva na significação do termo ao longo desse período, mas é notável que nas definições mais recentes encontramos uma alusão a certa multiplicidade de técnicas, o que não se encontrava há 200 ou 300 anos.

Por outro lado, fazendo contraponto à concisão das definições anteriores, encontramos, no *Dictionnaire de médecine usuelle* (BEAUDE, 1849, p.510-512) e no *Dictionnaire de sciences médicales* (ADELON et al., 1812-22, p. 162-170), algumas páginas dedicadas ao verbete em cada um deles. Nesses, não se trata de uma definição objetiva, mas de situar o leitor de maneira bastante ampla quanto ao diagnóstico.

No *Dictionnaire de médecine usuelle* (BEAUDE, 1849), o verbete começa de forma objetiva: “distinguir, conhecer, avaliar uma doença”¹² (p.510). Mas vai além, tomando o diagnóstico como “o fundamento indispensável em que se baseia toda a prática médica; faça-o desaparecer e a experiência de séculos desaba com ele”¹³.

Segundo tal texto, “os sintomas são para a doença o que a sombra é para o corpo”¹⁴ (p.510)¹⁵. E, se qualquer um pode constatar a presença dos sintomas, é apenas o médico que conhece sua significação e seu valor. Um bom médico deve sempre manter na memória o quadro dos sintomas e as relações entre eles, e estar atento aos que formam algo como uma família, caracterizando uma determinada doença. Entretanto, assinala também que o conhecimento do estado fisiológico ou da ordem regular das funções pode completar, até certo ponto, o quadro dos sintomas, pois tal método tem algo de mais científico e racional.

Apresentando uma discussão entre o método de diagnóstico através da análise de sintomas e o método fisiológico, sugere que deve haver uma combinação entre eles. Não seria possível abrir mão do quadro de sintomas e se deter apenas em procurar a sede das lesões, pois “qual sede atribuir às doenças que irrompem simultaneamente em todos os órgãos, em

¹² Texto original: “*distinguer, connaître, juger une maladie.*”

¹³ Texto original: “*Le diagnostic est le fondement obligé sur lequel repose toute la pratique médicale: faites-le disparaître, et l’expérience des siècles croule avec lui.*”

¹⁴ Texto original: “*d’abord les symptômes ils sont à la maladie ce que l’ombre est au corps.*”

¹⁵ Encontramos, em diversas obras aqui citadas, a atribuição da autoria dessa frase a Galeno.

todas as funções, como a peste, a febre amarela, o cólera, o tifo e todas as febres graves etc?”¹⁶ (p.510).

Em tal verbete, aparece em evidência certa disparidade de métodos entre os antigos (anteriores às pesquisas anátomo-fisiológicas) e os modernos, apontando que os médicos antigos, “por conhecerem menos do que nós a anatomia, a fisiologia e sobretudo as alterações cadavéricas, procediam com muito mais cuidado, compensando as pesquisas pela origem das doenças”¹⁷ (p.511). Insiste-se em que estes pontos de vista devem ser combinados: “se é importante determinar as lesões, não é menos essencial descobrir as causas que as determinam”¹⁸.

Ainda nesse verbete, conta-se a história do médico que, ao invés de somente observar o organismo de um jovem príncipe, descobriu, por rara sorte, que o estado alarmante do enfermo se devia a uma paixão violenta por uma moça. “O exame e o interrogatório do doente são as condutas essenciais para proceder ao diagnóstico das doenças”¹⁹ (p.511). E, um pouco adiante, “Freqüentemente o simples relato do doente que é posto a falar é suficiente para estabelecer o diagnóstico”²⁰. Ainda que seja, segundo o texto, extraordinário que o médico já o tenha formulado a partir de seu exame, suas observações e seus conhecimentos, antes mesmo de dirigir a palavra ao doente.

Na conclusão do verbete, temos:

Quanto à doença determinada, é precioso descobrir-lhe a causa, que deve ser procurada passo a passo com relação ao sexo, à idade, ao temperamento, à profissão,

¹⁶ Texto original: “*quel siège assigner aux désordres qui éclatent simultanément dans tous les organes, dans toutes les fonctions, comme dans le peste, la fièvre jaune, le choléra, le typhus et toutes les fièvres graves, etc?*”

¹⁷ Texto original: “*Les anciens, qui connaissaient moins bien que nous l’anatomie, la physiologie et surtout les altérations cadavériques, apportaient beaucoup plus de soin en revanche à la recherche de l’origine des maladies.*”

¹⁸ Texto original: “*s’il importe de déterminer les lésions, il n’est pas moins essentiel de découvrir les causes qui les déterminent.*”

¹⁹ Texto original: “*L’examen et l’interrogatoire des malades sont des objets bien essentiels pour parvenir au diagnostic des maladies.*”

²⁰ Texto original: “*Très-souvent le seul rapport du malade qu’on a laissé parler est suffisant pour établir le diagnostic.*”

ao gênero de vida, ao clima, às estações do ano, e a uma série de incidentes aos quais cada um está mais ou menos exposto.²¹ (p.511-512)

Outra extensa definição do termo é encontrada no *Dictionnaire de sciences médicales* (ADELON et al., 1812-22), que se inicia também de forma objetiva:

DIAGNÓSTICO, s. m. διαγνωσις, *cognitio, discretio*: conhecimento, discernimento do estado são ou mórbido presente, por meio dos sinais que fornecem ao observador o exame do estado exterior habitual do corpo e de suas diferentes funções..²² (p.162)

Nesse verbete, encontramos um reparo ao uso limitado, por grande parte dos semiologistas, do termo diagnóstico apenas à doença, dado que os sinais da saúde existem tanto quanto os da doença, e devem ser tão bem conhecidos quanto os desta. Entretanto, aponta que o verbete se deterá no diagnóstico patológico.

Assinala, ainda, que o diagnóstico é o conhecimento do estado presente, diferentemente do prognóstico, que comporta uma previsão ou um julgamento a respeito da evolução favorável ou fatal de uma doença. Também nesse verbete, enfatiza-se a importância do diagnóstico para o clínico: ele é essencial e determina sobremaneira o tratamento das doenças.

A respeito da dificuldade de reconhecimento de uma doença grave, recortamos um trecho do verbete:

Qualquer que seja a sagacidade do médico clínico, certamente pode haver o caso onde ela pode falhar. Uma doença rara, extraordinária, ou muito complicada, se apresenta; trata-se de reconhecer as causas, a sede (lesão), a essência, e de distinguir os fenômenos puramente acidentais; em certos casos, todas as pesquisas são em vão. Se o mal parece grave, é sem dúvida fácil prever, seja a sua longa duração, seja a sua terminação fatal; mas, neste último caso, a ordem está invertida, pois o prognóstico precede o diagnóstico, e deve vir antes; e então o diagnóstico só pode ser estabelecido após as pesquisas feitas no cadáver; conhecimento bem tardio sem dúvida, mas que pode todavia servir em circunstâncias análogas.²³ (p.164)

²¹ Texto original: “*Mais la maladie déterminée, il est précieux d’em découvrir la cause, qu’il faut chercher tour à tour dans le sexe, l’âge, le tempérament, la profession, le genre de vie, les climats, les saisons, et une foule d’incidents auxquels chacun est plus ou moins exposé.*”

²² Texto original: “*DIAGNOSTIC, s. m., διαγνωσις, cognitio, discretio: connaissance, discernement de l’état sain ou morbide présent, par le moyen des signes que fournit à l’observateur l’examen de l’habitude extérieure du corps et de ses différents fonctions.*”

²³ Texto original: “*Quelque que soit la sagacité du médecin clinique, il est certainement des cas où elle peut se trouver en défaut. Une maladie rare, extraordinaire, ou très-compiquée, se présente; il s’agit d’em reconnaître les causes, le siège, l’essence, et de la distinguer d’avec des phénomènes purement accidentels; quelquefois toute les recherches sont vaines. Si le mal paraît grave, il est sans doute facile d’e prédire soit la longue durée,*

Vale apontar aqui o caráter de pesquisa que aparece descrito em tal texto, como parte integrante da prática médica. Também vale notar a presença da morte como possibilidade, na antecipação do prognóstico fatal. Além da morte, a possibilidade de erro é contemplada, e cogitada até mesmo a um médico sagaz.

A diferença entre os sintomas e os sinais é um ponto discutido nesse verbete, fazendo referência à semiologia. Não se deve confundi-los, diz o texto. “A simples aplicação do senso (percepção) é suficiente para apreender os primeiros, ao passo que o conhecimento dos segundos é o produto do pensamento e do raciocínio dirigidos aos sintomas”²⁴ (p.165).

Encontramos, ainda, a diferenciação entre os sintomas essenciais (ou patognomônicos), os comuns e os acidentais. Os primeiros são os propriamente característicos de uma doença. Os comuns se encontram em diversas doenças, sem pertencer a nenhuma em especial, e podem muitas vezes ser equívocos, incertos e insuficientes. Os acidentais são os fenômenos estranhos à doença, que podem acompanhá-la ou não, e que muitas vezes são confundidos com os sintomas comuns. Também chamados de epifenômenos, servem principalmente ao prognóstico.

Para proceder a um diagnóstico correto, diferenciando uma doença de outras, o médico deve ter um método para observar, comparar e analisar devidamente os sintomas que se apresentam. Trata-se de uma ordem regular, que consiste, segundo o texto, em examinar sucessivamente: a face, a atitude do doente em seu leito, a pele, as funções vitais (motilidade, sensibilidade, quantidade de calor no corpo, sono, circulação, respiração), as funções sensoriais (sentidos externos, sentidos internos, voz, movimentos dos membros), as funções

soit la terminaison funeste: mais, dans ce cas, l'ordre est interverti, puisque le pronostic précède le diagnostic, qui devrait marcher avant, et alors ce dernier ne peut être établi qu'après les recherches faites sur le cadavre; connaissance bien tardive sans doute, mais que peut néanmoins servir dans des circonstances analogues.”

²⁴ Texto original: “*La seule application des sens suffit pour saisir les premiers, tandis que la connaissance des seconds est le produit de la pensée et du raisonnement dirigés sur les symptômes.*”

de nutrição (digestão, secreções e excreções, nutrição, absorção), as funções genitais.

Finalmente,

o homem da arte terminará seu exame pela consideração das circunstâncias individuais ou locais, que compreendem idade, sexo, constituição primitiva, estatura, volume, conformação do corpo, regime, costumes, paixões, tipo de educação, ocupações habituais; ele deve ainda ter especial atenção à habitação, ao clima, à estação do ano, à constituição atmosférica.²⁵ (p.168-9)

Não é difícil observar o contraste desses dois últimos verbetes com os dois primeiros aqui apresentados (Stedman e Dorland's), que evidenciavam especialização e objetivação no campo do diagnóstico. O contraste está de acordo com certo movimento dentro da história da medicina, claramente apontado em um manual médico de avaliação clínica: “Hoje em dia o diagnóstico em Clínica Médica desloca-se cada vez mais do consultório ou da cabeceira do leito para o laboratório” (KUHN, 1977, p.XIII). Objetiva-se e especializa-se, portanto, com os avanços das pesquisas e o desenvolvimento de tecnologias apropriadas.

Em *A medicinal dictionary* (JAMES, 1743-45), encontramos, no prefácio, extensa referência a Hipócrates e seu método minucioso de estabelecer diagnóstico e prognóstico de uma enfermidade, levando em consideração o exame de uma enorme gama de aspectos:

As diferenças entre as doenças dependem dos seguintes elementos: os alimentos, o ar, o calor, o sangue, a fleuma (catarro), a bile, todos os humores; assim como a carne, a gordura, as veias, as artérias, os nervos, os músculos, as membranas, os ossos, o cérebro, a medula espinhal, a boca, a língua, a garganta, o esôfago, o estômago, o intestino, o diafragma, o ventre, o fígado, o baço, o rim, a bexiga, a medula óssea e a pele.²⁶ (p.XV)²⁷

Esses aspectos se acham igualmente contemplados no verbete do *Dictionnaire de sciences médicales* (ADELON et al., 1812-22), anteriormente citado, evidenciando, na

²⁵ Texto original: “l’homme de l’art terminera son examen par la considération des circonstances individuelles ou locales, qui comprennent l’âge, le sexe, la constitution primitive, la stature, le volume, la conformations du corps, le régime, les moeurs, les passions, le genre d’éducation, les occupations habituelles; il devra faire aussi une attention épéciale à l’habitation, au climat, à la saison, à la constitution atmosphérique.”

²⁶ Texto original: “The differences of diseases depend upon the following things: aliments, the air, heat, the blood, the phlegm, the bile, and all the humors; as also on the flesh, the fat, the veins, the arteries, the nerves, the muscles, the membranes, the bones, the brain, the spinal marrow, the mouth, the tongue, the throat, the oesophagus, the stomach, the intestines, the diaphragm, the belly, the liver, the spleen, the kidneys, the bladder, the matrix, the skin.”

²⁷ Citação de Hipócrates, extraída do livro Os Alimentos.

história da medicina, a influência da forma de examinar conservada desde Hipócrates. Segundo Lopes (1970), Hipócrates é considerado o fundador disto que podemos chamar o método clínico, que consiste em empregar a inteligência e os sentidos como instrumentos de diagnóstico. Ele teria criado, sobretudo, um método científico que abarcou a Semiologia, o Prognóstico e a Terapêutica.

Nos tempos atuais, contamos com os avanços tecnológicos que permitem exames cada vez mais específicos e precisos. A própria revolução causada no campo médico, a partir das descobertas propiciadas pela anátomo-patologia, tem grande influência na forma de se proceder a uma investigação clínica nos tempos modernos. Fruto disso é a evidente cisão, apontada por Porto (1994), entre aquilo que ele chama o método clínico e a tecnologia médica, entre a arte médica e a ciência médica.

Em sua *Semiologia Médica*, Porto (1994) critica a postura deslumbrada de alguns médicos com as novidades tecnológicas atuais, sem se negar a enxergar a necessidade de uma revisão dos métodos, para que se consiga, nessa transição própria à modernidade, retomar a visão de conjunto da medicina. Ele aponta, na fragmentação do campo médico em diversas especialidades, a perda da figura do médico-geral, figura complexa e maior do que a soma dos especialistas.

Segundo MacBryde e Blacklow (1975), estamos atualmente no limiar de uma nova era, de retomada do interesse pela medicina da família e da comunidade. Apontam eles que a ênfase sobre a especialização e o desenvolvimento de habilidades técnicas, que tiveram de certa forma como decorrência o desaparecimento do “Médico do lar”, contribuíram muito para o avanço da medicina, mas não sem ter como preço uma perda em termos de compreensão e de cuidados com o indivíduo doente.

MacBryde e Blacklow (1975) retomam, em sua forma de conceber o diagnóstico, a especificidade de cada paciente, “porque em cada caso haverá peculiaridades especiais na

constituição do indivíduo que personalizam sua moléstia e diferenciam-na de outra idêntica nos demais pacientes” (p.7). Na seqüência do texto, encontramos alusões claras à forma hipocrática de examinar um paciente, já mencionada em outros dicionários e tratados aqui citados:

Não apenas a sua constituição congênita mas também todos os elementos de seu ambiente darão o colorido especial a sua sintomatologia: educação, experiência, treinamento etc.

O clínico há de compreender que a enfermidade relaciona-se com o *paciente como um todo* e com a *história detalhada de sua vida* [...]: objetivos, ambições, realizações, prazeres, atividades lúdicas. [...] Geralmente é de grande valia para o médico visitar a *casa do paciente* e conhecer sua família; nessas condições, ele estará habilitado a relacioná-lo com o lar, o cônjuge, os filhos, a profissão, os problemas econômicos e sociais etc. (p.7)

Voltando à Semiologia de Porto (1994), permeada por seu cuidado em retomar o lugar do método clínico dentro da clínica médica, recortamos sua definição de diagnóstico:

Pela observação cuidadosa dos enfermos muitas doenças tornaram-se conhecidas por seus sintomas e sinais, e por sua evolução, antes mesmo que se conhecessem suas causas.

Surgiu, dessa maneira, a possibilidade do *diagnóstico* (do grego *diagnosis*, ato de discernir), ou seja, de reconhecer uma dada enfermidade por suas manifestações clínicas, bem como de prever sua evolução, ou seja, estabelecer o *prognóstico*. (p.11)

Esse autor aponta, também, que a importância do diagnóstico é hoje maior do que antigamente “quando ainda era empírico e sintomático o tratamento das doenças” (p.12). De acordo com ele, dada a maior especificidade das possibilidades de terapêutica, o diagnóstico caminha cada vez mais para o diagnóstico de certeza, também fomentado pelo grande número de métodos auxiliares e exames diversos.

Partindo de sua definição de diagnóstico, que aponta para o reconhecimento de uma enfermidade através de suas manifestações clínicas, temos em seguida:

SINTOMA. É uma sensação subjetiva anormal sentida pelo paciente e não visualizada pelo examinador. Exemplos: dor, má digestão, tontura, náusea dormência.

SINAL. É um dado objetivo que pode ser notado pelo examinador através da inspeção, palpação, ausculta ou evidenciado através de meios subsidiários. Exemplos: tosse, vômito, edema, cianose, presença de sangue na urina. (p.11)

Encontramos, ainda, a ressalva de que “no linguajar médico os termos sinal e sintoma são usados praticamente como sinônimos” (p.11). Essa maneira de conceber as manifestações clínicas de uma doença é diferente do que encontramos em alguns dos dicionários e tratados consultados, que trazem diferenças bastante precisas entre os sinais e os sintomas, já anteriormente abordadas.

