

## **A divulgação do discurso médico e a demanda de atendimento psicanalítico**

The dissemination of the medical discourse and the demand for psychoanalytic treatment

Sonia Alberti; Aline da Silva Gonçalves; Irene Moura Beteille

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

### **RESUMO:**

Este trabalho pôde ser desenvolvido na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a partir de duas experiências clínicas de alunos de psicologia, no hospital. Discutem-se as divergências entre psicanálise e medicina, principalmente no que tange à concepção de sujeito para ambas: no momento em que a medicina biologizante está cada vez mais próxima de um discurso cientificista – até mesmo na mídia –, ela corre o risco de foracluir o sujeito, enquanto que a psicologia no hospital sempre pode reintroduzir a importância da subjetividade, à imagem do que tentou fazer Georges Canguilhem na medicina e do que faz a psicanálise quando insiste na função do sintoma como presentificação do sujeito. A abordagem do diagnóstico e a da direção do tratamento diferentes conforme o discurso da medicina biologizante e o discurso da psicanálise têm, necessariamente, consequências na relação com o paciente. Tais consequências são discutidas especialmente quanto à noção de saber e não saber na clínica.

**Palavras-chave:** psicanálise; medicina; divisão do sujeito; hospital.

---

### **ABSTRACT:**

The present article could be developed in the State University of Rio de Janeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ) as a result of the clinical experiences of two undergraduate students in psychology, in a hospital. We discuss the differences between psychoanalysis and medicine, especially with regard to the conception of the subject to both: at the time biologism in medicine gets medicine closer to scientific discourses – even in the media – it runs the risk of foreclosing the subject, while psychological practice in the hospital can always reintroduce the importance of subjectivity, as tried by Georges Canguilhem in the medical domain, and as psychoanalysis does when it insists on the function of the symptom as presenting the subject. The approaches to diagnosis and treatment of these different directions, the discourse of biologism in medicine and the discourse of psychoanalysis, necessarily have consequences in the relation to the patient. Those effects will be discussed, especially in regards to the idea of knowing and not knowing in the clinic.

**Key-words:** psychoanalysis; medicine; division of the subject; hospital.

---

## **Introdução**

O presente artigo aborda as atuais relações entre Psicanálise e Medicina, bem como as diferenças fundamentais entre esses dois saberes, a partir de duas experiências realizadas durante uma pesquisa em nível de Iniciação Científica. Destacaremos a questão da divisão do sujeito, presente no contexto da psicanálise, mas pouco considerada no âmbito do discurso médico, frequentemente marcado pelo cientificismo e pela concepção do ser humano enquanto indivíduo eminentemente racional. Vale ressaltar que o objeto de nosso estudo aqui é a medicina biologizante, tão comum na atualidade, e não a medicina clássica. Tendo em vista o fato de que a divisão subjetiva só pode ser observada a partir da clínica, iniciaremos a apresentação da problemática com um caso clínico acompanhado durante a pesquisa. O contexto do atendimento terapêutico que realizamos sob supervisão psicanalítica ocorreu em consequência do questionamento das propostas de tratamento por parte de um médico psiquiatra que parecia saber, imediatamente, o que fazer no caso.

O encaminhamento que levou às entrevistas preliminares para um tratamento psicológico baseava-se na observação de que não havia respostas concretas e racionalmente verificáveis para o sofrer psíquico. A equipe na qual esse atendimento foi realizado conhecia a orientação do setor de saúde mental para o qual encaminhava o caso e sabia que se tratava, fundamentalmente, da psicanálise. Tal encaminhamento testemunha o fato de que havia, naquela equipe, dentro de um hospital, a percepção de que o setor de saúde mental talvez pudesse tratar o que, para a medicina, parecia intratável. Diante da recusa explicitada pelo paciente de seguir o acompanhamento médico indicado – fundamentado numa suposição *a priori* de saber –, recorria-se, e em última instância, a um atendimento que, paradoxalmente, parte do princípio de que há um não saber e que o único saber advém do próprio paciente. Esta é a orientação inicial, é o ponto de partida para qualquer tratamento possível a partir de psicanálise. Assim, a hipótese que sustenta nosso artigo é: lá onde o não saber é um obstáculo para o tratamento no âmbito do discurso médico, no discurso psicanalítico é justamente ele que abre a possibilidade para o tratamento.

