

Objeto a nos novos sintomas: incidência da psicanálise na escuta médica¹

Roberto Assis Ferreira

Situando a questão da escuta médica

Atendendo ao rigor teórico, não é correto falar de escuta médica, em outras palavras, para a medicina, a escuta existe como retórica, pois a medicina como disciplina científica não tem como objeto o sujeito, não visa à subjetividade. Como alguém já disse: antes de Freud ninguém escutava ninguém. Por outro lado, o médico deve escutar, é desejável que ele escute. Logo, a medicina como profissão, como prática, pode estar além da ciência médica.

A medicina utiliza o discurso da relação médico-paciente, mas o que se entende por isso? Crê-se que a prática artesanal da clínica, com investimento na semiologia, facilite o aprofundamento da relação médico-paciente. O uso da semiologia, no entanto, visa ao diagnóstico, procurando afastar ou afirmar a doença, seja orgânica, seja psiquiátrica. E o que é chamado de relação médico-paciente deverá ser desenvolvido pela sensibilidade e pelo bom senso de cada profissional. No presente, procura-se responder a essa falha, construindo-se receitas, na maioria das vezes, de forma protocolar, chegando-se a criar uma espécie de etiqueta que nortearia tal relação.

A partir da segunda metade do século XX, o domínio da medicina tecnológica não permite mais o modelo de prática artesanal, há uma tendência ao esvaziamento progressivo da prática clínica e, ultimamente, a supremacia da medicina baseada em evidências, com o uso massivo de protocolos, de *guidelines*, em que o médico se torna cada vez mais um técnico. Não há lugar para o juízo e para a experiência clínica, resultado de uma longa prática. Em várias especialidades da medicina, não há contato, nem conhecimento, entre médico e paciente, a relação médico-paciente fica a cargo de outros profissionais.

A tentativa de recuperar a prática clínica, com modelos como o da atenção primária, desvela a tendência em aplicar critérios técnicos de controle coletivo de qualidade e produtividade. O uso das chamadas tecnologias de baixo custo acentua a dimensão técnica do trabalho médico.

Nesse contexto, certamente, há insatisfações, tanto de pacientes como de profissionais. Surgem problemas clínicos que levam a questionar o modelo tecnológico, cite-se a baixa adesão ao tratamento na grande maioria das doenças crônicas. Essas situações transparecem em áreas da medicina como saúde mental, clínica de crianças, de adolescentes, de idosos, de doenças crônicas, etc. Forçam a busca da subjetividade, quando nada, a particularidade do paciente e do caso clínico.

Ao longo dos anos, algumas respostas têm surgido dentro da medicina: práticas alternativas, modelo Balint, medicina comunitária, clínica ampliada, semiologia ampliada etc. A resposta que tem predominado é a do trabalho multiprofissional, denominado de interdisciplinar, quase sempre inadequadamente. Nessa situação, o médico passa a prescrever os tratamentos da área psi ou a lançar mão de dispositivos que são tidos como passíveis de algum efeito, em questões em que a medicina clínica mostra seus limites: psiquiatras, psicólogos, grupos operativos, terapia ocupacional e até psicanalistas.

Por outro lado, voltando à consideração de que o médico possa ou deva escutar, não se pode escapar ao rigor teórico, fazer saladas “medicina-psicanálise”, como há tendência em algumas áreas denominadas de psicossomáticas. A medicina e a psicanálise são saberes constituídos a partir de corpos teóricos diferentes, são dois saberes disjuntos,² mas é possível ao profissional, em algum momento, articulá-los, ou possível a um profissional fazer uso deles, uma prática corrente dos psiquiatras que também são psicanalistas. Assim, aos médicos que o queiram se pode propor “uma pitada de escuta”. O que não significa, de forma alguma, ocupar o lugar do analista, pelo contrário, visaria a criar as condições para a localização de um sintoma e a possibilidade de encaminhamento a um analista, quando nada, permitir que surja algo na chamada relação médico-paciente. Essa prática não exime o médico de buscar uma formação adequada, fazer sua própria análise e estar atento ao processo transferencial.

Na prática clínica, mesmo no contexto da medicina tecnológica, cabe o esforço de manter uma dimensão artesanal da prática clínica, estando atento ao que é particular do caso a caso, sendo possível ir além das evidências, sustentadas no modelo epidemiológico-estatístico. Há espaço para pequenas brechas, para uma pitada de escuta, para deixar surgir a subjetividade do paciente, para perceber a transferência, para se preocupar — com a demanda do paciente (nem sempre o que traz como sua doença, ou sua queixa evidente, ou mesmo aquilo que o médico identifica como sua doença — ex. obesidade) e para entender que o paciente nem sempre procura a cura. É possível trabalhar demandas, seja do paciente, seja da família, usando-se como lema “não há problema que a falta de solução não resolva”, ou melhor, pode-se permitir ao paciente e mesmo à sua família construir algum trabalho de elaboração, em torno do problema que o traz ao médico.