Em trilha semelhante à de Porto, temos, em MacBryde e Blacklow (1975):

Emprega-se o termo *sintoma* de forma ampla e generalizada para se caracterizar qualquer manifestação mórbida. A rigor, os sintomas são subjetivos, percebidos apenas pela pessoa doente. Os *sinais*, ao contrário, são observados por outras e, em alguns casos, pelo próprio paciente. [...] Neste capítulo, a palavra sintoma será empregada com freqüência, para denotar qualquer forma de distúrbio fisiológico percebido pelo médico ou pelo doente. (p.2)

De fato, ao longo do capítulo mencionado na citação, trata-se quase o tempo todo de “sintoma ou sinal”, como também “sintoma e sinal”, sem nenhuma diferenciação evidente entre eles.

Tratamento diferente é dado a questão no *Séméiotique ou Traité des signes des maladies* (LANDRÉ-BEAUVAIS, 1818), onde se coloca com precisão a diferença entre fenômenos, sintomas e sinais. Por fenômeno, entende-se toda modificação do corpo, são ou doente, capaz de ser perceptível. O sintoma é uma alteração de alguma função ou parte do corpo, produzida por causa mórbida e capaz de ser perceptível. O sinal, em sua essência, é uma conclusão a que o raciocínio chega, a partir dos sintomas observados. Desta forma, a partir daquilo que é observável (sintomas), inferem-se os sinais, tomados como os efeitos aparentes por meio dos quais se chega ao conhecimento dos efeitos ocultos.

Ainda sobre a distinção entre sinais e sintomas, encontramos, no *Séméiotique*, assim como no *Dictionnaire de sciences médicales* (ADELON et al., 1812-22), que todo sintoma é sinal, mas nem todo sinal é sintoma, pois os sintomas são observados apenas em caso de enfermidades, ao passo que existem os sinais próprios à saúde, onde não há sintoma algum.

Ambos os textos apontam para uma espécie de esquecimento, por parte dos semiologistas, com relação àqueles que seriam os sinais da saúde.

O que teria sido feito da cuidadosa diferenciação entre sinais e sintomas, método que incluía de maneira decisiva o raciocínio do clínico junto ao enfermo, e que se perde no universo dos manuais de classificação e catalogação das doenças? Nos tratados mais antigos, permanece a alusão ao oculto a que se tem acesso somente pelo raciocínio que codifica sintomas em sinais. Entretanto, mais modernamente, sob o império do olhar que deve enxergar tudo, é preciso desvelar o oculto à luz da visão.

Foucault ([1963] 1994) aponta, ao longo do século XIX, a constituição de um olhar que vê além do que se dá a ver, um olhar que pode calcular. “O sintoma se torna, portanto, signo sob um olhar sensível à diferença, à simultaneidade ou à sucessão, e à frequência” (p.106). O sintoma oferece ao olhar o visível da doença, ao passo que o invisível só se alcança pelo raciocínio do médico, pelo exercício de análise, pelas conjecturas, pelo estabelecimento de uma linguagem. “Signos e sintomas são e dizem a mesma coisa: com a única diferença que o signo *diz* a mesma coisa que *é* precisamente o sintoma” (p. 105). O estabelecimento de uma tal linguagem permitiria constituir uma história da doença que possa recobrir seu ser total, chegando, assim, à origem das coisas: “o signo é o próprio sintoma, mas em sua verdade de origem” (p. 107).

Acerca dessa questão, cabe ainda indagar, a partir dos textos aqui selecionados, se com o passar do tempo teria havido, no seio da clínica médica, uma mudança de perspectiva, do ponto de vista epistemológico: teria a saúde, em seu lugar de objeto de estudos e pesquisas, perdido terreno para a doença?

De acordo com Foucault ([1963] 1994), na Medicina do século XIX opera-se uma espécie de normatização da saúde: o homem saudável é uma experiência do homem não doente e também uma definição do homem modelo. Se até o fim do século XVIII a Medicina

se referia mais à saúde do que à normalidade, sem se preocupar com um funcionamento regular do organismo para aí procurar os desvios, no século XIX a Medicina se regula mais pela normalidade do que pela saúde, instaurando para si mesma uma significação de positividade: saúde, virtude, felicidade.

A esse respeito, encontramos também em Prizskulnik (2000) a ressalva de que, no campo da medicina classificatória, anterior às descobertas proporcionadas pelo estudo dos cadáveres (anatomia patológica), a definição de uma entidade mórbida leva em conta um conjunto de qualidades, distanciando-a, assim, do modelo quantitativo exigido pela ciência moderna. Lembra, com isso, que a medicina exercida como a conhecemos hoje, ou seja, nos parâmetros de ciência clínica, surge apenas no século XIX.

Foucault ([1961] 2004) é bastante categórico com relação à influência do positivismo nas mudanças ocorridas quanto à posição do médico frente ao doente, ao longo da história: “À medida que o positivismo se impõe à medicina e à psiquiatria”, sublinha ele, a prática da medicina “torna-se mais obscura, o poder do psiquiatra mais milagroso e o par médico-doente mergulha ainda mais num mundo estranho” (p.500). O doente “se alienará no médico cada vez mais, aceitando em bloco e antecipadamente todo o seu prestígio” (p.501). Segundo o autor, para analisar as estruturas da objetividade no conhecimento e na prática psiquiátrica do século XIX,

seria necessário mostrar que essa objetividade é desde a origem uma coisificação de ordem mágica, que só conseguiu realizar-se com a cumplicidade do próprio doente e a partir de uma prática moral transparente e clara no início, mas aos poucos esquecida na medida em que o positivismo impunha seus mitos de objetividade científica [...]. (p.501)

Encontramos, ainda, nos tratados do século XX, a evidente preocupação em estabelecer um diálogo dentro da própria medicina, entre o método clínico e a observação objetivante que atualmente pode ser alcançada pelo desenvolvimento da tecnologia. Isto

indica que já não se pode falar em uma medicina única: sua evolução não é linear, como vimos, e tampouco há apenas um único paradigma vigorando.

Retornando aos tempos de Hipócrates, vale lembrar que o que se buscava eram a harmonia e a homogeneidade do sistema, valores válidos tanto para o homem doente quanto para o são. A idiosincrasia grega traz uma mescla harmoniosa de exercício e descanso, vigília e sono, assim como uma ordem em todas as coisas importantes da vida, pois somente assim um homem alcançaria o bem-estar. Tanto que, no livro sobre a dieta, de uma forma geral, Hipócrates estabelece todas as medidas consideradas hoje como Higiene básica (GOERKE, 1986).

De maneira rápida, sem entrarmos nos meandros da história, podemos dizer que as descobertas da anatomia-patológica (a elas se devem as muitas críticas acerca da hegemonia do olhar na clínica médica), o modelo cartesiano de pensamento, a influência do positivismo, com sua retomada dos métodos empíricos das ciências da natureza, e o desenvolvimento acelerado da tecnologia contribuíram para a crescente preocupação, na modernidade, com a catalogação de sintomas em manuais de diagnóstico, muitas vezes fazendo perder de vista o raciocínio clínico, próprio à *technè*.²⁸

3.2 Algumas considerações sobre o discurso médico no tempo

À medida em que avançamos nas pesquisas sobre o significado e o lugar do diagnóstico na história da medicina, deparamo-nos com a inegável força do discurso médico e

²⁸ Termo com o qual Hipócrates se referia à prática médica. Designando a destreza profissional, pode significar ao mesmo tempo arte, ciência e técnica (GOERKE, 1986).

encontramos opiniões bastante divergentes entre alguns autores que se detiveram sobre o assunto. Examinemo-los com mais minúcia.

Na obra “A ordem médica”, Clavreul (1983) apresenta a medicina como sendo um discurso que instaura uma ordem. O discurso médico é, segundo esse autor, um discurso normativo. É ele que possibilita a identificação mórbida, e não o contrário, ou seja, não é a conscientização do doente que permite a constituição do saber médico, mas é justamente a existência – prévia – desse saber que permite a tomada de consciência.

A Ordem Médica tem estatuto de lei, cujos executantes são os médicos, funcionários a serviço dessa lei. Em sua crítica acirrada, Clavreul (1983) afirma que a medicina constitui uma ordem das coisas onde o homem doente não interessa. “O homem, tal como é definido pelo humanismo e pela medicina, é da ordem do *Sollen*²⁹” (p.74). Ou seja, trata-se do “homem em boa saúde, aquele ao qual o homem poderá aceder se seguir as prescrições da razão e da ordem médica”.

Embora reconheça que Hipócrates, na Grécia Antiga, teve o mérito de romper com o obscurantismo ligado às religiões e superstições, permitindo grandes avanços nas pesquisas médicas, Clavreul (1983) situa nesse tempo a instauração de tal ordem, pois, a partir da trilogia estabelecida por Hipócrates, a saber, o médico, a doença e o homem, a medicina pode isolar seu objeto, a doença, estudando-a como semelhante em todos os homens. E se o homem era definido pela subtração da doença ao doente, havia que delimitar precisamente o campo da doença e precisar seus sintomas. “O discurso médico não é um discurso sobre o homem, mas sobre a doença” (p.75).

Ele prossegue, apontando que, atualmente, seria bastante sedutor, ao médico que lê Hipócrates, não a descoberta de uma tal 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*

²⁹ dever ser (*sollen*)

como fatos elementos que, sem ele, permaneceriam puramente contingentes, inessenciais. (p.79)

Segundo Clavreul (1983), o discurso diagnóstico se estabelece numa certa exterioridade a todo o contexto da doença. Para a perfeita instauração de um tal discurso, é preciso privilegiar certos fatos e afastar aqueles que se apresentam em desacordo com o saber estabelecido,

Pois o que o médico observa é o que se pode 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. (p.82)

Retomando, contudo, os tratados e dicionários médicos até aqui consultados, verificamos que todas as alusões feitas a Hipócrates e à medicina hipocrática de forma geral apontam justamente o contrário do que Clavreul sustenta. O método clínico estabelecido por Hipócrates considera o contexto do doente de forma bastante extensa, procurando avaliar todas as suas relações com o ambiente.

Foucault ([1963] 1994) aponta, em Hipócrates, a última testemunha de uma medicina equilibrada entre o saber e o ver, pois “Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma” (p.60). Tratava-se, antes de todo sistema, de uma relação do sofrimento com aquilo que o alivia, relação esta que se dava sem a mediação do saber. Todos praticavam esta medicina, e compartilhavam suas experiências com os outros, passando-as de pai para filho. A partir da inauguração da escrita e da restrição desse saber, que antes circulava livremente, a um grupo privilegiado e, ainda, da dissociação da relação imediata entre Olhar e Palavra, inicia-se sua decadência:

[...] a medicina grega do século V nada mais seria do que a codificação desta clínica universal e imediata; [...] mas à medida que ela a organiza em um corpo sistemático, a fim de ‘facilitar’ e ‘abreviar seu estudo’, nova dimensão é introduzida na experiência médica; a de um saber que se pode dizer literalmente cego, porque não tem olhar. (FOUCAULT, [1963] 1994, p.61)

Baltazar (2005b), por outro lado, acredita que a clínica hipocrática poderia ser, hoje, considerada uma clínica sistêmica: os gregos, preocupados sobretudo com a conservação da vida, tinham uma clínica voltada à particularidade dos doentes e articulada às contingências, também particulares. Sustenta, ainda, que a medicina, para Hipócrates, constitui-se como um saber operativo sobre a natureza do homem e do mundo em que vive, sobre as doenças e a saúde, e não um corpo de prescrições para atuação do médico.

Com relação à importância do estabelecimento de um prognóstico como parte indissociável do procedimento diagnóstico, Clavreul (1983) também é crítico. Segundo ele, tal procedimento serve para reforçar a superioridade, o prestígio e o poder do médico, o que ele conclui a partir de um recorte das palavras de Hipócrates:

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. (HIPÓCRATES apud CLAVREUL, 1983, p.95-6)³⁰

Diferentemente, Goerke (1986), baseado nos escritos hipocráticos, afirma que, com o prognóstico, não se tratava de demonstrar ao enfermo e a seus familiares a capacidade do médico ou a superioridade de seus conhecimentos. Segundo ele, para um médico hipocrático, trata-se de estabelecer-se sobretudo como um “servidor da arte”.

Clavreul (1983), porém, considera o discurso médico acima de tudo como um discurso de poder, e o diagnóstico como um ato de mestria, o que termina por aproximar diagnóstico e prognóstico em um discurso semelhante ao profético, que “anuncia o futuro e, pelo fato mesmo de constituí-lo, contribui para criá-lo” (p.96). “O único sujeito do discurso médico é aquele que o enuncia, isto é, o médico”, diz-nos o autor (p.119). Segundo ele, o homem só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui.

³⁰ HIPÓCRATES, *De l'art*, t.II, p.190.

Embora não haja uma voz pronunciando-se acerca dos procedimentos médicos ao longo do tempo, não é difícil reconhecer na crítica de Clavreul situações que inegavelmente configuram o atual contexto da clínica médica. Podemos muitas vezes identificar o discurso totalitário, que subjuga a defesa do organismo e suas reações espontâneas, articulando conseqüentemente um diagnóstico totalitário, desde fora, que exclui as razões do doente, rotulando-o e, muitas vezes, amarrando-o a significações imutáveis e sem saída.

Seguindo a opinião de Clavreul, concordamos que, através do diagnóstico, o médico nomeia a doença, inserindo-a no código próprio referente à ordem médica, mostrando ao doente que aquilo de que ele sofre está situado e reconhecido pelo discurso médico. É previsível que tal procedimento seja apaziguador para o doente, ao retirar da cena a angústia que poderia se articular a partir de seu saber sobre si próprio, substituindo-o pelo novo sentido oferecido/imposto pelo discurso médico e excluindo-lhe a possibilidade de ser sujeito de seus sintomas, responsabilizar-se e implicar-se neles. Mas é importante salientar que o conceito de Sujeito, este que articula a angústia e o saber inconsciente, não estava presente antes do século XIX. Não seria, portanto, correto, fazer a crítica da prática médica hipocrática tomando-o por referência.

Concordamos, ainda, que “Reencontrando de uma forma permanente e quase idêntica os mesmos sintomas, a mesma evolução de um doente a outro, pode-se constituir entidades que tomam valor científico por sua permanência”, e que “nesse trabalho de classificação que é a nosologia, tende-se a constituir a doença como um ser [...]. O semblante que é a doença corre o risco [...] de constituir a máscara a que será identificado o doente” (CLAVREUL, 1983, p.85-6). Entretanto, encontramos na literatura (BALTAZAR, 1993, 2005; LOPES, 1970) a indicação de que o próprio Hipócrates fazia crítica semelhante à que Clavreul faz à medicina de forma geral, com relação à Escola de Cnidos.

De acordo com Lopes (1970), enquanto as obras dos cnídios começavam indicando a categoria das doenças obedecendo a uma classificação já existente, os médicos de Cós traziam o fiel relato das observações pessoais, buscando permanentemente os conhecimentos que restariam ocultos atrás dos sintomas. Também Hipócrates propunha a variabilidade dos métodos de cura de acordo com as reações dos doentes e criticava as normas rígidas dos métodos cnídicos, a orientação terapêutica generalizada e o uso abusivo de medicamentos.

Comentando as “sentenças Cnídicas”, Hipócrates critica os médicos de Cnidos por usarem receitas demasiado estereotipadas de antemão, serem apressados em classificar e denominar as enfermidades e crerem que denominações distintas requerem tratamentos distintos (BALTAZAR, 1993).

De acordo com Baltazar (2005a), a medicina hipocrática e a não hipocrática contemplam não só uma diferença teórica, mas são éticas distintas que fundam clínicas distintas. A medicina hipocrática implanta uma clínica atenta às relações e às particularidades dos indivíduos, ao passo que a não hipocrática, que encontra ressonância na medicina dita moderna e na psiquiatria baseada no DSM-III, atém-se em demasia às descrições e à superficialidade das aparências, que são prejudiciais a um diagnóstico correto. Segundo essa autora, esses dois discursos distintos sempre estiveram, e continuam, presentes ao longo de toda a história da medicina.

Como podemos verificar, são críticas que se aplicam, com relação aos médicos de todos os tempos, aos que se posicionam de forma totalitária na clínica. Também podemos entender que a preocupação com a classificação e a catalogação excessiva dos sintomas existe desde a Antigüidade Grega, sendo, portanto, muito anterior à concepção moderna de ciência e, portanto, à influência do positivismo.

A propósito do movimento classificatório e da profusão de categorias que estão presentes atualmente nos manuais diagnósticos, Turato (2003) se posiciona contrário à idéia de que isso seria em função da objetividade necessária à prática que se pretenda científica:

a CID-10 não se constitui numa classificação científica, à medida que não cumpre o preceito básico do que é científico: propor, discutir, enunciar leis que expliquem relações causais subjacentes à regularidade observável da concomitância de fatos e fenômenos, no caso os sinais, sintomas e todas as manifestações de cada entidade nosológica. (p.100)

A pesquisa clínica, na opinião de Turato (2003), teria sido substituída pela checagem diagnóstica baseada nas listas intermináveis de doenças e sintomas, caracterizando uma possível deturpação dos ideais científicos. O autor indica, ainda, que no final do século XX houve uma exacerbação significativa das abordagens descritivas detalhistas.

Entretanto, segundo Clavreul (1983), o enfrentamento das eventuais dificuldades científicas no campo da epistemologia da medicina não é tratado como sendo da alçada do médico, mas daqueles que são os filósofos da medicina, os psiquiatras, os psicanalistas, e também os doentes, especialmente aqueles que padecem do que poderíamos chamar de “doença mental”.