Iniciemos com o relato desse caso clínico.

### **Um caso clínico**

José, pai de Elaine, 14 anos, buscou atendimento psicológico para sua filha porque estava preocupado com a tristeza, a insônia e as ausências dela na escola. Elaine se dizia triste e insatisfeita em seu relacionamento com o pai, a quem considerava ausente e, em consequência, havia sido encaminhada para um atendimento psiquiátrico. Na primeira entrevista conosco, José relatou que tal atendimento o desagradara, pois já na primeira consulta o psiquiatra receitou remédios para aliviar a tristeza da filha. José se manifestou contrário à conduta do psiquiatra por julgar paradoxal o fato de o profissional não conhecer a paciente e, no entanto, já medicá-la. Inicialmente não queria algo assim – psiquiatra, remédios, diagnóstico –, a menos que realmente fosse necessário, pretendendo iniciar o tratamento da filha com "algo mais leve" como a psicologia, pois não queria "enchê-la" de remédios.

Elaine é a única filha de José, mas ela tem uma irmã mais velha por parte de mãe. Seus pais se separaram depois de muitas brigas quando Elaine estava com nove anos de idade. Após a separação, Elaine ficou morando com a mãe que, conforme pai e filha, não lhe oferecia cuidados básicos, como alimentação por exemplo. Na realidade, a ex-esposa era paciente psiquiátrica. Passados alguns meses da separação, José entrou na justiça com um pedido de guarda da filha, justificando esse pedido pela falta de cuidado da mãe em relação à menina. Tendo conseguido a guarda de Elaine, o pai a levou para morar junto com ele na casa de sua namorada. Residiram lá durante alguns meses, até que José presenciou uma briga entre sua filha e a namorada dele, fato que provocou inicialmente a mudança de Elaine, e pouco tempo depois a sua própria, para o apartamento da mãe dele, onde ambos ainda residiam quando iniciamos os atendimentos. Inicialmente moravam neste apartamento: José, Elaine, um irmão de José e, posteriormente se juntou a eles a meia irmã de Elaine – cujos cuidados também acabaram sendo assumidos por José em função da impossibilidade de sua ex-esposa garanti-los. Além das queixas de Elaine para com seu pai, ela também se queixava muito do tio que, segundo ela, interferia muito em sua vida sem ter o direito (sic); mas ao mesmo tempo Elaine compreendia que os comportamentos do tio, que ela vivia como interferência, ocorriam em função da doença dele (ele fora diagnosticado como “bipolar” e tomava alguns remédios para isso).

Elaine e a mãe não se viram e nem se falaram mais desde a época em que José

obteve sua guarda – durante todo período de entrevistas, Elaine mencionou apenas duas vezes a mãe. O atendimento desse caso foi encaminhado para o setor de psicologia por causa da preocupação do pai em relação ao comportamento da filha, e cedo se pode perceber a importância do pai no caso, objeto de endereçamento das dificuldades da filha e, ele mesmo, sujeito da demanda do acompanhamento. Em consequência, o pai de Elaine foi acolhido nos atendimentos e foi recebido em entrevistas ele mesmo, ao mesmo tempo em que foi reservado um espaço também para Elaine. Esta ocupava quase todo o tempo das suas entrevistas com queixas sobre o pai que, segundo ela, era muito ausente física e emocionalmente. Contrariamente ao que se pode observar a partir das preocupações que José trazia para o atendimento, Elaine se queixava do fato de ele pensar que ser um bom pai se resumiria a dar dinheiro e presentes; o que de fato ela gostaria de ter dele era a sua presença e atenção. No discurso dela, o pai é uma pessoa tão trabalhadora, que trabalha tanto que até o faz desnecessariamente! Que o discurso de Elaine é uma demanda de amor infinita em relação a este pai que procura dar conta, ao máximo, das responsabilidades que assumiu perante a filha e a enteada, é atestado na queixa final da filha: quando ele tem tempo, passa-o junto à namorada e aos amigos.