No ensino da medicina, em experiência particular, tenho, com alguns colegas, trabalhado com a disciplina medicina do adolescente, na qual se estimula o estudante de graduação e, sobretudo, o de especialização, a realizar uma pitada de escuta, aí também há o esforço de construir uma prática interdisciplinar.

Objeto pequeno a e os novos sintomas

O médico, sobretudo o profissional em formação, e o paciente, com suas demandas, estão aprisionados ao Outro contemporâneo, ao modelo consumista de mercado, segundo o qual a própria saúde se coloca como mercadoria e a subjetividade está excluída, nomeando-se o sofrimento humano e prometendo-se soluções técnicas a todas as questões. Nesse contexto, dois textos em particular alertam para a importância do *objeto a* na clínica contemporânea.

No primeiro, de Miller, "Uma fantasia", o autor interroga, a partir da constatação que o sujeito contemporâneo é desbussolado, desinibido, desamparado: "Então, de repente, eu me perguntei: será que o *objeto a* seria — como dizer — a bússola da civilização de hoje? E por que não? Tentemos ver nisso o princípio hipermoderno da civilização".³ A partir da indagação de Miller, o discurso da civilização não seria mais o discurso do mestre, o avesso da psicanálise. O discurso da civilização teria a mesma estrutura do discurso da psicanálise? Esses elementos, no entanto, têm no comando o mais-de-gozar, com os seus quatro termos disjuntos e dispersos na civilização: o mais-de-gozar comanda, o sujeito trabalha, as identificações caem substituídas pelas avaliações homogêneas das capacidades, assim como o saber se ativa em mentir como em progredir, sem dúvidas.

No segundo texto, de Laurent⁴, dentre os textos preparatórios para o VI Congresso da AMP, o autor começa afirmando que a aposta maior do Congresso de 2008 da AMP sobre os *objetos a* na experiência analítica será dar prosseguimento ao diálogo entre a psicanálise como prática e a civilização. Para ele, o estado atual da civilização é descrito como de individualismo de massa ou hedonismo conformista de massa. Laurent, no entanto, aponta que um psicanalista não pode admitir esse termo, "hedonismo contemporâneo", pois o hedonismo seria um sonho. Este suporia "uma medida" possível das relações do sujeito e de seu gozo, enquanto a mobilização geral que produz o capitalismo global determina um efeito muito além da cantilena do hedonismo e da felicidade. De fato, atualiza-se um "mais de gozar" que não pode cessar de produzir seus efeitos em duas vertentes: pulsão de morte e restauração de um amor pelo pai morto. A civilização do chamado hedonismo assinala uma civilização da dependência, da adição, dos fundamentalismos; do corpo fragmentado e dos objetos da pulsão, com as transformações múltiplas desse corpo remodelado pelo Outro, suas técnicas médicas e sua indústria; em que o *objeto a* de velado torna-se cada vez mais evidente; um mundo capturado pela paixão de ver-tudo, pela multiplicidade das telas de projeção; e também em que a ciência contemporânea traz pseudodescobertas sobre o homem a partir de estudos sobre os macacos: "O

problema que esta gente não vê, aparentemente, ou esqueceu, é que estas idéias cheiram muito às ficções do século XVIII”.

É ainda Laurent quem diz:

Podemos encontrar, deste modo, a presença sob a imagem narcisista da pulsão de morte. A sociedade de vigilância generalizada e a sociedade do espetáculo podem ferozmente reunir-se quando em Londres, as imagens dos terroristas, registradas pelas câmeras de vigilância, depois do atentado, são imediatamente difundidas na cadeia Al-Jazira e servem à glória destes homens que escolheram matar-se e matar para a glória de Deus. (Laurent. op. cit).

O êxito destes pequenos aparatos, os *i-pods* testemunham a fascinação que temos pelos aparatos portáteis e acumuladores de voz [...] Estes aparatos que difundem música que faz dançar, que faz dormir, que faz sonhar, são feitos para esconder-nos o mais real que há na voz, à qual se aproxima a psicose. A voz, no fundo, é silenciosa e manda. Enuncia uma ordem terrível em nome da qual, o sujeito pode reunir seu ser para a morte, matar e matar-se. Estes pequenos aparatos que têm tanto êxito são um concentrado do supereu. Este mundo, que acompanha por toda parte o sujeito, contém, em seu centro, um ponto de imundo. A voz mobiliza o sujeito em nome do gozar, até o esgotamento. (Laurent. op. cit).