Clavreul (1983) insiste na questão da exclusão do sujeito pelo discurso médico como um impasse central, especialmente no tocante aos “doentes mentais”, pois estes não seriam somente o lugar, mas os próprios sujeitos de sua doença. E sua preocupação vai se dirigir mais especificamente à psicanálise, já que, para ele, ela corre o sério risco de encontrar o mesmo impasse, uma vez que toda a sua nosologia se calca no modelo médico.

Quanto à nosologia da psicanálise, o que encontramos presente nas obras de Freud é inequivocamente aquilo de que ele dispunha na época, ou seja, o vocabulário médico e os parâmetros científicos do fim do século XIX. Entretanto, é digno de nota que, quando escreve a “Interpretação dos sonhos” e a “Psicopatologia da vida cotidiana”, entre 1899 e 1901, já estava atento ao fato de que os sonhos, os lapsos e outras formações do inconsciente

evidenciam que suas descobertas com relação às neuroses também se aplicavam à vida psíquica das pessoas ditas normais.

Para se pensar, portanto, em um diagnóstico com relação às neuroses, no tempo de Freud, devemos ser no mínimo cautelosos quanto àquilo que ele escreveu. Concordamos com Clavreul (1983): o modelo é médico e a nosologia médica é parte desse sistema. Mas Freud foi bastante corajoso, em seu tempo, ao aproximar a vida psíquica dos normais e dos neuróticos, pois em medicina vigorava a separação bastante radical entre o normal e o patológico, fundamentando o diagnóstico a partir da discriminação dos grupos de sintomas identificados.

No tocante à separação radical entre o normal e o patológico, não poderíamos deixar de consultar o rigoroso estudo de Canguilhem ([1966] 2002), “O normal e o patológico”, onde o autor busca a precisão e o alcance máximos de alguns conceitos tidos como de conhecimento óbvio, porém muitas vezes equivocado ou impreciso. Sua pesquisa nos remete ao Vocabulário técnico e crítico da filosofia (1996), de Lalande.

Seguindo os passos de Canguilhem, encontramos, no verbete “normal”, uma discussão que envolve os conceitos de ‘norma’ e ‘normativo’. É normal aquilo que não pende nem para a direita nem para a esquerda (originando-se de ‘norma’), aquilo que é como deve ser e aquilo que se encontra na maioria dos casos de uma espécie, ou seja, o que constitui a média. De acordo com Lalande (1996), trata-se de um termo que se presta a equívocos: “ora designa um fato que se pode constatar cientificamente, ora um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um juízo de apreciação que faz por sua conta” (p.737).

Em sua crítica, Lalande aponta que a passagem de um sentido a outro é freqüente nas discussões filosóficas, e enfatizada pela tradição realista, onde a generalidade observável é sinal de uma essência ou Idéia de uma espécie, e “como a perfeição de um ser consiste na realização de sua Idéia, este aspecto comum é, ao mesmo tempo, considerado um ideal que é

bom atingir” (p.737). Pois é esse o ponto em que o normal se converte no imperativo do normativo.

Lalande aponta, ainda, a confusão que há na linguagem médica,

Em que a expressão “estado normal” designa, primeiro, o estado habitual dos órgãos ou do espírito; depois, como o restabelecimento deste estado habitual é o objeto ordinário da terapêutica, é considerado como um ideal, como o estado perfeito correspondente à essência do organismo humano. (p.737-738)

“É certo que, em medicina, o estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer”, diz-nos Canguilhem ([1966] 2002), e afirma que a terapêutica visa a ele porque é o estado considerado normal pelo interessado, ou seja, o doente. Para ele, o fato de um ser vivo reagir por uma doença significa que a vida não é indiferente às condições em que se desenrola: “a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor [...], a vida é, de fato, uma atividade normativa” (p.96).

A partir do conceito de normatividade³¹, Canguilhem ([1966] 2002) propõe falar em normatividade biológica. Com isso, explica que a própria atividade do organismo é uma norma. Se os dejetos da assimilação não forem excretados pelo organismo, obstruindo-o ou envenenando-o, nada há contrário às leis físicas ou químicas, mas isto estará em desacordo à atividade do organismo enquanto norma. “É a vida em si mesma”, prossegue, “e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor, e não um conceito de realidade estatística” (p.100).

Sobre o normal e o patológico, diz-nos ainda:

[...] se o normal e o patológico não têm a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. [...] Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. (CANGUILHEM, [1966] 2002, p.145)

³¹ Normativo: “que constitui ou que enuncia uma norma” (LALANDE, 1996, p.739)

O rigoroso estudo de Canguilhem (2002 [1966]) aponta-nos relações certamente menos óbvias entre as concepções de normal e anormal, anomalias e patologias. Se nem toda anomalia é patológica, e se o anormal não é o patológico, como ele nos leva a concluir, há que pensar melhor os lugares da saúde e da doença em relação a esses conceitos.

Segundo esse autor, o patológico implica “*pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (p.106). O patológico é realmente o anormal quando se leva em conta que “a doença é prevista como um estado contra o qual é preciso lutar para continuar a viver, isto é, que ela é prevista como um estado anormal, em relação à persistência da vida que desempenha aqui o papel de norma” (p.107).

E, ainda,

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio – serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida. (CANGUILHEM, [1966] 2002, p.113/114)

No campo inaugurado por Freud no final do século XIX, a flexibilização das fronteiras entre o normal e o patológico, entre a saúde e a doença, terá consequências decisivas para a questão do diagnóstico:

[...] as neuroses não possuem conteúdo peculiar algum que pertença exclusivamente a elas, [...] os neuróticos sucumbem às mesmas dificuldades que são superadas com êxito pelas pessoas normais. [...] a psicologia profunda revelada pela psicanálise era de fato a psicologia da mente normal. (FREUD, [1924/1925] 1976, p.71)

4 O campo da psicanálise

'Nada mais do que isto? Palavras, palavras, palavras, como diz o príncipe Hamlet.' [...] 'Assim é uma espécie de mágica', comenta ela: 'o senhor fala e dissipa seus males.' Isso mesmo. Seria mágica se surtisse efeito um pouco mais rapidamente. [...] Mas os tratamentos analíticos demoram meses e mesmo anos: mágica tão lenta perde seu caráter miraculoso. E incidentalmente não desprezemos a palavra. Afinal de contas, ela é um instrumento poderoso...

Sigmund Freud³²

... o grande segredo da psicanálise é que não há psicogênese.
Jacques Lacan³³

4.1 O diagnóstico nos dicionários

Para proceder com a psicanálise da mesma forma como procedemos quanto à medicina, partimos para o exame dos vocabulários, dicionários e tratados, buscando o significado do termo “diagnóstico”.

Consultamos as obras de Evans (1977), Fedida (1985), Roudinesco e Plon (1998), Rycroft (1975), Zimerman (2001), Chemama (1995), Kaufmann (1996) e Laplanche e Pontalis (1992) e constatamos que apenas no “Dicionário crítico de psicanálise”, de Charles Rycroft, existe o verbete “diagnóstico”.

Entretanto, se ali buscávamos algo que pudesse definir com certa especificidade o campo da psicanálise quanto ao diagnóstico, o que encontramos não difere daquilo que se diz nos dicionários médicos:

DIAGNÓSTICO ou DIAGNOSE Arte de aplicar denominações a doenças, de deduzir a natureza de uma doença a partir dos SINAIS e SINTOMAS apresentados pelo paciente. O *diagnóstico diferencial* é a relação de denominações dignas de consideração séria em qualquer caso específico de efetivação de um diagnóstico. A *formulação diagnóstica* é o enunciado mais ou menos complexo da PSICOPATOLOGIA de um paciente psiquiátrico. O diagnóstico é o conceito médico que implica que as doenças constituem entidades mórbidas específicas, suposição

³² Extraído de “A questão da análise leiga. Conversações com uma pessoa imparcial” ([1926] 1976).

³³ Extraído de “O Seminário: As Psicoses” ([1955-56] 1997).

provavelmente não válida quando aplicada às PSICONEUROSES. V. DOENÇA MENTAL. (p.78-79)

Temos aí, então, de maneira explícita, no texto mesmo do verbete, embora se trate de um dicionário de psicanálise, a afirmação de que o diagnóstico é um conceito médico. Porém, uma vez que o autor nos remete a outro verbete, sigamos com ele. No verbete indicado, “doença mental”, Rycroft abrange as psicoses, as psiconeuroses e os distúrbios de comportamento.

Acerca das psicoses, declara que algumas delas “são doenças que se assemelham em espécie às físicas”, diz ele, dado que “possuem CAUSAS físicas demonstráveis que explicam os SINTOMAS, sem referência quer à personalidade do paciente, quer a quaisquer motivos que este possa ter para desejar estar doente” (p.81).

Quanto às neuroses, diz o autor que são semelhantes às doenças físicas porque possuem sintomas. Entretanto, estes são somente compreendidos se com referência à personalidade do paciente, ou seja, “são criações do próprio paciente e não simplesmente o efeito de causas que sobre ele operam” (p.81). Os distúrbios de comportamento, por outro lado, não apresentam sintomas no sentido de fenômenos dos quais o paciente se queixe, mas é a sociedade que faz objeção a determinado comportamento perturbado.

Encontramos, de maneira geral, nesse verbete, um formato semelhante ao encontrado nos dicionários médicos por nós consultados: descritivo, explicacionista. Porém, na conclusão desse texto, Rycroft elabora sucintamente uma crítica que já contém uma pontuação epistemológica:

A idéia de que as neuroses – e, *a fortiori*, os distúrbios de comportamento – são doenças constitui uma convenção social útil, pois permite que os fenômenos neuróticos sejam tratados terapêuticamente; baseia-se porém, numa confusão de pensamento, isto é, igualar motivos inconscientes com causas. (p.81)

Em função de todo o conhecido contexto médico em que surgem as primeiras formulações psicanalíticas, temos claro que, quando Rycroft fala em “causa”, é da causa

orgânica que se trata – causa física, como ele mesmo aponta no início do verbete, acerca de algumas psicoses.

Sabemos, ainda, que a dificuldade inicial de Freud dentro do campo da medicina foi estabelecer uma etiologia que pudesse abarcar aquilo que não possui uma causa física: a histeria. É então que surge, como explicação possível, aquilo que Rycroft nomeia, em oposição às causas físicas, de motivos inconscientes, aqueles de que Freud, em sua pesquisa, cada vez se aproximava mais.

4.2 A ruptura freudiana

Qual terá sido a originalidade da descoberta freudiana?

O encontro, em 1885, de Freud com Charcot, médico que havia se afastado do estudo das doenças nervosas que se baseavam em alterações orgânicas e vinha se dedicando com exclusividade ao estudo das neuroses, permitiu a Freud deter-se especialmente sobre aquilo que seria sua via de acesso à psicanálise: a histeria (FREUD, [1886] 1990).

Em 1888, escreve o verbete “histeria”, em contribuição à enciclopédia de Villaret. Em tal texto, encontramos uma análise fundamentalmente médica da doença (incluindo estudo detalhado da sintomatologia, hereditariedade e evolução da doença), influenciada pelos ensinamentos de Charcot. Entretanto, nele já está anunciada a ruptura que a psicanálise virá inaugurar com relação ao paradigma médico vigente na época, ou seja, de que as doenças possuem uma sede ou lesão.

Nesse verbete, Freud afirma que os distúrbios histéricos desconhecem a ciência da estrutura do sistema nervoso, e que, portanto, “temos de descartar a idéia de que na origem

da histeria esteja situada alguma possível doença orgânica ([1888] 1990, p.95). Ele aponta, ainda, que na histeria, como em todas as neuroses, os processos psíquicos têm significativa influência sobre os processos físicos do organismo, de forma que os pacientes histéricos “funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso – excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como irritante [...]” (p.96).

Ainda aí, Freud propõe o trauma como uma causa incidental freqüente da doença histérica, assim como atribui às condições funcionalmente relacionadas à vida sexual um importante papel na etiologia da histeria, como na de todas as neuroses.

Na medida em que ouvia as histéricas falarem, Freud passa a associar efetivamente o traumático ao sexual: “A vida sexual é especialmente apropriada para proporcionar o conteúdo [de tais traumas], devido ao contraste muito grande que representa para o restante da personalidade e por ser impossível reagir a suas idéias” ([1892/1940-41] 1990, p.217).

A respeito desse contraste e das idéias às quais é impossível reagir, encontramos o termo “contravontade”. Trata-se de uma idéia antitética aflitiva que irrompe com tal violência que impede os pacientes “de fazer alguma coisa precisamente quando e onde mais ardentemente desejam fazê-la; de fazerem justamente o oposto daquilo que lhes foi solicitado; e de serem obrigados a cobrir de maus-tratos e suspeitas tudo o que mais valorizam” (FREUD, [1892-3] 1990, p.189).

Acrescenta, ainda, sobre as intenções inibidas relacionadas às idéias antitéticas:

Parece destituído de significado querer saber o que acontece às intenções inibidas em relação à vida ideativa normal. Poderíamos ser tentados a responder que elas simplesmente não existem. O estudo da histeria mostra que, não obstante, elas *realmente* existem, ou seja, que é mantida a modificação física a elas correspondente e que elas são armazenadas e levam a vida insuspeitada numa espécie de reino das sombras, até emergirem como maus espíritos e assumirem o controle do corpo que, geralmente, está sob as ordens da predominante consciência do ego. (p.189)

Nessa espécie de reino das sombras, de onde emerge o inconciliável, Freud sabia encontrar o inconsciente. Nos “Estudos sobre a histeria” (1893-95), trabalho em conjunto

com Breuer, Freud permanece bastante dividido entre as explicações fisiológicas e as explicações psicológicas para os estados psicopatológicos, mas apontava com clareza o papel decisivo da sexualidade na etiologia das neuroses.

Em tal momento, ao lado da explicação química das neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia), encontramos a explicação psicológica em termos de defesa e recalque, que ele demorou a tomar como definitiva, ao longo de sua vida. Nas últimas páginas dos “Estudos sobre a histeria”, em nota de rodapé, indica-se a mudança realizada somente em 1925, nas edições alemãs, do termo ‘sistema nervoso’ por ‘vida mental’.³⁴

O avanço das pesquisas de Freud permitiu que ele, em certa medida, se distanciasse do vocabulário e da referência neurológica. Mas as marcas desse referencial permanecem visíveis em sua obra, o que não o torna, de nosso ponto de vista, menos subversivo. Já nas primeiras publicações psicanalíticas, podemos acompanhar a construção de seu conceito de sintoma, em paradigma bastante diferente do apresentado pela medicina até então.

Em 1894, no artigo “As neuropsicoses de defesa”, Freud aponta, como sendo o que traz a ruptura na boa saúde mental de seus pacientes, a ocorrência de uma incompatibilidade em sua vida representativa:

[...] seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento. (FREUD, [1894] 1994, p.55)

Um pouco mais tarde, nas “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” ([1896a] 1994), Freud fala em estruturas da ordem de uma *formação de compromisso* entre as representações recalçadas e as recalçadoras, o que ele também chama de sintomas de compromisso, e em artigo do mesmo ano, “A etiologia da histeria”, ele define de maneira mais sistematizada o mecanismo de formação de um sintoma histérico:

³⁴ “Com uma vida mental restituída à saúde, você estará mais bem armado contra essa infelicidade” (FREUD, [1893-95] 1995, p.316)

[...] deve haver um esforço defensivo contra uma representação aflitiva; [...] essa representação deve apresentar uma conexão lógica ou associativa com uma lembrança inconsciente através de alguns ou muitos elos intermediários, que também permanecem inconscientes no momento; [...] essa lembrança inconsciente deve ter um conteúdo sexual; e [...] esse conteúdo deve ser uma experiência ocorrida durante certo período infantil da vida. ([1896b] 1994, p.208-9)

Em “Fragmento da análise de um caso de histeria” ([1901/1905] 1989), Freud nos apresenta aquilo que estaria manifestado no sintoma da tosse de Dora:

Essa tosse, sem dúvida originariamente surgida de um diminuto catarro real, era ainda uma imitação do pai, cujos pulmões estavam afetados, e pôde expressar sua compaixão e inquietação por ele. Além disso, porém, também proclamava ao mundo, por assim dizer, algo que talvez ainda não tivesse se tornado consciente para ela: “Sou a filha de papai. Tal como ele, tenho um catarro. Ele me fez adoecer, assim como fez mamãe adoecer. Tenho dele as paixões pérfidias que são castigadas pela doença” (p.82)

Muitos anos depois, em uma de suas “Conferências introdutórias sobre a psicanálise” ([1916-17/1917a] 1976), Freud trata como evidente o fato de que os sintomas neuróticos são resultado de um conflito: “As duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma” (p.420).

Para Fingermann (2006), a ruptura epistemológica causada pela psicanálise está justamente em tratar a suposta dualidade da alma e do corpo de uma nova maneira: em termos de inconsciente e sexualidade. A abertura do campo freudiano se dá, para a autora, a partir do momento em que Freud, levando em conta o inconsciente, passa a considerar os sintomas neuróticos como realidades sexuais.

Ainda que se saiba que Freud nunca abandonou definitivamente a idéia de encontrar os substratos fisiológicos de suas descobertas psicológicas, acreditamos ser bastante evidente, acompanhando nossos últimos recortes, que as bases de seu conceito de sintoma apontam para uma epistemologia bastante diferente da que vigora em medicina.