Não foi difícil levantar uma hipótese diagnóstica para a adolescente que, se por um lado presentificava sua relação edípica com o pai, por outro, questionava-o ininterruptamente, o que classicamente configura um quadro de histeria. Mas a falta de possibilidades de estar com sua mãe, em função das dificuldades desta, a levaram, ao longo dos últimos cinco anos, a esperar cada vez mais do pai o amor que, em princípio, é dividido entre o casal parental. O fato também de ela ter ficado com José, que tinha uma namorada com a qual Elaine não se entendia muito bem, não deve ter ajudado Elaine a atravessar seu Édipo, justamente no início de sua puberdade. Isso certamente atrapalhou a entrada na adolescência da filha de José, que se via completamente perdido, sem saber o que fazer na situação. Além disso, diante dos comportamentos da filha e submetido, como estamos todos, aos discursos midiáticos sobre a hereditariedade dos distúrbios psiquiátricos, José começava a se perguntar se a filha não teria herdado as dificuldades psicológicas da mãe ou mesmo do tio paterno.

Na época em que iniciamos o atendimento, Elaine já havia acumulado várias faltas e notas baixas na escola, sentindo-se desestimulada para ir até lá, afirmando que o fato ocorria em função das brigas que tinha com o pai e pela sua dificuldade em

conseguir dormir, uma vez que ela dizia só conseguir adormecer depois das três ou quatro horas da madrugada, depois de ficar pensando no que queria dizer para o seu pai que, no entanto, não lhe dava oportunidade para conversar.

Transcorridos aproximadamente dois meses do início dos atendimentos, em que foi possível a Elaine alguma elaboração e alguns questionamentos de suas queixas, José anunciou à filha que viajaria a trabalho. Chegou ao atendimento muito preocupado com o comportamento apresentado pela filha depois de tê-la informado disso: ao saber da viagem, Elaine saiu de casa sem avisar. Ao celular, disse ao pai que não voltaria para casa, caso ele realmente fosse viajar. José tentou explicar a necessidade de fazer essa viagem e, apesar de a filha se mostrar irredutível, ele decidiu, ainda assim, viajar. Quando nos procurou, buscava um apoio para fazer a filha compreender a necessidade de ele se ausentar. Fragilizado diante de toda a situação, mas sem deixar de assumir suas responsabilidades com a filha, José nos trazia sua própria dificuldade de fazer valer sua posição como chefe de família numa estrutura familiar que sofrera vários abalos desde os primeiros nove anos da filha. Na realidade, se deixava questionar cada vez mais por Elaine que, motivada pela demanda de amor ao pai e, estruturalmente, pelo Édipo que a situação não ajudava a atravessar, também se desesperava na falta de uma palavra firme do pai que a assegurasse ao mesmo tempo do amor dele por ela e da importância de ele ter a vida dele e ela construir a dela com a segurança de poder recorrer a ele quando necessitasse. Durante a ausência do pai, Elaine continuava a trabalhar suas questões, o que o pai evidentemente não sabia.

A primeira virada no caso dera-se nesse momento em que ele decidiu viajar, ainda assim, ou seja, ainda que Elaine tivesse ameaçado não retornar para casa, ainda que ela se queixasse de ele não lhe dar espaço, a decisão de viajar apontou para a possibilidade de zelar por um espaço próprio, distinto do de sua filha, delimitando portanto de forma mais decidida o lugar que ocupava no seio da família.

Mas ao retornar de sua viagem, o pai de Elaine nos solicitou, com urgência, um encaminhamento para uma avaliação psiquiátrica para sua filha, pois ela havia “fugido” de casa e seus sintomas haviam aumentado. Apesar de inicialmente ter dado preferência a um tratamento psicológico, que seria “mais leve”, o fato de Elaine ter fugido o fez pensar em um “tratamento de peso”, psiquiátrico. Este peso era outorgado à clínica psiquiátrica, justamente por ela estar associada a exames laboratoriais, que

supostamente possibilitariam “identificar” o problema de Elaine. Por outro lado, como já dito, o pai temia que a paciente tivesse “puxado” à mãe e ao tio paterno, ambos com diagnósticos psiquiátricos.