A medicina contemporânea

Deve-se colocar a pergunta: é possível à psicanálise ter algum efeito na prática e na teoria da clínica médica dentro do paradigma dominante, biotecnológico, da medicina atual? Parte-se da premissa que sim!

Lacan,⁵ em 1966, aponta um lugar marginal e extraterritorial para a psicanálise na sua relação com a medicina. Marginal a partir da medicina, que a admite como uma ajuda exterior, comparável às diversas profissões que complementam a atividade assistencial. Extraterritorial por parte dos psicanalistas, que têm suas razões. Hoje, as coisas não estão bem assim, aprofunda-se a marginalidade, mas os analistas estão sendo forçados a se inserirem na cidade.

Lacan, ainda que fizesse a colocação anterior, apontava o lugar dominante que a ciência seguiria cada vez mais na vida comum, delineando o curso da medicina na sua relação com a psicanálise. Ainda assim, para Lacan, a psicanálise possibilitaria ao médico recuperar seu lugar propriamente médico.

O médico, no passado, antes da medicina científica e, mais ainda, na sua versão biotecnológica, limitava-se ao cuidado do paciente e de seus males, apropriando-se e desenvolvendo um saber artesanal. Já na contemporaneidade, o médico torna-se cada vez mais aprisionado dos avanços técnicos e científicos. Encanta-se com as tecnologias disponíveis, com os avanços. Na psiquiatria, com o progresso das neurociências, cria-se a ilusão de dar conta do comportamento humano, levando ao desinteresse pela causalidade psíquica e empobrecendo perigosamente a condução do tratamento do ser humano em sofrimento psíquico.

A medicina, na contemporaneidade, por mais avanços tecnológicos que tenha incorporado, acha-se desafiada por nova nosologia, em que se inclui o que se pode chamar novos sintomas, ou seja, por um resto inapreensível aos métodos

científicos, por questões anteriormente pouco afeitas à prática da clínica médica, mas que hoje a invadem, como uso de drogas em grande escala, anorexia, bulimia, dismorfofobias, depressão, inibições, síndrome do pânico, preocupação com o suicídio, práticas de violência e suas vítimas de todos os tipos etc. Enfim, um contexto em que, como afirma Laurent:

[...] a experiência da psicanálise pode permitir uma reflexão sobre como combinar o que seria a particularidade de gozo com o universal pensado como solução para o laço social, isto é algo para pensar. Melhor dito, para desenvolver... o pensar, temos uma certa desconfiança disto. (Laurent, op. cit.)

E no qual conclui que a psicanálise “é muito mais este saber que não é progressista nem conservador, mas subversivo; é este saber que pode nos aliviar da religião ingênua do cientificismo contemporâneo que produzirá mais presença da pulsão de morte”. (Laurent, op. cit.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, S. Psicanálise aplicada à medicina: o avesso da *gold standard*. *Opção Lacaniana*, n.38, p.34-37 setembro 2003.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, n.32, p.8-14, dezembro 2001.

LAURENT, E. Textos e papers preparatórios para o VI Congresso da AMP, em edição eletrônica no site do Congresso.

LAURENT, E. Apuestas del congreso 2008: o objeto *a* como pivote de la experiencia analítica. In: SALOMONE, L. D. *et al. Lo inclasificable de las toxicomanias*. Buenos Aires: Grama, 2008.

MILLER, J.-A. Uma fantasia. *Opção Lacaniana*, n.42, p.7-18, fevereiro 2005.

¹ Texto apresentado no Núcleo de Investigação e Pesquisa de Psicanálise e Medicina do IPSMMG, em 28/08/2008.

² Sérgio de Campos discute a articulação dessa junção/disjunção, no texto: “Psicanálise aplicada à medicina: o avesso da *gold standard*”, em *Opção Lacaniana*, n.38, p.34-37, setembro 2003.

³ MILLER. Uma fantasia. *Opção Lacaniana*, n.42, p.7-18, fevereiro 2005.

⁴ LAURENT. *Textos e papers preparatórios para o VI Congresso da AMP, em edição eletrônica no site do Congresso*. Publicado também como: Laurent E. Apuestas del congreso 2008: o objeto *a* como pivote de la experiencia analítica. In: Salomone LD et al. *Lo inclasificable de las toxicomanias*. Buenos Aires: Grama, 2008.

⁵ LACAN. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, n.32, p.8-14, dezembro 2001.