Podemos dizer ainda, em acréscimo, que, nas “Conferências introdutórias sobre a psicanálise”, aparece já bem sedimentada a idéia – cujo teor permanece altamente polêmico

até os dias atuais – de que os eventos reais da vida de um sujeito têm importância relativa com relação àquilo de que realmente se trata no campo da psicanálise: “As fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que no *mundo das neuroses*, a realidade *psíquica* é a realidade *decisiva*” (FREUD, [1916-17/1917a] 1976, p.430).

Tomando por base os princípios cartesianos, onde o conhecimento sensível, ou seja, tudo o que podemos considerar como sensação, percepção, imaginação, memória e linguagem, consiste em fonte de erro e deve ser afastado (CHAUÍ, 1995), estaríamos, com a psicanálise, em terreno bastante diverso. Aquilo que para Descartes seria fonte de erro é, para Freud, a realidade decisiva. É justamente pela via do erro, do tropeço na linguagem, daquilo que emerge onde falha a razão e o controle, que Freud supõe a via de acesso ao saber inconsciente. Na via contrária, portanto, da hegemonia do pensamento racional.

Para Laplanche e Pontalis (1992), a grande descoberta freudiana, se se pudesse dizê-la em uma palavra, seria o inconsciente:

Os mecanismos evidenciados no sonho em *A interpretação dos sonhos* [...] são reencontrados em outras formações do inconsciente (atos falhos, lapsos etc.), equivalentes aos sintomas pela sua estrutura de compromisso e pela sua função de “realização de desejo”. (p.237)

Em um de seus últimos escritos, acerca dessa questão, Freud nos diz:

O conceito de inconsciente por muito tempo esteve batendo aos portões da psicologia, pedindo para entrar. A filosofia e a literatura quase sempre o manipularam distraidamente, mas a ciência não lhe pôde achar uso. A psicanálise apossou-se do conceito, levou-o a sério e forneceu-lhe um novo conteúdo. ([1938/1940] 1975, p.321)

O inconsciente, “descoberto” pela simbologia onírica, responde pelo submundo, pelo reino das sombras que existe em todos os seres humanos. No prefácio à primeira edição de “Interpretação dos sonhos” ([1900] 1987), Freud apresenta o tema como sendo da esfera de interesse da neuropatologia:

Pois a pesquisa psicológica mostra que o sonho é o primeiro membro de uma classe de fenômenos psíquicos anormais, da qual outros membros, como as fobias

históricas, as obsessões e os delírios, estão fadados, por motivos práticos, a constituir um tema de interesse para os médicos. (p.29)

E assim inicia efetivamente sua “Interpretação dos sonhos”:

Nas páginas que se seguem, apresentarei provas de que existe uma técnica psicológica que torna possível interpretar os sonhos, e que, quando esse procedimento é empregado, todo sonho se revela como uma estrutura psíquica que tem um sentido e pode ser inserida num ponto designável nas atividades mentais da vida de vigília. (p.39)

Postulando, ainda, que os sonhos contém a realização de um desejo relacionado a idéias que não podem ser admitidas em estado de vigília, Freud articula os conceitos de condensação e deslocamento, pertinentes ao trabalho do sonho, que transforma o conteúdo latente (ligado ao recalcado) em conteúdo manifesto (forma cifrada com que o recalcado pode ser admitido pela consciência). O desejo que não se pode realizar no estado de vigília, por trazer uma representação incompatível com a consciência, realiza-se disfarçado pelo trabalho do sonho, e a ele só se chega com o trabalho de decifragem através da associação livre.

É assim que, com a análise dos sonhos, Freud encontra a via régia de acesso ao inconsciente. Tomando o sonho em seu valor paradigmático, diz-nos ele: “Quem quer que tenha falhado em explicar a origem das imagens oníricas dificilmente poderá esperar compreender as fobias, obsessões ou delírios, ou fazer com que uma influência terapêutica se faça sentir sobre eles” ([1900] 1987, p.29).

A psicanálise é considerada oficialmente estabelecida a partir da “Interpretação dos sonhos”. Esse texto, além de postular que os sonhos têm um sentido e são a realização de um desejo inconsciente, aproxima definitivamente a vida psíquica dos sujeitos considerados normais e dos neuróticos. Tal revolução de paradigma, Freud a sustenta até o fim de sua vida:

Vimos que não é cientificamente viável traçar uma linha de demarcação entre o que é psiquicamente normal e anormal, de maneira que esta distinção, apesar de sua importância prática, possui apenas um valor convencional. ([1938/1940] 1975, p.224)

Por outro lado, retornando às suas primeiras publicações, temos, no “Projeto para uma psicologia científica”, escrito em 1895, uma tentativa de organizar as descobertas psicanalíticas de acordo com o paradigma médico em que foi embasada sua formação inicial:

A intenção é prover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição. ([1895/1950] 1990, p. 403)

No “Projeto”, documento fundamentalmente neurológico, Freud explica os processos psíquicos em termos de movimento neuronal e terminações nervosas, estabelecendo uma homogeneidade entre os fenômenos inconscientes e os fenômenos físico-químicos. Japiassu (1998) nos elucida a posição epistemológica de Freud, situando a psicanálise como uma ciência da natureza:

Esta tomada de posição está fundada num *monismo* radical [...] recusando o *dualismo* clássico que pregava a existência de duas substâncias distintas, consequência da distinção ontológica entre alma/corpo, entre espírito/matéria, entre história/natureza. Freud não aceita que essa distinção ontológica seja capaz de fundar uma distinção epistemológica. (p.35)

Posicionando-se, assim, contrariamente à separação entre as ciências da natureza e as do espírito, Freud entende as ciências da natureza como sinônimo de Ciência, simplesmente. E dado que a psicanálise, para ele, pretende ser ciência, ela se constitui portanto como uma ciência da natureza, considerando ainda todo o aprendizado científico de Freud que o leva naturalmente a se posicionar do lado do modelo físico-químico, no campo do conhecimento (JAPIASSU, 1998).

Entretanto, o próprio Freud afirma, em sua correspondência com Pfister, que a psicanálise deve se distanciar de toda pressuposição anatômica, química ou fisiológica, e ainda critica a psicologia dominada pela filosofia especulativa e pela fisiologia, afirmando que não se pode identificar o psiquismo à consciência, dado que esta seria apenas uma fração daquele (JAPIASSU, 1998).

Freud “descobriu” o inconsciente em meio às teorias médicas científicas vigentes no século XIX, ou seja, as teorias anátomo-fisiológicas das localizações cerebrais. Dentro de tal paradigma, Freud, ao mesmo tempo em que dele se serve, dele também se distancia, criando uma teoria baseada na hipótese de uma *tópica* psíquica.

Em sua primeira tópica, apresentada já na “Interpretação dos sonhos”, Freud estava ocupado em encontrar a lógica da concatenação dos processos psíquicos: “não temos nenhuma razão para nos esquivarmos do problema de como é possível chegar-se a um objetivo preexistente seguindo o curso fortuito de uma cadeia de pensamentos arbitrária e sem meta alguma” ([1900] 1987, p.484). Buscando solucionar tal problema, propõe a idéia de uma localização psíquica.

Para tanto, adverte:

Desprezarei por completo o fato de que o aparelho anímico em que estamos aqui interessados é-nos também conhecido sob a forma de uma preparação anatômica, e evitarei cuidadosamente a tentação de determinar essa localização psíquica como se fosse anatômica. ([1900] 1987, p.491)

Nessa tentativa audaciosa, Freud traz àquilo que seria em princípio um quadro neurologicamente fundamentado – que podemos acompanhar em seus desenhos ao longo do “Projeto para uma psicologia científica” – a concepção dinâmica, em que os diferentes sistemas ou instâncias se acham em permanente conflito entre si.

Trata-se, na primeira tópica, das relações dinâmicas entre o consciente, o pré-consciente e o inconsciente. E se é a propósito da investigação dos processos oníricos que Freud cria seu quadro esquemático, é também acerca do impulso para a formação dos sonhos que ele se pergunta. E propõe:

[...] tomaremos o sistema inconsciente como ponto de partida da formação do sonho. Como todas as outras estruturas de pensamento, esse instigador do sonho se esforçará por avançar para o Pcs. [pré-consciente] e, a partir daí, ganhar acesso à consciência. ([1900] 1987, p.496)

É dentro desse quadro esquemático que Freud organiza a seqüência aparentemente sem meta das associações de representações que se encaminham à solução do enigma em jogo nas formações oníricas: o enigma do desejo, afinal. Este enigma está presente em outras formações do inconsciente, o que o leva a declarar: “Nosso procedimento na interpretação dos sonhos é idêntico ao procedimento com que resolvemos os sintomas histéricos” ([1900] 1987, p.484).

À medida em que avança, Freud reformula constantemente sua teoria. Desta forma, em 1920, é necessário elaborar a segunda tópica, em que os sistemas anteriores dão lugar a três outras instâncias: id, ego e superego. Segundo Laplanche e Pontalis (1992), esse novo modelo já não figura nos moldes das ciências físicas, mas está bastante marcado pelo antropomorfismo.

Em “O ego e o id” ([1923] 1976), o id figura como a sede das pulsões e o superego, ou ideal do ego, surge como uma diferenciação dentro do ego. O superego, herdeiro do complexo de Édipo e representante do id, coloca-se em contraste com o ego, que é essencialmente o representante do mundo externo. Com o estabelecimento da segunda tópica, as relações entre as instâncias tornam-se bastante mais complexas, e aquelas que eram as três instâncias psíquicas na primeira tópica passam agora a participar de uma rede muito mais densa de relações.

Se a questão do sintoma foi para Freud a porta de entrada no campo das doenças nervosas, no final de sua obra Freud se detém mais na complexidade das relações humanas com a cultura e a história, declarando que:

[...] os fatos da história, as interações entre a natureza humana, o desenvolvimento cultural e os precipitados das experiências mais primitivas (cujo exemplo mais proeminente é a religião) não passam de um reflexo dos conflitos dinâmicos entre o ego, o id e o superego que a psicanálise estuda no indivíduo – são os mesmíssimos processos repetidos numa fase mais ampla. ([1924/1925] 1976, p.90)

Segundo Freud, tal circunstância está ligada a uma alteração que se deu nele próprio: “após fazer um *détour* de uma vida inteira pelas ciências naturais, pela medicina e pela psicoterapia, [meu interesse] voltou-se para os problemas culturais que há muito me haviam fascinado [...]” ([1924/1925] 1976, p.90).

No campo médico, de onde Freud partiu, o sintoma era um mal a ser eliminado. Com a descoberta do inconsciente e a reformulação do sintoma como uma realidade sexual, Freud vai procurar nas exigências da cultura e da civilização uma das fontes do conflito diante do qual o sujeito neurótico sucumbe e adocece, produzindo, assim, os sintomas.

Em “O mal-estar na civilização” ([1929/1930] 1974), Freud propõe, a partir da constatação da incompatibilidade entre o amor e a civilização, que esta requer, entre vários sacrifícios, o da satisfação sexual:

[...] fazemos a antítese entre civilização e sexualidade derivar da circunstância de o amor sexual constituir um relacionamento entre dois indivíduos, no qual um terceiro só pode ser supérfluo ou perturbador, ao passo que a civilização depende do relacionamento entre um considerável número de indivíduos. (p.129)

E com relação à formação dos sintomas, nesse mesmo texto, propõe:

Conforme aprendemos, os sintomas neuróticos são, em sua essência, satisfações substitutivas para desejos sexuais não realizados. No decorrer de nosso trabalho analítico, descobrimos, para nossa surpresa, que talvez toda neurose oculte uma quota de sentimento inconsciente de culpa, o qual, por sua vez, fortifica os sintomas, fazendo uso deles como punição. Agora parece plausível formular a seguinte proposição: quando uma tendência instintiva experimenta a repressão, seus elementos libidinais são transformados em sintomas e seus componentes agressivos em sentimento de culpa. (p.163)

É preciso, contudo, sublinhar que a teoria de Freud, no tocante às formações sintomáticas, não caminhou em uma única direção. De acordo com De Neuter (1997), o sintoma teve, para Freud, várias dimensões: a mensagem cifrada que dizia a verdade do paciente, o signo de um trauma originário e, ainda, o índice de uma satisfação disfarçada de pulsões reprimidas, ou seja, uma formação de compromisso. Segundo esse autor, a última dimensão prevaleceu sobre as outras entre os pós-freudianos de forma geral, cabendo a Lacan

a retomada da primeira dimensão, aquela largamente abordada quando Freud escreveu o “caso Dora”: a dimensão de mensagem cifrada.

4.3 A psicanálise com Lacan

4.3.1 Algumas palavras sobre o estruturalismo

Se temos já, com Freud, sublinhado a posição subversiva da psicanálise com relação ao paradigma científico vigente naquele início de século, será com Lacan que encontraremos uma grande reinvenção de paradigma, retomando os ensinamentos freudianos desde um ponto de vista muito particular. Para situar tal ponto de vista, é necessário tomar em conta o contexto em que Lacan começa sua releitura da obra de Freud, e nesse contexto tem lugar determinante o surgimento do estruturalismo.

O movimento estruturalista, especialmente na França, inaugura um momento fecundo de investigações no campo das ciências humanas, buscando aí sua devida legitimação. O estruturalismo se apresenta como um discurso possível entre a literatura e as ciências exatas, conferindo às ciências sociais e às humanidades a validade de um método científico, e a possibilidade de emancipação com relação à filosofia (DOSSE, 2007).

No paradigma estrutural, a lingüística desempenha, segundo Dosse (2007), a função de ciência-piloto, e as grandes ciências do momento – a antropologia e a psicanálise – privilegiando o inconsciente, o sentido latente, oculto, reprimido, e o inacessível do pensamento ocidental, garantem lugar, assim, a todo saber proscrito, excluído do campo

autorizado das instituições canônicas. O inconsciente, de acordo com o autor, está no centro do paradigma estruturalista.

Embora não seja unanimidade, para muitos estudiosos Saussure é considerado o pai da lingüística moderna, tendo, na fundação do paradigma estruturalista, papel decisivo. Em seu “Curso de lingüística geral”, Saussure ([1916] 1973) fundamenta a arbitrariedade do signo, postulando que a língua é um sistema de valores constituído não por conteúdos, mas por diferenças puras: “Um sistema lingüístico é uma série de diferenças de sons combinadas com uma série de diferenças de idéias” (p.139).

De acordo com Dosse (2007), “Saussure fez a escolha do signo contra o sentido” (p.88), sendo que o signo saussuriano envolve apenas a relação do significado (conceito) e do significante (imagem acústica), excluindo a relação ao referente. A lingüística de Saussure é um estudo do código, separada de sua significação (enquanto significação para alguém – o referente). Saussure poucas vezes fala em estrutura, utilizando-se apenas do termo *sistema*.

Lévi-Strauss, a partir do encontro com Jakobson, transpõe para a antropologia o modelo lingüístico, desligando-a de sua filiação naturalista e biologista de ciência da natureza. A lingüística fornece, assim, um novo modelo de cientificidade, rompendo o paradigma do determinismo essencialmente biológico. Com a desbiologização da proibição do incesto, Lévi-Strauss postula as estruturas elementares de parentesco como sendo o que permite, a partir de uma nomenclatura, estabelecer o círculo dos parentes e o dos aliados, determinando os matrimônios e as relações. Com isso, Lévi-Strauss emancipa a antropologia com relação às ciências da natureza e a coloca no campo da cultura. O que lhe permite operar esse deslocamento é o modelo da lingüística estrutural, através do qual ele pôde postular que o sistema de parentesco é uma linguagem (DOSSE, 2007).

No campo da fonologia também se encontra o mesmo modelo binário presente na lingüística de Saussure: assim como se opõem o significante e o significado, no sistema

fonológico também se identificam oposições fônicas. Jakobson, em seus estudos sobre afasia, permite a difusão do modelo fonológico à psicanálise. Ele identifica dois tipos de afasias: o primeiro tipo se relaciona a uma deficiência na seleção ou possibilidade de substituir um termo por outro, e no segundo, há uma deficiência quanto ao contexto, um distúrbio de contigüidade. Lacan, a partir de seu encontro com Jakobson, retoma tal distinção e deriva-a para as noções de condensação e deslocamento, dentro do campo freudiano, onde tais noções aparecem explicando o modo de funcionamento do inconsciente (DOSSE, 2007).

Por outro lado, segundo Jean Allouch, em entrevista a Dosse (2007), a primeira grande doutrina lacaniana é genética: nela, a personalidade constitui-se em etapas, até a realização da personalidade completa. A primeira apresentação do texto sobre “O estágio do espelho”, em 1936, ilustra esse momento de sua teoria.

Lacan, cuja formação inicial era a psiquiatria, encontra no contexto dessa disciplina nos anos 30 o grande debate com relação às afasias e às questões da topologia cerebral. Mas simultaneamente, nesse meio, também a noção de estrutura já vinha se constituindo num importante objeto de reflexão, que não passa despercebido por ele. Um pouco mais tarde, nos anos 50, a psicanálise encontra-se identificada a um freudismo que comporta uma mistura médica e biológica, ameaçada com a perda daquilo que Freud instituiu como objeto de investigação: o inconsciente (DOSSE, 2007).