Passados alguns dias depois do pedido por um encaminhamento psiquiátrico, foi dito a José que o encaminhamento fora feito. Nesse momento, ele surpreendentemente disse que a avaliação psiquiátrica já não era necessária, pois sua filha já estava bem melhor e eles já haviam resolvido a questão geradora dos conflitos. Após as várias entrevistas conosco, o pai de Elaine resolveu se mudar com a filha e a enteada para o apartamento em que viveram antes da separação da mãe, há cinco anos atrás, que era próprio e estava lacrado! Retornar à casa deles foi a “resolução” dos conflitos. Após a mudança, José relatou melhorias visíveis no comportamento da filha e seus problemas tornaram-se mais brandos, ou seja, José começava a ter confiança suficiente para ele mesmo lidar com a situação. Neste momento, nos disse que, caso precisasse de um psiquiatra, pediria auxílio a um tio que, segundo ele, é um dos maiores psiquiatras do Brasil, não havendo mais, portanto, necessidade de encaminhamento de nossa parte. Tal observação permaneceu para nós enigmática, José e Elaine tendo interrompido o tratamento antes que pudéssemos investigá-la.

No entanto, é mister depreender dela que não ter se direcionado imediatamente ao seu tio psiquiatra e sim telefonado para que a psicóloga contactasse um serviço psiquiátrico testemunha uma divisão de José quanto ao endereçamento de suas demandas de tratamento da filha. Trata-se, na realidade, de uma repetição: no início do atendimento, ele havia levado Elaine a um psiquiatra e, não contente com a maneira como fora atendido, procurou o setor de saúde mental para ser atendido por um psicólogo. Nem sempre é ao poder dos exames e dos remédios a que se recorre. Nesse caso, o pedido de encaminhamento à psiquiatria que nos endereçou após a “fuga” da filha possivelmente não foi o objetivo primordial da ligação, e sim a “simples” possibilidade de fazer-se ouvir, que naquele espaço era encontrada por pai e filha. Em nossos últimos atendimentos, as queixas de Elaine com relação à falta de atenção do pai foram sendo substituídas lentamente por desejos próprios, como a vontade de jogar vôlei. Elaine se dizia muito satisfeita por ter se mudado da casa da avó, e agora ter seu próprio espaço. Parece que nesse caso, a escuta dos sujeitos fez com que eles mesmos pudessem se ouvir, dando mais atenção a si próprios e se reposicionando com relação à

situação anterior. José tinha razão em solicitar um atendimento psicológico, no lugar de concordar com a medicação indicada pelo psiquiatra, mas talvez tenha se enganado ao supor que o tratamento sem remédios é “mais leve”, pois assim que o conflito ficou resolvido – causa precipitadora do estado em que se encontrava a filha no momento da busca por um atendimento – ele agradeceu e Elaine também interrompeu seu tratamento. Talvez não fosse tão leve assim...

Dividido entre a capacidade de ser pai para Elaine e a questão sobre se daria conta de criar uma filha adolescente sem a mãe; entre a suspeita de que a filha apresentava comportamentos preocupantes em razão das vicissitudes sofridas no seio de uma família com graves conflitos e a ideia de que a filha pudesse ter uma doença psiquiátrica herdada da mãe ou do tio paterno, e dividido, finalmente, entre a vontade de se distanciar de um casamento que lhe trouxera vários problemas e o desejo de cuidar de seu melhor fruto, a filha, José precisou de um acompanhamento para poder, minimamente, falar de tudo isso. Elaine, por sua vez, no momento em que entrava na adolescência precisava falar de sua própria posição como sujeito do desejo, localizar-se no desejo do Outro, seu pai, e ter um espaço para ela própria poder fazer suas próprias opções – do que deu conta no final do atendimento quando começou a privilegiar atividades, como a vontade de jogar vôlei. Em psicanálise, o sujeito é o sujeito da fala, de modo que, no acompanhamento do caso relatado, eram dois sujeitos que atendemos: José e Elaine. É isso que o faz paradigmático para testemunhar que não há um saber nem uma regra *a priori* para uma conduta clínica em psicanálise, e sim uma ética que dita incontestemente: cada caso é um caso e a orientação do atendimento é dada, fundamentalmente, pelo que se presentifica na fala do sujeito. José e Elaine não foram atendidos os dois visando-se com isso uma terapia familiar, mas ambos demandavam atendimento e foi somente ao escutar a especificidade dessa demanda que ambos puderam, cada um a seu jeito, contribuir para que o conflito pudesse aparecer e então contribuir para a eficácia terapêutica.