Em um contexto em que a psicanálise arriscava-se a dissolver-se na psiquiatria, Lacan surge como aquele que, na releitura de Freud, resgatará os ensinamentos legítimos, recusando os psicologismos e buscando o rigor para restabelecer a cientificidade do método. Indagado a respeito do sentido do retorno a Freud, Lacan ([1956/1966] 1998), responde: “O sentido de um retorno a Freud é um retorno ao sentido de Freud. E o sentido do que Freud disse pode ser comunicado a qualquer um [...]: a descoberta de Freud questiona a verdade, e não há ninguém que não seja pessoalmente afetado pela verdade” (p.406).

4.3.2. Lacan estruturalista

Em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” ([1953/1966] 1998), Lacan retoma a importância da fala do paciente como a possibilidade da assunção, pelo sujeito, daquilo que é a sua própria história, naquilo em que ela se constitui como fala endereçada a outro. Para ele, esse é o fundamento do método criado por Freud:

Seus meios são os da fala, na medida em que ela confere um sentido às funções do indivíduo; seu campo é o do discurso concreto, como campo da realidade transindividual do sujeito; suas operações são as da história, no que ela constitui a emergência da verdade no real. (p.259)

Com relação à verdade, Lacan é categórico: não se trata, aí, da realidade dos fatos, tampouco dos fatos da realidade. “A revelação histórica do passado”, diz ele, “nos apresenta o nascimento da verdade na fala e, através disso, esbarramos na realidade do que não é nem verdadeiro nem falso” (p.257). A fala presente funda essa verdade. Não se trata, portanto, em psicanálise, de realidade, mas de verdade. Uma verdade que não está diretamente disponível ao sujeito, mas que precisa ser resgatada, reconstituída:

O inconsciente é o capítulo da minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar. Qual seja:

- nos monumentos: e esse é o meu corpo, isto é, o núcleo histórico da neurose em que o sintoma histórico mostra a estrutura de uma linguagem e se decifra como uma inscrição que, uma vez recolhida, pode ser destruída sem perda grave;
- nos documentos de arquivo, igualmente: e esses são as lembranças da minha infância, tão impenetráveis quanto ele, quando não lhes conheço a procedência;
- na evolução semântica: e isso corresponde ao estoque e às acepções do vocabulário que me é particular, bem como ao estilo de minha vida e a meu caráter;
- nas tradições também, ou seja, nas lendas que sob forma heroificada veiculam minha história;
- nos vestígios, enfim, que conservam inevitavelmente as distorções exigidas pela reinserção do capítulo adulterado nos capítulos que o enquadram, e cujo sentido minha exegese restabelecerá. (LACAN, [1953/1966] 1998, p.260-261)

Lacan, em “Função e campo da palavra”, nos apresenta sua concepção estruturalista do inconsciente: muito mais do que o *id*, sede das pulsões, o inconsciente é uma escrita, a

escrita da história do sujeito, com sua semântica particular, onde o sintoma figura como uma cifra que tem estrutura de linguagem. De seu contato com Lévi-Strauss, ele depura ainda a presença das lendas e dos mitos como também fazendo parte da história particular de um sujeito, desenhando-a. “O que ensinamos o sujeito a reconhecer como seu inconsciente é sua história” (p.263).

Influenciado pela lingüística moderna e pela antropologia estrutural, enfatiza a função do símbolo nas relações humanas. Mais do que isso, sublinha sua anterioridade:

Os símbolos efetivamente envolvem a vida do homem numa rede tão total que conjugam, antes que ele venha ao mundo, aqueles que irão gerá-lo “em carne e osso”; trazem em seu nascimento, com os dons dos astros, senão com os dons das fadas, o traçado de seu destino; fornecem palavras que farão dele um fiel ou um renegado, a lei dos atos que o seguirão até ali onde ele ainda não está e para-além de sua própria morte [...]. (LACAN, [1953/1966] 1998, p.280)

Também a leitura de Hegel é influência decisiva nesse momento teórico de Lacan, em que o desejo humano é postulado como desejo de reconhecimento pelo outro. Tal reconhecimento, o homem o procura através do acordo da fala ou através da luta de prestígio. A experiência de uma psicanálise, segundo Lacan, é a via intersubjetiva em que tal desejo se faz reconhecer, harmonizando, no sujeito, a luta entre os conflitos simbólicos e as fixações imaginárias, e trazendo, portanto, para o primeiro plano da cena analítica, o problema das relações entre a fala e a linguagem.

O sintoma, estruturado como uma linguagem, é justamente a linguagem cuja fala deve ser libertada, podendo ser completamente resolvido (decifrado), revelando o sentido aprisionado. Trata-se, no sintoma, do “significante de um significado recalado da consciência do sujeito” (LACAN, [1953/1966] 1998, p. 282). “É realmente de uma linguagem que se trata, com efeito, no simbolismo exposto na análise” (P.294), afirma.

Baseado na dupla referência à fala e à linguagem, sempre presente no campo analítico, Lacan ([1953/1966] 1998) considera que “Para liberar a fala do sujeito, nós o

introduzimos na linguagem de seu desejo, [...] em que, para além do ele nos diz de si, ele já nos fala à sua revelia, e prontamente o introduzimos nos símbolos do sintoma” (p.294).

A intervenção do analista nesse código faz desaparecer o sintoma, na medida em que este, concebido como uma cifra, é decifrado no decorrer de uma análise. A partir disso, para Lacan, configura-se uma questão com relação à natureza da psicanálise, pois se o analista “interpreta o símbolo e eis que o sintoma, que o inscreve como letras de sofrimento na carne do sujeito, se apaga”, do que se trata em tal prática? “Pois, afinal, somos doutos, e a magia não é uma prática defensável” ([1953/1966] 1998, p.307).

O estabelecimento do rigor como articulador fundamental na prática psicanalítica e a retomada da cientificidade nesse campo são pilares nesse momento de Lacan: “Se a psicanálise pode tornar-se uma ciência – pois ainda não o é –, e se não deve degenerar em sua técnica – o que talvez já seja um fato –, devemos resgatar o sentido de sua experiência” ([1953/1966] 1998, p.268).

A psicanálise, segundo Lacan, em suas formulações iniciais, se inscreveria naquilo que, na Idade Média, chamava-se “artes liberais”, exprimindo atualmente “nada menos do que a recriação do sentido humano nos áridos tempos do cientificismo” ([1953/1966] 1998, p.290). Para trazer fundamentos científicos à sua teoria e à sua técnica, ela deve formalizar o essencial de sua experiência: a teoria histórica do sujeito, a lógica intersubjetiva e a temporalidade do sujeito.

A lingüística tem lugar fundamental em tal formalização, pois, distinguindo as estruturas sincrônicas e as diacrônicas na linguagem, permite “compreender melhor o valor diferente que nossa linguagem assume na interpretação das resistências e da transferência, ou então diferenciar os efeitos típicos do recalque e a estrutura do mito individual na neurose obsessiva” (LACAN, [1953/1966] 1998, p.289).

Falar em cientificidade, entretanto, não significa sustentar a psicanálise nos moldes da ciência em seu paradigma experimentalista. Pelo contrário, situar a psicanálise no campo da função simbólica é instaurar uma nova ordem:

Essa nova ordem não significa nada além de um retorno a uma noção de ciência verdadeira que já tem seus títulos escritos numa tradição que parte do *Teeteto*. Essa noção se degradou, como se sabe, na inversão positivista que, colocando as ciências do homem no coroamento do edifício das ciências experimentais, na verdade as subordinou a estas. Essa noção provém de uma visão errônea da história da ciência, baseada no prestígio de um desenvolvimento especializado dos experimentos. (LACAN, [1953/1966] 1998, p.285)

Em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” ([1957/1966] 1998), Lacan faz uso direto da lingüística para fundamentar a posição da psicanálise dentro do campo científico: “a lingüística se apresenta numa posição-piloto nesse campo em torno do qual uma reclassificação das ciências assinala, como é de costume, uma revolução do conhecimento” (p.499). A linguagem conquistada, assim, seu status de objeto científico.

Lendo o texto de Freud “ao pé da letra”, Lacan assinala o desconhecimento quanto ao papel constitutivo do significante no status que Freud atribui ao inconsciente: a publicação da “Interpretação dos sonhos” deu-se anteriormente às formalizações da lingüística moderna, para a qual, segundo Lacan, aquela, por seu peso de verdade, teria aberto caminho.

Isto posto, Lacan passa a definir a tópica do inconsciente freudiano pelo algoritmo saussuriano S / s (significante sobre a barra, significado sob a barra). Entre o significante e o significado, a barra do recalque faz resistir a significação. “Habitamo-nos com o real. A verdade, nós a recalamos” ([1957/1966] 1998, p.525). Lacan postula que “o S e o s do algoritmo saussuriano não estão no mesmo plano, e o homem se enganaria ao se crer situado no eixo comum a ambos, que não está em parte alguma” (p.521).

Se é possível inserir a psicanálise no campo científico, o que Lacan vem sustentar é que não se trata do campo da ciência nos moldes cartesianos, apontando o *cogito* filosófico como o cerne de uma ilusão, miragem que torna o homem moderno tão seguro de ser ele mesmo. A proposta lacaniana retoma a verdade do inconsciente freudiano e subverte, assim, a

centralização conferida ao pensamento racional, com a máxima “penso onde não sou, logo sou onde não penso” ([1957/1966] 1998, p.521).

A subversão contida em tal máxima vai ainda mais longe: o que Lacan propõe, no início de seu seminário *A Identificação* (1961-62), é introduzir uma escansão temporal no “Eu penso, logo eu sou”, de Descartes, criando, assim, dois tempos distintos nessa proposição. O primeiro seria o tempo do “eu penso”, e o segundo, o tempo do “eu sou”, articulando assim, no estatuto desse “eu”, uma vacilação fundamental.

Para articular essa vacilação, Lacan enuncia duas possibilidades: a articulação clássica, segundo a qual o ser não se pode apreender como pensamento senão de forma alternante, ou seja, que ele pensa em uma sucessão de tempos alternantes, e a outra forma, que, acentuando o caráter evanescente desse “eu”, faz ver “que o verdadeiro sentido desse primeiro passo cartesiano é articular-se como um *eu penso e eu não sou* [...] que gasto, ao pensar, tudo que posso ter de ser [...], é por cessar de pensar que posso entrever que eu simplesmente seja” ([1961-62] 2003, p.32).

“A promoção da consciência como essencial ao sujeito”, diz-nos Lacan ([1960/1966a] 1998), “na conseqüência histórica do *cogito* cartesiano, é para nós a acentuação enganosa da transparência do [Eu] como ato, à custa da opacidade do significante que o determina” (p.824). Já não é do ‘eu – função de consciência’ que fala Lacan quando grafa [Eu]. O [Eu] não é análogo ao *ego* encontrado no texto freudiano. Trata-se, então, da própria subversão: não é do eu, mas do sujeito do inconsciente que se fala, aquele com quem precisamente não se fala. Sujeito efeito de linguagem, efeito do que um significante representa para outro significante na articulação da cadeia própria a um inconsciente estruturado como uma linguagem.

Se o sujeito da ciência moderna é o sujeito do conhecimento, representado em sua unicidade racional, na psicanálise é de outra coisa que se trata. O sujeito do inconsciente,

efeito de linguagem, figura em outro paradigma. Segundo Lacan, a experiência que Freud descortina é a de que o significante surpreende o sujeito: “o que ele ilumina é a divisão entre o sujeito e ele mesmo” ([1960/1966b] 1998, p.854).

Quanto ao sintoma, nesse novo paradigma, Lacan é categórico: o sintoma é uma metáfora:

Entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo que ele vem substituir numa cadeia significante atual passa a centelha que fixa, num sintoma – metáfora em que a carne ou a função são tomadas como elemento significante – a significação, inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver. (LACAN, [1957/1966] 1998, p.522)

Nesse primeiro momento teórico de Lacan, o sintoma é uma formação essencialmente simbólica, figurando como o signo de um significante recalcado que representa o sujeito para outro significante. Situa-se assim de forma radicalmente diferente do sintoma médico, signo de uma disfunção orgânica (DE NEUTER, 1997).

4.3.3 Lacan e a topologia: RSI e Sinthoma.

Ao longo de seu ensino, Lacan serviu-se da topologia como uma ferramenta que lhe pudesse abrir o caminho em direção àquilo que figurava apenas de passagem no início de seu ensino: o Real. Façamos um corte no raciocínio estruturalista para chegar ao Lacan do fim de 1974, iniciando o “Seminário RSI”, em que ele se propõe falar precisamente do Real a partir do nó borromeano.

O início das formulações teóricas de Lacan, como abordamos anteriormente, foi marcado pela primazia do significante, o que conferia ao registro do simbólico certa preponderância, marcando também a prática psicanalítica com a propriedade de ser uma

prática simbólica, sustentada pela palavra. Em 1974, Lacan propõe escrever o Real, o Simbólico e o Imaginário como RSI³⁵, uma estrutura borromeana que consiste em se fazer um nó a partir de três elos, incluindo seus respectivos buracos, sem os quais não haveria enodamento possível. Tal amarração tem uma propriedade específica: rompendo-se qualquer um dos elos, os outros dois também se soltam, evidenciando que não há amarra dois a dois. Trata-se, portanto, de um nó borromeano entre o Real, o Simbólico e o Imaginário.

Lacan, a respeito dessa amarração, sublinha que “quando as duas rodela são atravessadas pelo Real [...], este Real atravessa-as por estar por baixo daquela das duas rodela que está por baixo, e por estar por cima daquela que está por cima”³⁶ (1974-75). Ele nos diz que, para realizar o nó borromeano, é preciso que o Real, não a realidade no sentido freudiano, sobreponha o Simbólico. Entretanto, adverte que “nada tem a ver com um sobrepor-se no sentido imaginário de que o Real devesse, se posso assim dizer, dominar”. Lacan descarta, com isso, a idéia de primazia de um dos registros sobre o outro.

O sujeito, no “Seminário RSI”, é determinado pelo nó borromeano, “determinado [...] pelos cruzamentos do nó, daquilo que, no nó, determina os pontos triplos pelo fato do estreitamento do nó que estabelece o sujeito”³⁷. Suportando o buraco, a falha, o tropeço, em sua estrutura, o nó põe em jogo aquilo que é irreduzível: o recalque originário. Originário do próprio sujeito humano enquanto tal. O nó não é modelo, esclarece Lacan. O nó é uma escritura que suporta um Real: o sujeito é RSI.

Articulando a novidade do enodamento borromeano dos três registros com aquilo que ele conserva do retorno a Freud, Lacan aponta que RSI vem também suportar a tríade freudiana Inibição-Sintoma-Angústia. Com relação à noção de sintoma, que aqui primordialmente nos interessa, Lacan assinala que ela deve ser buscada não em Hipócrates,

³⁵ Para indicar o texto do seminário estabelecido por Lacan, escrevemos “Seminário RSI”; para indicar a estrutura borromeana que enoda os três registros, escrevemos apenas RSI.

³⁶ Seminário RSI, inédito, aula de 17 de dezembro de 1974.

³⁷ Ibid., aula de 18 de março de 1975.

mas em Marx que, anteriormente a Freud, torna-o signo de algo que não vai bem no Real. Se um analista pode, afinal, operar sobre ele, “é enquanto o sintoma é efeito do Simbólico no Real”³⁸.

No “Seminário RSI”, temos que “é certo ser de uma experiência da figuração do sintoma como refletindo no Real o fato de que há algo que não funciona, e onde [...] esse algo que não funciona se mantém”. Lacan continua, indicando que esse algo que não funciona se mantém “disto que eu suporto em minha linguagem do falesser, do que é somente falesser, porque se não falasse, não haveria a palavra ser, e que para esse falesser, há um campo conexo ao buraco”³⁹.

Pois essa conexão é o que o faz afirmar que “há coerência, há consistência entre o sintoma e o Inconsciente”, de forma que “o sintoma não é definível senão pelo modo como cada um goza do Inconsciente, na medida que o Inconsciente o determina”⁴⁰. O Inconsciente é o que responde pelo sintoma.

No sintoma, trata-se, segundo Lacan, da função do sintoma, a se entender como formulação matemática: $f(x)$. “O que é esse x ? É o que, do Inconsciente, pode se traduzir por uma letra, na medida em que apenas na letra a identidade de si a si está isolada de qualquer qualidade. [...] é isto que o sintoma opera selvagememente. O que não cessa de se escrever no sintoma vem daí.”⁴¹ Lacan enfatiza a referência à escritura, naquilo que tange a repetição do sintoma. A repetição do sintoma é escritura.

Retomando, ainda, Freud, Lacan indica que, supondo poder articular RSI na teoria freudiana, não foram a ele necessárias três consistências para que isso se sustentasse, mas quatro: é preciso uma realidade psíquica que ate essas três consistências. “O que ele chama de realidade psíquica tem perfeitamente um nome, é o que se chama Complexo de Édipo. Sem o

³⁸ Seminário RSI, inédito, aula de 10 de dezembro de 1974.

³⁹ Ibid., aula de 18 de fevereiro de 1975.

⁴⁰ Ibid., aula de 18 de fevereiro de 1975.

⁴¹ Ibid., aula de 21 de janeiro de 1975.

Complexo de Édipo, nada da maneira como ele se atém à corda do Simbólico, do Imaginário e do Real se sustenta”⁴².

Mais adiante, Lacan chama esse quarto elo de Nome-do-Pai: “É o que fez Freud e, ao mesmo tempo, reduzo o Nome-do-Pai à sua função radical, que é a de dar nome às coisas [...]”⁴³. Com isso, passa a tratar o Nome-do-Pai de uma maneira diferente daquela do início de sua teoria, onde se designava o nome que nomeia o lugar do pai na função simbólica (operação da metáfora paterna). A partir do “Seminário RSI”, o Pai nomeia, e essa função é fundamental, embora dê margem a mau entendimento, conforme nos explica Julien (2002), especialmente com relação ao fato de Lacan ter chamado o quarto elo primeiramente de Nome-do-Pai e, um ano mais tarde, de sintoma.