### **O sujeito para a psicanálise e para a medicina**

Quando falamos em sujeito para a psicanálise nos remetemos àquele que tem sua origem marcada pela divisão: de um lado, o sujeito do inconsciente; de outro aquele que não sabe o que diz quando alguma coisa é dita pela palavra que lhe falta

(MAGALHÃES, 2003 [2004]).

Se para a psicanálise a consideração acerca do sujeito do inconsciente é fundamental, não podemos dizer o mesmo quando tratamos da medicina, pois esta não considera o sujeito do inconsciente com sua divisão e sim privilegia a consciência, orientada como está, nos dias atuais, para o discurso da ciência, o que gera uma série de discordâncias entre essas áreas do saber. Uma delas refere-se à classificação do objeto de estudo: enquanto a ciência trabalha com a universalidade dos fenômenos que observa, a psicanálise busca dar conta justamente daquilo que é singular e que não é necessariamente observável em primeira instância, só aparecendo ao longo do tratamento, à medida que o sujeito fala. Diferente da medicina clássica, que valorizava o paciente, que queria saber não só da doença, mas também do doente e de sua vida para além dos sintomas, a medicina vista na atualidade é cada vez mais biologizante, priorizando cada vez mais a doença ao invés do doente. A psicanálise, diferentemente da fenomenologia que, no melhor dos casos, orienta a relação médico-paciente na medicina numa clínica da verificação, é uma clínica que exige a fala do sujeito que nela, na realidade, surge através dos sonhos, atos falhos, chistes, ou seja, das formações do inconsciente.

Isso porque Freud fez um corte no racionalismo moderno, ao postular o inconsciente. Tal racionalismo, na história da subjetividade desde Descartes, baseava-se na primazia da razão. Mas todas as tentativas de pensar o homem a partir da razão levam ao que Jacques Lacan identificou como sendo da ordem da forclusão do sujeito. A forclusão – originalmente o conceito que Jacques Lacan propõe para imprimir ao termo *Verwerfung* (Freud, 1894/1999) a especificidade conceitual do mecanismo típico da psicose – é um termo tomado emprestado por Lacan do campo jurídico e que podemos resumir assim: um processo era dito forcluído quando, por não ter sido catalogado no Palácio da Justiça, estava fisicamente lá, mas inencontrável no meio de milhares de outros processos. O sujeito forcluído no contexto que aqui discutimos é um sujeito fisicamente lá, mas inacessível ao discurso que não o leva em conta por desconhecer – não conceituar – seu paradeiro.

Na prática médica, observa-se muitas vezes a forclusão do sujeito quando tal prática estuda, exclusivamente, resultados de exames. Estes vão desde complexos exames laboratoriais até aqueles de tecnologia de ponta, como a ressonância magnética

e a tomografia por contraste. Quando utilizadas na tentativa de situar o mal-estar subjetivo, essas tecnologias funcionam muitas vezes como verdadeiras crenças de que através da imagem se poderá encontrar o mal do qual o paciente se queixa, sem levar em conta o que o próprio sujeito diz.

Esse é somente um dos exemplos que testemunham a forclusão do sujeito no discurso cientificista da medicina que acaba por não levar em conta a fala de seu paciente.

Na psicanálise, o diagnóstico diferencial também é uma ferramenta importante, porém o que o diferencia do diagnóstico utilizado pelos médicos é a sua finalidade e o meio como cada um é conseguido. Como pode ser observado em nossa experiência, para os médicos, o diagnóstico importa na medida em que ele vai reunir e nomear os sintomas de forma a identificar, em manuais e bulas de remédio, qual a medicação mais próxima para o tipo de sintoma assim nomeado. O que importa são os tipos de sintoma médicos e não o sujeito. Já na psicanálise o diagnóstico é feito na transferência, ou seja, através de uma participação ativa do sujeito que emerge através das formações do inconsciente. Em psicanálise, o diagnóstico deve ser feito para guiar o tratamento de forma diferente de acordo com a estrutura do sujeito.

Observa-se também, no campo médico, o recalque do sujeito que ocorre quando na clínica é insuportável deparar-se com as manifestações subjetivas do paciente e a consulta médica se quer a mais ascética possível. Nesse caso, conforme a análise dos discursos de Jacques Lacan, o paciente, no lugar de ser tomado como o sujeito que sofre, é objeto da clínica (*a*), produto do discurso do mestre, acionado pelo médico que nesse discurso ocupa o lugar do S1 (mestre) em sua consulta, dialogando com o saber pré-estabelecido da medicina (S2). A verdade do sofrimento subjetivo (\$) somente sustenta mais, ainda, a posição de mestria do médico (S1), em consequência do quê, o \$ fica sob a barra do recalque, conforme se lê no discurso do mestre.

$$\begin{array}{ccc} \underline{S1} & \text{-----} & \underline{S2} \\ \$ & & a \end{array}$$

É importante destacar que a forclusão do sujeito não incide apenas na figura do paciente. Na história da medicina, ali onde havia originalmente a figura do médico

detentor do saber, “o grande médico” que, como aponta Lacan (1966: 1), era “um homem de prestígio e de autoridade”, passa a não ter “nada de privilegiado na hierarquia dessa equipe de cientistas diversamente especializados nos diferentes ramos científicos” (idem), refém dos avanços tecnológicos abordados acima e que desautorizam o saber médico. O sujeito que sabe, o médico visível e prestigiado de outrora, é hoje tão foracluído do discurso quanto seu paciente.

Em *Psicanálise, a última flor da medicina*, Alberti (2000) aponta que “o saber médico, tão fundamental para a prática da medicina, corre hoje o risco de ser subsumido pelo Discurso do Capitalista [...] que anula os laços sociais” (p.48). O chamado médico de família, que visitava os enfermos em suas casas e mantinha com os seus familiares uma relação de confiança, muitas vezes por toda uma vida, é hoje apenas personagem de romances, em livros amarelados pelo tempo. Afinal, o que observamos na sala de espera dos consultórios médicos atualmente é um grande número de pacientes, marcados a intervalos bastante curtos, portando sacolas de resultados de exames laboratoriais com seus diagnósticos. Se não inteiramente com seus pacientes, com quem mais estarão esses profissionais comprometidos?

Em *Psicanálise e medicina*, Lacan (1966) destaca que, além de ser requerido na função de fisiologista científico, o médico sofre também outros chamados : “O mundo científico verte entre suas mãos um número infinito do que pode produzir como novos agentes terapêuticos, químicos ou biológicos, que coloca à disposição do público, e pede ao médico, como se fosse um distribuidor, que os ponha à prova” (p.3).

Alberti (2000) levanta a hipótese de que para resistir “à capitalização de seu saber e de sua prática”, o médico poderia contar com a função do psicanalista, que lhe daria “um sustento para fazer frente à atual febre de subsumir o saber da medicina e o ato médico nos contratos empresariais, reforçando o sujeito da fala, aquele que demanda” (p.49).

Como à psicanálise só resta apostar no sujeito com o qual se ocupa, é a relação com os médicos enquanto sujeitos que interessa ao psicanalista. Freud, aliás, já o observava quando se ocupava da relação entre psicanálise e psiquiatria. Embora a psiquiatria não aplique os mesmos métodos da psicanálise e tenda a relacionar o conteúdo da ideia delirante à herança genética, Freud (1917) não considera que essas duas áreas sejam em si contraditórias, concluindo que “o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras” (p.262). No momento em que o psicanalista pode

dialetizar as crenças do psiquiatra, abre-se todo um novo campo que leva em conta o sujeito. Com base no que discutimos até aqui, não poderíamos inferir também que, de um modo geral, são os médicos que resistem à psicanálise, e não a medicina?