De toda forma, adicionando aos três elos um quarto, no “Seminário RSI”, Lacan assegura que Real, Simbólico e Imaginário não fazem cadeia: “nosso Imaginário, nosso Simbólico e nosso Real estão talvez para cada um de nós ainda num estado de suficiente dissociação para que só o Nome-do-Pai faça nó borromeano e mantenha tudo isso junto [...]”⁴⁴.

Tal dissociação entre os elos, que ele propõe como irreduzível, ele a trabalha, ao longo desse seminário, engajada à proposição “não há relação sexual”. Se Lacan, no “Seminário RSI”, nos diz que o Real é o impossível e que o nó é Real, é porque o próprio enodamento suporta esse buraco estrutural: o impossível da relação sexual. Fazer um elo relacionar-se de alguma forma com o outro é fazer haver a relação que não há jamais na estrutura. “O ponto de partida para qualquer nó se constitui, já disse, na não-relação sexual como buraco”⁴⁵.

No humano, o sexual faz sintoma, e isso já figura com transparência no texto freudiano. Lacan, por sua vez, nos apresenta a não-relação sexual como sendo o buraco

⁴² Seminário RSI, inédito, aula de 14 de janeiro de 1975.

⁴³ Ibid., aula de 11 de março de 1975.

⁴⁴ Ibid., aula de 11 de fevereiro de 1975.

⁴⁵ Ibid., aula de 15 de abril de 1975.

estrutural do qual o sujeito tem que dar conta na existência. Com relação a isso que não se enoda, que não faz relação, é preciso fazer suplência. No “Seminário RSI”, ele levanta a questão do sintoma como uma forma de fazer suplência à não-relação sexual. Tal seminário indica a continuação desta formulação no ano seguinte, quando Lacan profere “O Sinthoma”.

Temos, em Julien (2002), que Lacan escolhe a grafia antiga para o sintoma em razão da etimologia grega:

Sin-toma é o que cai (*ptôma*) junto (*sym*). É a “coincidência” latina; para o médico, é a doença e seu sinal, dois acontecimentos que “caem” ao *mesmo* tempo. Lacan vai para o lado não-médico; o *sin-thoma* [*sinthome*] é o *sun-thema*, o substantivo do verbo *sun-tithemi*, pôr junto; em outras palavras: ligar, nodular. O *sinthoma* faz nó. O *sinthoma* grego é a con-sistência latina: o que faz ficar junto. (p.78)

De Neuter (1997), por sua vez, adverte-nos quanto à diferenciação necessária, em Lacan, entre “os sintomas dos quais se tem direito de esperar que caíam durante a análise [...] e o Sinthoma de cada um que faz com que fiquem juntos seu Real, seu Imaginário e seu Simbólico” (p.255). De fato, segundo ele, é legítimo esperar, como efeito de um tratamento psicanalítico, o desaparecimento dos sintomas.

Entretanto, a partir do seminário “O Sinthoma”, a questão que se abre em Lacan traz, por um lado, o *sinthoma* como fato de estrutura, efeito da impossibilidade da relação sexual; por outro lado, sua função de prótese na psicose, mais especificamente no caso de Joyce, em quem se centrou tal seminário. No âmbito desta pesquisa, porém, não nos aprofundaremos nesse ponto, limitando-nos apenas a fazer a indicação dessa abertura.

5 O diálogo possível a partir da heterogeneidade

Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado um com o outro. Cada um contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham tôda a razão. Não era que um via uma coisa e outro outra, ou que um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro, mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade.

Fernando Pessoa⁴⁶

Embora seja evidente que, nos campos da medicina e da psicanálise, estão em jogo coisas diferentes, o que encontramos atualmente, na clínica, é um insistente conflito entre os profissionais que procuram reautorizar a verdade dos sujeitos em seus sintomas – os psicanalistas – e aqueles que pretendem definir entidades mórbidas com precisão para depois curar os sujeitos dos sintomas ligados a tais entidades – os médicos.

Dentro da medicina, o ramo privilegiado a dialogar com a psicanálise é, sem dúvida, a psiquiatria. No decorrer desta pesquisa, não nos detivemos especificamente sobre os fundamentos de tal área por termos verificado que são, em essência, os mesmos que os da medicina como um todo. Desde Hipócrates, quando a medicina se sistematizou e se diferenciou essencialmente do saber religioso e mágico, a doença mental faz parte da psicopatologia (BALTAZAR, 2005b).

A psiquiatria volta-se, em sua clínica, àquilo que se pode nomear o sofrimento psíquico. Todas as questões que abordamos, ao longo do presente texto, no campo da medicina, quanto à determinação das etiologias das doenças, à escuta específica dos sintomas, à organicidade ou não das enfermidades, ao fundamento hipocrático ou não da prática, aplicam-se também às especificidades da clínica psiquiátrica.

⁴⁶ De um 'livro do desassossego' composto por Bernardo Soares... Notas soltas; s. d.; não assinadas. Extraído de "Obra poética".

É, portanto, diretamente com a psiquiatria que a psicanálise tem mais oportunidade de dialogar. É igualmente com a psiquiatria que tal diálogo se faz mais difícil. O ponto de desentendimento irreduzível, na maioria das vezes, é o que tange ao diagnóstico, fator que determina a conduta terapêutica a se propor.

Freud, em seus escritos e conferências, quando procura a via dessa interlocução com o campo médico, reporta-se diretamente à psiquiatria. Na Conferência XVI ([1916-17/1917b] 1976), intitulada “Psicanálise e psiquiatria”, Freud sustenta o lugar que a psicanálise pode ter, como prática terapêutica, não em lugar da psiquiatria científica, mas ao lado desta, assegurando “não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica” (p.301).

Após expor o relato de um caso clínico breve, em que a paciente manifestava um delírio de ciúmes, Freud, na conferência citada, discute as possibilidades de ação dessas duas práticas clínicas, fazendo uma comparação entre as condutas psiquiátrica e psicanalítica. Ao final, dirige um questionamento ao auditório:

Observaram algum sinal de contradição entre elas? A psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise; toca superficialmente qualquer inferência acerca do *conteúdo* do delírio e, ao apontar para a hereditariedade, dá-nos uma etiologia geral e remota, em vez de indicar, primeiro, as causas mais especiais e próximas. Mas existe uma contradição, uma oposição nisso? Não é o caso de uma complementar a outra? O fator hereditário contradiz a importância da experiência? Ambas as coisas não se combinam da maneira mais efetiva? (p.301)

Do ponto de vista dos fundamentos que regem ambas as práticas, Freud enxergava uma como a continuação da outra, estabelecendo práticas clínicas que fossem suplementares. Para ele, não era a psiquiatria que se opunha à psicanálise, mas os psiquiatras, que se recusavam a reconhecer que, em certos distúrbios nervosos, a psicanálise obtém “êxitos que não são superados por nenhum outro meio, na área da medicina interna” (p.303).

Nota-se, ainda, no decorrer da mesma conferência, que Freud não pretende discutir a organicidade dos distúrbios nervosos. Para ele, como citado acima, a presença do fator hereditário não deve se opor à importância da experiência.

Atualmente, um dos grandes desentendimentos gira em torno da imposição das categorias nosográficas pelos médicos psiquiatras, gerando diagnósticos que aprisionam, por um lado, o paciente numa categoria, e por outro, o médico, na categorização dos sintomas. Este desentendimento, porém, como já abordado anteriormente, existe, no seio da medicina, desde seu surgimento. “A vida e a doença”, assinalam Kammerer e Wartel (1989), “não compõem quadros rígidos, e a experiência ensina que as fronteiras geralmente definidas para certas espécies nosográficas podem ser freqüentemente transpostas” (p.32).

Tais autores nos advertem, ainda, que o diagnóstico é, por outro lado, indispensável a um clínico, e que o diagnóstico nosográfico pode ser útil em uma primeira aproximação clínica. Contudo, o psiquiatra não deve permanecer atrelado a isso. É preciso aprofundar-se com relação à personalidade original e singular do paciente, nível em que as categorias nosográficas, segundo ele, passam a ser inadequadas.

Zarifian (1989) nos lembra que, em psiquiatria, é mais difícil seguir o procedimento médico quanto à identificação dos sinais das doenças, dado que “Não há sinal objetivo algum, e a patologia mental, como regra, se inscreve num distúrbio de comportamento em relação a uma norma” (p.45), norma esta que varia de acordo com o meio e com a cultura. Para ele, o diagnóstico é função da abordagem utilizada e do objetivo procurado, devendo haver, entre os profissionais, consciência de tal diversidade e cuidado no emprego dos mesmos termos para designar situações diferentes.

Acerca dos objetivos e do contexto em que acontece uma situação de diagnóstico, Lacan ([1947/2001] 2003) afirma, em “A psiquiatria inglesa e a guerra”, que “a psiquiatria serviu para forjar o instrumento através do qual a Inglaterra ganhou a guerra” (p.124). Elogiando Bion, Lacan aponta a precisão com que este conduziu os trabalhos que, envolvendo sua visão psicanalítica e se valendo das ciências psicológicas, conseguiram transformar uma tropa desagregada no exército homogêneo e coeso que permitiu a vitória.

Na ocasião da guerra, era preciso, para a criação sintética de um exército, como diz Lacan, realizar um recrutamento eficaz, em lugar do recrutamento empírico pela patente, que se revelava impróprio. “A questão foi resolvida de maneira satisfatória através de um aparato de seleção psicológica, e é maravilhoso que tenha conseguido igualar-se de imediato ao que antes só era realizado ao cabo de anos de escola” (LACAN, [1947/2001] 2003, p.118).

Lacan recorda que as seleções anteriores à guerra eram baseadas em acuidade visual e habilidades técnicas, necessitando complementação por qualificações da personalidade, o que passa a ser da alçada do psiquiatra. Ele aponta assim a contribuição decisiva da psiquiatria na guerra, garantindo destaque também à presença da psicanálise nesse contexto:

Se, com efeito, os psiquiatras ingleses as fizeram reconhecer [as ciências psicológicas] [...], no decorrer da experiência da guerra, isso se deveu não somente ao grande número de psicanalistas entre eles, mas a todos terem sido impregnados pela difusão dos conceitos e dos modos operatórios da psicanálise. (p.111-112)

Com relação ao trabalho realizado por Bion, que deveria instalar um serviço de reeducação dentro do exército, com a proposta de “transformar numa tropa em marcha o agregado de irredutíveis a que chamamos uma companhia militar” (p.113), Lacan assinala a presença do espírito do psicanalista, que trata “a soma dos obstáculos que se opunham a essa tomada de consciência como sendo *resistência* ou desconhecimento sistemático cuja manobra ele havia aprendido no tratamento de indivíduos neuróticos” (p.113).

A partir da divisão do grande grupo de oficiais em pequenos grupos de trabalho, diz Lacan:

O ideal de tal organização, para o médico, estaria em sua perfeita legibilidade, de tal forma que ele pudesse apreciar a todo instante para que porta de saída se dirigia cada “caso” confiado a seus cuidados: retorno à unidade, devolução à vida civil ou perseverança na neurose. (p.114)

Realizando ao mesmo tempo um trabalho de seleção e de conscientização de grupo, o serviço empreendido pela psiquiatria, o que inclui o instrumento formulado e o próprio método, instalou um novo espírito no exército, permitindo, segundo Lacan, que a Inglaterra

vencesse a guerra e confirmando, assim, sua contribuição irrefutável. Com esse texto, Lacan assegura, em nossa opinião, a possibilidade de conciliação entre o que é do campo da medicina psiquiátrica e o que é do campo da psicanálise, promovendo, a partir da conciliação mesma, uma intervenção bem sucedida.

Samuel-Lajeunesse et al. (1989) recordam que Lacan, diante de uma assembléia médica, quando falava do lugar da psicanálise na medicina, propunha, na verdade, que fosse encontrado um lugar para a psicanálise *com* a medicina. Asseguram, ainda, que para os médicos “o conjunto dos fenômenos que resistem à sua exploração e à sua implicação sentimental constitui um enigma que neles não provoca nem despeito nem zombaria” (p.81).

De fato, consultando qualquer manual ou tratado geral de medicina, verificamos a notável influência das ciências psicológicas e da psicanálise na construção e descrição dos quadros sintomatológicos, especialmente nas seções dedicadas às psicopatologias, que apresentam distúrbios reativos de conduta, psicossomáticos, manifestações psíquicas de causa orgânica, neuroses, psicoses, deficiência mental e outros.

Quanto ao diagnóstico das psicopatologias, porém, a questão está distante de ser simples. Segundo Kammerer e Wartel (1989), o diagnóstico, em medicina, pressupõe a existência de doenças nitidamente definidas, e o processo epistemológico segue a seguinte progressão histórica:

[...] num primeiro estágio, a entidade mórbida emerge sob a forma de um quadro *descritivo*, resultante da observação clínica. Num segundo estágio, um substrato *anatômico* lhe é reconhecido. A descoberta do agente *etiológico* das lesões constitui o terceiro estágio. A entidade nosográfica está perfeitamente definida, quando munida dessas três dimensões. (p.28)

Em psiquiatria, entretanto, como assinalam Samuel-Lajeunesse et al. (1989), o reconhecimento de uma etiologia é fato raro, assim como a existência de uma anomalia estrutural. Assim, segundo eles, os critérios que normalmente são necessários para se falar em “doenças” não estão obrigatoriamente presentes no caso dos distúrbios psíquicos.

Retornando novamente a Freud, devemos reconhecer que, a partir do momento em que ele postula a sexualidade como etiologia das neuroses, abre-se com isso uma nova possibilidade de se pensar os sintomas referentes ao psíquico dentro da própria medicina:

[...] se for adotado nosso ponto de vista sobre as relações causais entre a sexualidade e as neuroses [...] um novo interesse será despertado pela sintomatologia dos diferentes casos neuróticos, e passará a ter importância prática que se possa decompor corretamente o complicado quadro em seus componentes, assim como nomeá-los com acerto. E isso porque a morfologia das neuroses pode ser traduzida, com pouca dificuldade, em sua etiologia, e o conhecimento desta última leva, naturalmente, a novas indicações quanto aos métodos de cura. ([1898] 1994, p.254)

Nos dias atuais, não é possível ignorar que, no campo do diagnóstico em psiquiatria, a questão central gira em torno do DSM – Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. Por outro lado, não é possível afirmar que tal código responde por tudo que se faz no terreno da clínica psiquiátrica. Samuel-Lajeunesse et al. (1989) são categóricos:

observemos que ele de modo algum é um manual de psiquiatria, que só pretende ser manual de auxílio para diagnóstico, útil ao prático em suas orientações terapêuticas, para avaliar comparativamente a eficácia das terapêuticas e fazer uma coletânea estatística. (p.73)

Kammerer e Wartel (1989) apontam, ainda, que existe uma zona de impasse entre a psiquiatria e a própria medicina, sublinhando que a psiquiatria deve ter a missão de fazer os médicos respeitarem os problemas psíquicos dos pacientes, os conflitos, traumas e sua complexa organização psíquica – a personalidade.

Tais autores sublinham, ainda, que, “na medida em que o conceito de diagnóstico se refere à prática corrente, as noções de signo, sintoma, síndrome, são utilizadas sem grande discernimento teórico” (p.35). Quanto a isso, a formação do psiquiatra põe em jogo duas ordens principais:

[...] a dos sinais *objetivos*, aparência externa, comportamentos, expressões emocionais, aspectos patognomônicos etc, todos eles manifestações que se *vêm*, muitas vezes sem que o paciente saiba; e a que se chama o *vivido interior, subjetivo* do paciente, que não se vê nem se observa. Isso é comunicado pela palavra do sujeito (e sua carga emotiva) que é *ouvida*, no quadro da entrevista ou da sessão de análise. O “material” [...] assim obtido veicula experiências, projetos, desejos, que não se acomodam neles mesmos com o termo de sintoma, mas podem contribuir para definição. Eles se oferecem à *interpretação* [...]. (p.36)

Encontramos, em tais palavras, que são as de psiquiatras preocupados com a formação de psiquiatras, o mesmo intuito dos tratados médicos anteriormente citados por nós (PORTO, 1994; MACBRYDE; BLACKLOW, 1975), quando apontam a preocupação de que os clínicos possam ouvir seus pacientes para além daquilo que se observa, além dos sintomas aparentes e do que se pode medir com exames e instrumentos de diagnóstico. A alusão às contribuições da psicanálise nesse campo, especialmente com relação à concepção de sintoma, são evidentes em todos eles.

No decorrer de nosso texto, apontamos, com relação ao conceito de diagnóstico, diferenças cruciais entre a medicina e a psicanálise, especialmente no tocante à noção central dentro de tal conceito, que é a noção de sintoma. A partir de tais diferenças, Samuel-Lajeunesse et al. (1989) nos propõem, a respeito do diagnóstico e do sintoma, que estes sejam “dois pontos firmes onde é indispensável um debate, com a condição expressa de não se pensar na renegação da obra psiquiátrica, nem numa substituição generalizada dos psiquiatras pelos psicanalistas” (p.82-3).

Concordamos, assim, em consonância com Sonenreich (1991), que as doenças são os conceitos nosográficos, no campo da medicina, que permitem analisar a realidade clínica, organizar o conhecimento e orientar o tratamento. São, portanto, conceitos essenciais à realidade dos médicos, o que inclui os psiquiatras, com a dificuldade adicional de que, quando se trata do psíquico, existem outras variáveis em jogo, bastante menos objetivas.

Também Kammerer e Wartel (1989) afirmam que, mesmo com todas as discussões que a questão suscita, no campo da psiquiatria, “é indispensável o diagnóstico: na prática, não é possível que a reflexão do psiquiatra fique flutuante, imprecisa” (p.31).

Assim sendo, como operar com o diagnóstico no que toca o sofrimento psíquico sem que se proceda a uma catalogação objetiva de sintomas, sem aprisionar o sujeito a uma

nomenclatura que acarrete sua desresponsabilização subjetiva e a impossibilidade de saída pela palavra?

Em psicanálise, segundo Quinet (1993), o diagnóstico, que ele qualifica como estrutural, só faz sentido se estiver em função da direção da análise, servindo de orientação para sua condução: “o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do complexo de Édipo [...]” (p.23).

Figueiredo e Machado (2000) consideram estrutural o diagnóstico “que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa” (p.67). Sendo assim, as categorias diagnósticas clássicas da psiquiatria precisam ser re-situadas em seu estatuto e sua função.

Levando em conta a dimensão de mensagem que o sintoma adquire, a partir das obras de Freud e Lacan, Quinet (1993) assinala que, no empreendimento de uma análise, tal mensagem passará a se dirigir ao analista. Temos, assim, a concepção de sintoma analítico: “a constituição do sintoma analítico é correlata ao estabelecimento da transferência [...]” (p.22).

Com relação à prática da psicanálise, Freud ([1913] 1969) afirma que o estabelecimento de um diagnóstico é fundamental e que deve ser realizado durante o “período de experiência” inicial. É preciso diferenciar uma neurose com sintomas recentes de um estágio preliminar de demência precoce, diz ele. Embora não se trate de uma distinção fácil, se o psicanalista comete um equívoco, “foi responsável por despesas desnecessárias e desacreditou seu método de tratamento. Ele não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo, não de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia [...]” (p.166).

Vale sublinhar, porém, que já no início de suas formulações, Freud ([1898] 1994) aponta que o único método capaz de desmascarar a histeria com certeza é o método da psicanálise. Ou seja, o diagnóstico é necessário, no período preliminar, mas apenas o próprio caminhar da análise é que confirmará aquilo que, de início, se estabeleceu como hipótese. Com relação à função da hipótese diagnóstica na direção de uma análise, ele, contudo, adverte:

[...] os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se os enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. (FREUD, [1912] 1969, p.153)

Não entraremos, aqui, no âmbito das categorias diagnósticas em Freud. Tomaremos apenas aquilo que é de conhecimento geral, ou seja, que as categorias diagnósticas com que Freud trabalha são a neurose, a psicose e a perversão, sendo que, para ele, as psicoses são incapazes de estabelecer a transferência como seria necessário para que se procedesse ao tratamento pela psicanálise. Fazer o diagnóstico apropriadamente implica, portanto, que, em se tratando de psicose, o correto é não proceder a uma psicanálise.

Com Lacan, que postula que um analista não deve recuar diante da psicose, tal questão tomou outro rumo. Brauer (2003) propõe torcer esta frase em: “*Não é possível retroceder diante da psicose, ela nos apela*” (p. 105). Retomando a idéia de sintoma que surge com as elaborações freudianas, a autora assinala que, como tal, ele pode estar presente não só na neurose, mas também nas duas outras estruturas clínicas, a perversão e a psicose.

A autora apóia-se em Lacan, quando este afirma que “o complexo de castração inconsciente tem uma função de nó na estruturação dinâmica dos sintomas, no sentido analítico do termo, quer dizer, daquilo que é analisável nas neuroses, nas perversões e nas psicoses” (LACAN, [1958/1966] 1998). A partir disto, Brauer (2003) nos aponta, quanto à psicose, que “não devemos retroceder diante dela na medida em que estejam presentes

sintomas com estrutura de metáfora, sintomas que sejam da ordem do discurso e que, satisfazendo a esta condição, são passíveis do trabalho de análise” (p.104).

Quanto ao diagnóstico em psicanálise, a autora considera:

Já não se trata mais de diagnosticar o quadro psicopatológico (neurose, perversão ou psicose), mas de diferenciar a estrutura do sintoma. Ele [Lacan] explorará esta idéia até o fim de sua obra. É desta forma que entendo a função do diagnóstico fundamentado na psicanálise. Diferenciar a estrutura do sintoma [...]. (p.105)

Monseny (2001), em concordância, sustenta a necessidade do diagnóstico de estrutura, no âmbito de uma análise:

Elucidar a estrutura em jogo é necessário para que o analista tome seu lugar e possa sustentar a dialética da transferência, ou seja, possa entrar na dialética de cada caso, única maneira de isolar os significantes em que se fixaram as demandas do sujeito que constituem sua historicização primária. [...] Somente tomando seu lugar no dialeto do sujeito, ele poderá conduzir coerentemente um tratamento que não tem as mesmas possibilidades segundo o quadro clínico em questão, nem os mesmos fins quando neurose ou psicose. (p.71)

Figueiredo e Machado (2000) apontam, ainda, o uso particular que Lacan faz das categorias diagnósticas psiquiátricas:

Ele as usa de forma estrutural, isto quer dizer que ele tenta extrair dos tipos descritivos a estrutura do sujeito, cernindo no discurso de cada paciente aquilo que, funcionando como um operador estrutural, organiza o modo de cada sujeito lidar com a castração. Isto nos mostra que, antes de ser um estruturalista, Lacan era um psicanalista [...]. Assim, quando trata dos tipos descritivos, ele o faz levando em consideração que eles foram observados e descritos de fora da transferência e que, no caso da psicanálise, todo o trabalho é feito na transferência. (p.70)

Se Lacan ([1973/2001] 2003) nos diz que existe uma clínica que determina tipos de sintomas, clínica esta anterior ao discurso analítico – a clínica psiquiátrica, é para salientar que este pode trazer luz àquela. Pois o que ele afirma é que os tipos clínicos são decorrência da estrutura, e que “o que decorre da mesma estrutura não tem forçosamente o mesmo sentido. É por isso que só existe análise do particular: não é de um sentido único, em absoluto que provém uma mesma estrutura [...]”. Sublinha, ainda, que “Os sujeitos de um tipo, portanto, não têm utilidade para os outros do mesmo tipo. E é concebível que um obsessivo não possa dar o menor sentido ao discurso de outro obsessivo.” (p.554)

Desta forma, constatamos que o diagnóstico, em psicanálise, não se faz separadamente à posição que um sujeito ocupa frente a seu sintoma. Esta é a novidade inaugurada com relação ao campo médico. Souza Leite (1998) assinala que

Levando em conta a posição do sujeito frente ao sintoma e não somente o tipo de sintoma, talvez o discurso psicanalítico pudesse esclarecer a clínica psiquiátrica e desta maneira a psicanálise poderia produzir uma clínica nova que não dependesse mais da psiquiatria.

Desta forma, a especificidade de uma clínica psicanalítica que não dependesse da psiquiatria se deveria ao fato dela não situar o diagnóstico no sintoma, mas sim onde, nesse sintoma, se implica uma fantasia que o determina. (p.23-24)

Quinet (2001a), a respeito de tal contribuição, considera que o psiquiatra, advertido pela psicanálise,

[...] terá outra atitude diante do sintoma apresentado pelo paciente, prevenindo-se contra o *furor sanandi* de exigir a qualquer custo a suspensão do sintoma, pois se há sintoma, ali está o sujeito. Não atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo emergir um sujeito, seja no ataque histérico, seja na depressão melancólica, no delírio paranóico ou no despedaçamento do esquizofrênico. (p.76)

Consideramos, entretanto, que uma clínica que não dependa da psiquiatria não é o mesmo que uma clínica que se constitua apartada da psiquiatria, ou da medicina como um todo. Volich (2000) é categórica: “Nunca será demais insistir no fato de que a psicanálise não pode tudo frente ao orgânico. [...] Não podemos assegurar tão pouco a erradicação da afecção. Seria um engodo sustentar o contrário de modo incondicional” (p.151). A autora nos lembra que os manuais de diagnóstico exercem uma grande influência sobre a prática clínica contemporânea, e que a um psicanalista não cabe opor-se a eles nem endossá-los, mas conhecê-los, para que se possa lidar com eles na clínica.

Discutindo a pertinência da apresentação de pacientes, prática de ensino e estudo clínico dos distúrbios psiquiátricos contemporânea ao nascimento da psiquiatria, Quinet (2001b) aponta a mudança em tal prática, a partir de Lacan, que, associando-a à psicanálise, transformou-a em “um encontro com um analista, com as funções de ensino, diagnóstico, prognóstico e de orientação terapêutica a partir de uma clínica do sujeito do inconsciente”

(p.86). Segundo Quinet, essa prática se inscreve “em uma perspectiva não de confrontação, mas de colaboração entre a psicanálise e a psiquiatria” (p.90), no que ele retoma os postulados freudianos acerca da questão. Salienta, ainda, a “necessidade de aliar a teoria psicanalítica à diversidade da prática clínica em psiquiatria” (p.83).

Na perspectiva da colaboração entre essas áreas, Figueiredo (1999) retoma a idéia, que já encontramos em Freud, de uma relação suplementar entre as clínicas psicanalítica e psiquiátrica:

Digo suplementar e não complementar, porque não se trata de um complemento para formar um todo, uma unidade terapêutica. Trata-se de [...] acrescentar algo [...]. O analista com sua presença abre a possibilidade do sujeito se localizar a partir de sua própria fala. [...] O trabalho psicanalítico vem *suplementar* o trabalho psiquiátrico [...]. Temos que estar convencidos não apenas do valor terapêutico da fala, mas de seu valor de verdade desde que reconhecido por um outro. (p.88)

Concordamos, portanto, que a psicanálise possa promover esclarecimentos no campo da medicina, especialmente na psiquiatria, e, por outro lado, não nos parece possível prescindir da psiquiatria, dado que, como nos lembra Baltazar (2005a), em muitas situações é preciso administrar medicamentos a pessoas que, do contrário, teriam o acesso à palavra impossibilitado pela dor psíquica, como em um surto, por exemplo.

Baltazar (2005a) também nos aponta que a psicanálise não pode dialogar com qualquer psiquiatria, dado que a psiquiatria, assim como a medicina como um todo, não são unânimes em seus fundamentos. Com isso, a autora assinala que a psiquiatria que opera em torno do DSM, organicista, biológica e empirista, expulsa o sujeito de suas formulações e assim nada pode ouvir que venha da psicanálise. Por outro lado, ela nos deixa muito evidente que essa não é a única psiquiatria que um médico pode praticar.

Assim sendo, verificamos que o diálogo entre esses campos heterogêneos de saber pode ser estabelecido desde que se entenda que não se trata de uma disputa pela Verdade, nem tampouco pelo poder. Na literatura, encontramos diversos autores dispostos a fazer as diferenças teóricas dialogarem em nome da Clínica. Para que psicanalistas dialoguem com

médicos, não é necessário que concordem quanto à linguagem, à nomenclatura utilizada. Não é preciso sequer que falem a mesma língua, até porque nossa pesquisa nos indica que fundamentalmente falam línguas muito diferentes e irreduzíveis em seus princípios.

Restam, contudo, alguns impasses, pois se verificamos que o diagnóstico é um termo do vocabulário médico, marcado pelos fundamentos da medicina, e que mesmo pensando no diagnóstico estrutural, já atravessado pelo olhar psicanalítico, a idéia de uma categorização persiste, qual a pertinência de se manter, no campo da psicanálise, operando com esses conceitos?

Roland Léthier, em entrevista a Brauer (2008)⁴⁷, declara que, em sua opinião, atualmente a psicanálise vive um momento de incerteza, em que os psicanalistas, especialmente os lacanianos, atravessam um período de abertura em direção a algo novo, que ainda é desconhecido, e com relação ao qual não se tem mais do que alguns elementos. Entre esses elementos, Léthier menciona a etapa “catastrófica” de Lacan, em 1977, quando ele propõe, para o inconsciente freudiano (*unbewusst*), sua transliteração no neologismo francês “*L’unebévue*”. Segundo Léthier, a partir desse momento já não há mais a crença no inconsciente freudiano, o que desenha uma paisagem “da qual no momento somos ainda o efeito. Nós não a conhecemos muito bem, nós a exploramos tranqüilamente, com dificuldade, mas é uma nova paisagem”.

Léthier, juntamente com alguns psicanalistas da *École Lacanienne de psychanalyse*, assume, dentro da psicanálise, uma postura bastante radical: “O ponto de vista atual da psicanálise lacaniana é de perseguir o caminho da letra. Isto supõe de fato uma posição de combate contra o diagnóstico, contra a tentação terapêutica e contra o recurso ao referencial”. Aponta que a psicanálise esteve colada às categorias psiquiátricas neurose, psicose e perversão, e que a nova paisagem promove uma dissolução dessa colagem.

⁴⁷ A entrevista está disponível no filme “Entre nós”, de Felipe Brauer (2008).

Essa postura, apostando na autonomia da psicanálise frente à medicina e à psiquiatria, indica uma guinada, segundo Léthier:

Nós vamos mudar progressivamente o vocabulário. Por exemplo, eu já não emprego mais os termos neurose e psicose. Eu deixo isso aos psiquiatras, isso é coisa de psiquiatra. [...] Precisa se chegar a falar de outra forma que não com estas facilidades, que são facilidades referenciais de consistência que não convêm de forma alguma. A psicanálise é mais rica do que isso porque ela se liga à literalidade dos enunciados. É muito mais rico do que dizer psicose.

Para escapar à influência dos referenciais que até então vigoraram, Léthier propõe uma fabricação artesanal dos novos lugares a ocupar, pois “não há boa solução, não há bom método, não há receita, há o dia-a-dia a avançar com aquilo que se passa”. E adverte:

É preciso estar todo dia à beira do precipício, sem ter a possibilidade de colocar os pés sabendo antes onde se está pisando. [...] Então, é preciso estar nessa posição muito, muito arriscada de não antecipar nada. Poder-se-ia dizer que é justamente ouvindo uma palavra que a outra poderá seguir. Então, é uma espécie de poética, uma poética escabrosa, e eu creio que é isso que podem fazer hoje em dia os psicanalistas lacanianos, ou em todo caso alguns entre eles, que se interessem nessa forma de avançar. [...] Então, a psicanálise não é decididamente uma hermenêutica, quer dizer, um lugar de interpretação. A psicanálise entra no campo da errância literal que é a única solução humana concebível.

Portanto, ao lado de autores que se colocam favoravelmente à posição de estabelecer o diagnóstico estrutural, que de toda forma permanece sendo um diagnóstico, temos esse outro ponto de vista, que pretende romper radicalmente com isso. Seria tal ponto de vista impeditivo do diálogo com a psiquiatria e com a medicina? Entendemos que não. Em nossa opinião, trata-se muito mais de uma ruptura dentro da própria psicanálise, buscando apartar-se de vez do que restou dos fundamentos médicos no campo da psicanálise.

Nesta pesquisa, porém, não nos cabe investigar profundamente essa proposta, mas apenas indicá-la, dado que, dentro da temática do diagnóstico, é fundamental localizar também a existência de autores, ainda que poucos, que asseguram que o diagnóstico não tem função alguma no campo da psicanálise.

6 Considerações finais

*Porque o sentido do “total” ou do
“conjunto” não vem de um total ou de um
conjunto
Mas da verdadeira Natureza talvez nem
todo nem partes.*

Fernando Pessoa⁴⁸

Após um longo trajeto teórico investigando a temática do diagnóstico nos campos da medicina e da psicanálise, é importante salientar algumas das posições que se puderam sedimentar, depois de percorrido o caminho.

Ao longo desta pesquisa, encontramos-nos com uma série de autores que, psicanalistas, ocupam-se de esclarecer as diferenças existentes entre o diagnóstico em psicanálise e tal procedimento em medicina, procurando restituir ao sujeito seu lugar de autenticidade no discurso. Certamente que não à toa, dado que, nos tempos atuais, vivemos imersos no universo classificatório, o universo objetivante dos práticos manuais de diagnóstico, que procuram excluir desse campo toda subjetividade para melhor aplicar o saber técnico e, finalmente, encontrar o medicamento adequado à restauração da saúde/norma.

Tais autores, em sua grande maioria, consideram essa forma de exercer a medicina como sendo A Medicina, e formulam um discurso diretamente contrário ao Discurso Médico, movidos pelo imperativo – ético, sem dúvida – de incluir novamente o sujeito na clínica. Na contramão, portanto, da atual tendência à objetivação classificatória, que faz com que cheguem a nossos consultórios e às instituições sujeitos esvaziados de responsabilidade, aderidos a nomes de doenças esvaziados de significação.

Muito se diz e se pesquisa sobre o assunto. O resultado prático, porém, insiste em ser o estabelecimento de uma desavença entre médicos e psicanalistas. O cotidiano clínico permanece habitado pelo conflito, grosso modo, entre os que encerram o sujeito em um

⁴⁸ *Ficções do interlúdio / Poemas completos de Alberto Caeiro*. Extraído de “Obra poética”.

diagnóstico de transtorno bipolar do humor , por exemplo, e os que dizem que o transtorno bipolar do humor é um nome que nada diz a respeito de um sujeito. A razão desta pesquisa consistiu na busca por um entendimento com relação ao procedimento do diagnóstico, que vem protagonizando tantos desentendimentos, e por algum esclarecimento quanto à relação dessas práticas clínicas tão heterogêneas.

Consultando dicionários e tratados médicos de diferentes épocas e estilos, pudemos verificar que isto que se diz ‘A Medicina’ não existe. Existem diferentes formas de se exercer e de se fundamentar a prática médica, e não é possível afirmar categoricamente que, no campo médico, diagnosticar é afastar-se ao máximo da particularidade de cada caso para se chegar ao universal da doença. Isso, de fato, também acontece. Mas o que há, efetivamente, são os médicos que praticam a medicina de orientação positivista e outros que regem sua prática por fundamentos diferentes, mais próximos dos hipocráticos.

Desta forma, não nos parece atitude razoável a crítica uniforme aos médicos como se seus procedimentos fossem exclusivamente positivistas. Por outro lado, o cotidiano da clínica torna evidente que médicos e psicanalistas não compartilham os mesmo fundamentos, ainda que não tomemos a medicina por exclusivamente positivista. Investigando definições de diagnóstico na literatura de ambos os campos clínicos em questão, o que encontramos aponta inequivocamente para a heterogeneidade.

O que nos põe a considerar que provavelmente a melhor saída para a questão seja o diagnóstico permanecer na qualidade de **querela**, ou seja, que o assunto permaneça sempre numa suspensão incômoda e inacomodável, mais como pendência do que como acordo. Afinal, é preciso lembrar que o diagnóstico, no campo da psicanálise, significa entre outras coisas a própria herança provinda do campo médico, insistência tantas vezes desagradável, com a qual os psicanalistas não raro não sabem o que fazer. Negá-la, contudo, não deve ser uma possibilidade.

Acima de toda e qualquer vaidade teórica, deve estar a ética, suposta reger a clínica. Acima de tudo, estão os sujeitos que sofrem e nos vem procurar, e é preciso fazer dialogar aqueles que podem e devem acolher e tratar o sofrimento humano. Mas dialogar certamente não significa tornar homogêneo aquilo que é heterogêneo em seus fundamentos. Pois é justamente a própria heterogeneidade que permite que um campo de saber contribua com o outro, não como complementação, mas como um saber a mais, um saber suplementar, como dizia Freud.

Não se trata, portanto, de encontrar o vocabulário comum a médicos e psicanalistas. Pelo contrário, é preciso manter a diferença como diferença irreduzível. É preciso que médicos e psicanalistas não façam acordo, porque qualquer acordo vai significar um assentamento da questão. E o diagnóstico é uma questão que, por sua natureza de querela, não deve se assentar: nada que, afinal, se proponha incluir o sujeito do inconsciente é passível de assentamento.

É evidente que a psicanálise muito acrescentou ao diagnóstico referente ao sofrimento psíquico, no campo médico, e tais contribuições figuram bastante visíveis na literatura médica. Porém, ainda assim, vemos muitas vezes as classificações suplantarem aquilo que, da verdade do sujeito, responde em um sintoma. É preciso, sem dúvida, fazer valer a subversão freudiana, e a todo momento tratar de reinseri-la no âmago do diagnóstico médico, o que não é trivial, dado que se vai na via oposta do conhecimento racional e científico. Não é trivial mas, como pudemos constatar nesta pesquisa, também não é impossível.

Ouvir o outro em sua profunda diferença, em sua pura heterogeneidade. É o que se espera de um psicanalista com relação àqueles que o procuram para empreender uma análise. Pois é com a mesma disponibilidade que também um psicanalista deve ouvir um médico, um psiquiatra. Ao invés de retrucar que a síndrome do pânico não existe, buscar o referencial deste outro para quem a síndrome do pânico tem uma significação, construindo um diálogo

em que a escuta é certamente mais importante do que qualquer pretensa homogeneização que se venha a chamar de acordo.

Por outro lado, vale também indagar para quê serviria, a um psicanalista, a compreensão do referencial do colega médico e psiquiatra, além de permitir que discutam as condutas terapêuticas em um determinado caso, ou seja, além de permitir que dialoguem. Não que o estabelecimento de um diálogo entre tais profissionais seja de pouca importância, no atual cenário da Clínica. Pelo contrário, entendemos que o diálogo é importante, e o conhecimento mútuo dos referenciais distintos só traz benefícios àqueles que nos procuram para tratar de seu sofrimento.

Mas também é importante ressaltar que esta pesquisa traz esclarecimentos a respeito da relação entre esses campos distintos de saber. Poderíamos dizer, fazendo uso das articulações de Lacan no Seminário RSI, que o que há entre esses campos é precisamente a não-relação. Fazer dialogar não é necessariamente fazer relacionar um com o outro. Desta forma, poderíamos também compreender o rechaço de alguns lacanianos ao uso do diagnóstico como conceito operatório dentro do campo da psicanálise, conceito que soa absolutamente heterogêneo, do ponto de vista dos fundamentos.

Assim, para a prática da psicanálise propriamente dita, o que verificamos é que de nada servem os conceitos médicos. Questionando a validade do diagnóstico, mesmo que seja um diagnóstico que inclua o sujeito e suas implicações com seus sintomas, vale lembrar Freud: somente o caminhar da análise é que permitirá saber daquilo que, no início, instala-se apenas como hipótese. Acompanhar o desenrolar do discurso de um sujeito, suportar a posição que é muito mais não-saber do que saber, essa é a via da psicanálise.

Finalmente, como concluir de forma razoável? Nossa opção é deixar a conclusão também como querela, discussão, pendência. Ou seja, uma conclusão que seja mais abertura do que fechamento, porque de fato há questões que permanecem abertas. Porque, por mais

que haja indicações de uma ruptura dentro da própria psicanálise, temos ainda pouco acesso a essas leituras e discussões. Se vivemos um momento de transição e metamorfose, o horizonte se apresenta nublado, e na prática não vislumbramos os novos operadores. Sabemos, sim, a cada dia, que os antigos andam um tanto desalinhados, e cada vez mais inoperantes.

Nossa pesquisa indica a continuidade do caminho, caminho este que, por estar atrelado à Clínica, traz sempre incontáveis questionamentos e constante inquietação, impelindo-nos a buscar os novos operadores naquilo que ainda é desconhecido também na teoria. Constituir o campo da psicanálise como um campo cada vez mais independente da medicina não significa prescindir dela, nem viver em conflito. Nesse caso, qualquer disputa é desnecessária e inútil, pois o corpo precisa inegavelmente dos médicos, dos psiquiatras e dos psicanalistas, cada qual com sua especificidade.

Referências

ADELON, M. M. *Dictionnaire des sciences médicales par une société des medecins et de chirurgiens*. Paris: C. L. F. Panckoucke, 1812-22. *Gallica, bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France*. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr>>. Acesso em 31 ago. 2007.

BALTAZAR, M. L. A medicina hipocrática e o DSM-III. *Temas Teoria e prática do psiquiatra*. São Paulo, v.23, .n.º 45, p. 18-24, jan./jun., 1993.

_____. (2005a) Psicofármacos e psicanálise. *Pulsional Revista de psicanálise*. São Paulo, vol. 183, p. 5-20, 2005.

_____. (2005b) Da magia à psiquiatria. In: RAMADAN, Z. B. A.; ASSUMPÇÃO JR., F. B. (org.) *Psiquiatria: da magia à evidência*. São Paulo: Manole, 2005, capítulo 4, 512 p.

BARROW, J. *Dictionarium medicum universale: or, a new medicinal dictionary. Containing an explanation of all the terms used in physic, ... botany, &c. ...* London, 1749. 591pp. *Eighteenth Century Collections Online*. Gale Group. Disponível em: <<http://galenet.galegroup.com/servlet/ECCO>>. Acesso em: 5 set. 2007.

BARROW, J. *A new and universal dictionary of arts and sciences: ... With an introductory preface, ... And illustrated with a great number of copper-plates, ...* London, 1751. 1151pp. *Eighteenth Century Collections Online*. Gale Group. Disponível em: <<http://galenet.galegroup.com/servlet/ECCO>>. Acesso em: 5 set. 2007.

BEAUDE, J.-P. *Dictionnaire de médecine usuelle par une société de professeurs, de membres de l'Académie royale de médecine, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux*. Paris: Didier, 1849. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr>>. Acesso em 31 ago. 2007.

ENTRE NÓS. Direção e produção de Felipe Falek Brauer – Projeto Tecer. São Paulo: Dok Produções, 2008. 1 DVD (56 min), DVD/NTSC, son., color.

BRAUER, J. F. *Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 192 p.

CANGUILHEM, G. (1966) *O normal e o patológico*. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. 6.^a ed. São Paulo: Ática, 1995. 440 p.

CHEMAMA, R. *Dicionário de psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. 399 p.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274 p.

CROKER, T. H. *The complete dictionary of arts and sciences. In which the whole circle of human learning is explained, ... The theological, philological, and ...* London, 1764-1766. 696pp. Vol. 2 *Eighteenth Century Collections Online*. Gale Group. Disponível em: <<http://galenet.galegroup.com/servlet/ECCO>>. Acesso em: 5 set. 2007.

CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982. p.261.

DE NEUTER, P. Do sintoma ao sinthoma. In: DORGUEUILLE, C.; CHEMAMA, R. *Dicionário de psicanálise: Freud & Lacan*. Salvador, BA: Ágalma, 1997. p. 247-258.

DOLTO, F. Prefácio. In: MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1980. p. 9-30.

DOSSE, F. *História do estruturalismo*. Vol. I. Bauru, SP: Edusc, 2007. 513 p.

EVANS, D. *An introductory dictionary of lacanian psychoanalysis*. London: Routledge, 1977. 272 p.

FEDIDA, P. *Diccionario de psicoanálisis*. Madrid: Alianza, 1985. 176 p.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 595.

FIGUEIREDO, A. C. A relação entre psiquiatria e psicanálise: uma relação suplementar. *Informação Psiquiátrica*, v. 18, n. 3, 1999. p. 87-89.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, v. III, n.2, jul/dez 2000. p.65-86.

FINGERMANN, D. Abertura do campo freudiano: o inconsciente e a sexualidade. *As realidades sexuais e o inconsciente: histórico da questão*. Volume preparatório do Encontro Internacional dos Fóruns e da Escola de Psicanálise do Campo Lacaniano. Salvador, BA: Publicação da EPFCL-Brasil, 2006. p. 6-13.

FOUCAULT, M. (1961) *História da loucura*. 7.^a ed. São Paulo: Perspectiva. 2004. 551 p.

_____. (1963) *O nascimento da clínica*. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. 241 p.

FREUD, S. (1886) Prefácio à tradução das *Conferências sobre as doenças do sistema nervoso*, de Charcot. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. I, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 57-60.

_____. (1888) Histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. I, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 83-118.

_____. (1892/1940-41) Esboços para a “Comunicação preliminar” de 1893. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. I, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 213-222.

_____. (1892-3) Um caso de cura pelo hipnotismo. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. I, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 177-191.

_____. (1893-95) Estudos sobre a histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. II, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. 350p.

_____. (1895/1950) Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. I, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 387-529.

_____. (1894) As neuropsicoses de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. III, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p.51-72.

_____. (1896a) Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. III, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 159-183.

_____. (1896b) A etiologia da histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. III, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 187-215.

_____. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. III, 3.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 249-270.

_____. (1900) A interpretação dos sonhos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. IV e V, 2.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 17-566.

_____. (1901) A psicopatologia da vida cotidiana. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. VI, 2.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. 271 p.

_____. (1901/1905) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. VII, 2.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1989. p. 12-115.

_____. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 147-159.

_____. (1913) Sobre o início do tratamento. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 164-191.

_____. (1916-17/1917a) Conferências introdutórias sobre psicanálise – Conferência XXIII. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 419-439.

_____. (1916-17/1917b) Conferências introdutórias sobre psicanálise – Conferência XVI. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 289-303.

_____. (1923) O ego e o id. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-83.

_____. (1924/1925) Um estudo autobiográfico. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-92.

_____. (1926) A questão da análise leiga. Conversações com uma pessoa imparcial. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 205-293.

_____. (1929/1930) O mal-estar na civilização. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 75-171.

_____. (1938/1940) Esboço de psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 165-237.

GOERKE, H. *3000 anos de historia de la medicina de Hipocrates a la medicina bioquímica*. Barcelona: Ed. Gustavo Gili S. A., 1986. 280 p.

HALL, W. H. *The new royal encyclopedia; or, complete modern dictionary of arts and sciences, on an improved plan. Containing a new, universal, accurate, and ...* London, 1788. 774pp. Vol. 2. *Eighteenth Century Collections Online*. Gale Group. Disponível em: <<http://galenet.galegroup.com/servlet/ECCO>>. Acesso em: 5 set. 2007.

HIPÓCRATES, *Aforismos*. São Paulo: Martin Claret, 2004. 133 p.

JAMES, R. *A medicinal dictionary; including physic, surgery, anatomy, chymistry, and botany, in all their branches relative to medicine. Together with a ...* London, 1743-45. 1091pp. Vol. 1 *Eighteenth Century Collections Online*. Gale Group. Disponível em: <<http://galenet.galegroup.com/servlet/ECCO>>. Acesso em: 5 set. 2007.

JAPIASSU, H. *Psicanálise: ciência ou contraciência?* 2.^a ed. Rio de Janeiro: Imago, 1998. 264 p.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. *Dicionário básico de filosofia*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. 296 p.

JULIEN, P. *Psicose, perversão, neurose*: a leitura de Jaques Lacan. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002. 207 p.

KAMMERER, T.; WARTEL, R. Diálogo sobre os diagnósticos. In: LACAN, J. et al. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989. Capítulo 2, p. 27-44.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise*: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. 785 p.

KUHN, H. A. *Avaliação clínica e funcional do doente*. Vol. I. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1977. 225 p.

KUHN, T. S. (1962) *A estrutura das revoluções científicas*. 3.^a ed. São Paulo: Perspectiva, 1991. 257 p.

LACAN, J. (1947/2001) A psiquiatria inglesa e a guerra. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. p. 106-126.

_____. (1953/1966) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 238-324.

_____. (1955-56) Introdução à questão das psicoses. In: *O Seminário: As psicoses*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. p. 11-24.

_____. (1956/1966) A coisa freudiana. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 402-437.

_____. (1957/1966). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 496-533.

_____. (1958/1966). A significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 692-703.

_____. (1960/1966a). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 807-842.

_____. (1960/1966b). Posição do inconsciente. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 843-864.

_____. (1961-62) *O Seminário: A Identificação*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003. 442 p.

_____. (1973/2001). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. p. 550-556.

_____. (1974-75) *O Seminário: RSI*. Seminário inédito, publicação não autorizada.

LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 1360 p.

LANDRÉ-BEAUVAIS, A.-J. *Séméiotique ou traité des signes des maladies*. Paris: J.-A. Brosson, 1818. *Gallica, bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France*. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr>>. Acesso em 31 ago. 2007.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 552 p.

LOPES, O. C. *A medicina no tempo: notas de história da medicina*. São Paulo: Edições Melhoramentos (Editora da USP), 1970. 339 p.

MACBRYDE, C. M.; BLACKLOW, R. S. *Sinais e sintomas: fisiopatologia aplicada e interpretação clínica*. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1975. 862 p.

MONSENY, J. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 69-77.

MOTHERBY, G. *A new medical dictionary; or, general repository of physic. Containing an explanation of the terms, and a description of the various particulars ...* London, 1775. 640pp. *Eighteenth Century Collections Online*. Gale Group. Disponível em: <<http://galenet.galegroup.com/servlet/ECCO>>. Acesso em: 5 set. 2007.

PESSOA, F. *Obra poética*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. 761 p.

PORTO, C. C. *Semiologia médica*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 1356 p.

POUJOL, F.-A.-A. *Dictionnaire de médecine – pratique et des science qui lui servent de fondement*. Paris: J.-P. Migne, 1852. *Gallica, bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France*. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr>>. Acesso em 31 ago. 2007.

PRISZKULNIK, L. Clínica(s): Diagnóstico e Tratamento. *Psicologia USP*, São Paulo, vol. 11, n. 1, p. 11-28, 2000.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. 5.^a ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993. 125 p.

_____. (2001a) Como se diagnostica hoje. In: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 73-77.

_____. (2001b) A apresentação de pacientes de Charcot a Lacan. In: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 83-90.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 878 p.

RYCROFT, C. *Dicionário crítico de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 78-79.

SAMUEL-LAJEUNESSE; B. et al. Em torno do DSM III In: LACAN, J. et al. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989. Capítulo 6, p. 70-83.

SAUSSURE, F. (1916) *Curso de lingüística geral*. 5.^a ed. São Paulo: Cultrix, 1973. 279 p.

SONENREICH, C. *Debates sobre o conceito de doenças afetivas*. São Paulo: Manole, 1991. 147 p.

SOUZA LEITE, M. P. A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 23, p. 22-24, dezembro de 1998.

STEDMAN, T. L. *STEDMAN Dicionário médico*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1979. p. 375.

TAYLOR, R. et al. *DORLAND'S illustrated medical dictionary*. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1974. p.435.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: construção teórico epistemológica, discussão comprada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2.^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 685 p.

VOLICH, R. E. Leitura e diagnóstico do sintoma orgânico. *Psicologia USP*, São Paulo, vol. 11, n. 1, p. 137-153, 2000.

ZARIFIAN, E. Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? In: LACAN, J. et al. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989. Capítulo 3, p. 45-51.

ZIMERMAN, D. E. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001. 459 p.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)