### **O discurso médico e o discurso psicanalítico**

Em uma consagrada série norte-americana<sup>1</sup>, Doutor House é um infectologista e nefrologista, conhecido pela sua capacidade de elaborar excelentes diagnósticos em casos já desacreditados pela maioria dos médicos. Outra característica marcante desse personagem é o seu total cepticismo e distanciamento em relação aos pacientes, por considerar desnecessário interagir com eles. Assim, ao ser informado pelos outros médicos a respeito do quadro clínico apresentado pelos pacientes, Doutor House, através de raciocínio dedutivo digno de Sherlock Holmes, descobre o agente etiológico das mais variadas moléstias, surpreendendo a todos. Nos casos em que o quadro sintomático encontra-se pouco claro, o personagem utiliza a máxima: “Todo mundo mente, os sintomas nunca mentem”, referindo-se aos casos em que o paciente não esclarece bem ou omite ações ou fatos determinantes para o aparecimento do quadro sintomatológico.

O sucesso da série não é injustificado; afinal de contas, Doutor House representa o que seria o ideal do médico, cuja força, segundo Clavreul (1983), é retirada do fato de se sustentar independentemente da subjetividade do paciente, que diante dele se queixa. O que não é facilmente percebido pelos profissionais do campo médico é que o afastamento em relação à subjetividade de seus pacientes os aparta também de sua própria subjetividade: “ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa se apaga diante das exigências de seu saber” (Clavreul, 1983: 49).

É curioso que esse afastamento em relação à subjetividade dos pacientes se dê quando o sujeito encontra-se em uma condição por si só difícil de definir objetivamente. Afinal, haverá critérios que estabeleçam com precisão a linha divisória entre saúde e doença, entre normal e anormal? Em *O ser doente: uma reflexão à luz de G. Canguilhem*, Bonetti aponta que a dificuldade em definir essa divisão se dá em função da falta de parâmetros comparativos. Afinal,

*O que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outras situações, se permanecer inalterado. A pessoa é*

*que pode avaliar essa mudança, pois é ela que sofre as consequências desta transformação, no momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas impostas por esta nova situação, ao contrário do normal, que vive num meio em que as novas situações e novos acontecimentos são possíveis (Bonetti, 2003: 4).*

Historicamente, todo esse questionamento foi introduzido por Georges Canguilhem, médico e filósofo que, já em sua tese de doutorado de 1943, discute a noção de normalidade em medicina e em biologia ao mesmo tempo que observa sua estreita relação com a preocupação dos médicos em tornarem sua prática cada vez mais conforme aos ideais da institucionalização da produção científica, o que pode induzir a uma prática bastante preocupante. Por exemplo, observa Canguilhem, o pulso do chinês é muito mais lento do que o do europeu... Não há como, pois, impor uma norma geral para o pulso – o que era praticado na medicina dos anos 1940 –, e sim verificar em que medida a normalidade é sempre relativa! A aposta na particularidade é, aliás, a tônica na obra de Canguilhem, em que, como médico, sentencia:

*É em referência à polaridade dinâmica da vida que podemos qualificar como normais certos tipos ou certas funções. Se existem normas biológicas é porque a vida, não sendo apenas submissão ao meio mas instituição de seu meio próprio, introduz valores não somente no meio mas no próprio organismo. É a isso que chamamos normatividade biológica. O estado patológico pode ser dito, sem absurdo, normal, na medida em que ele expressa uma relação à normatividade da vida [...] o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver (Canguilhem, 1966: 155).*

### **O sintoma e uma certa maneira de viver**

Conforme aponta Souza Soares (2006), para Canguilhem “a patologia não é ausência de norma, mas o estabelecimento de uma outra norma” (p.5). Torna-se difícil diferenciar quantitativamente os fatos normais e os patológicos, pois o limite entre saúde e doença não pode ser estabelecido senão através da perspectiva do próprio doente. Ainda, segundo Canguilhem, a cura da doença não pode ser somente tida como uma técnica de instalação e restauração do normal, obtida somente através do conhecimento da doença, mas conta com a participação do doente, assim como das implicações que a doença traz, pois o que pode trazer sofrimento a um, pode não interferir em nada na vida de outro. Assim, a normatividade da vida – uma certa maneira de viver – nada tem a ver com a ideia de normalização artificial que a tecno-ciência quer

impor ao sujeito, impedindo mesmo o exercício próprio de se construir uma certa maneira de viver. Essa certa maneira de viver, referida por Canguilhem, é justamente a particularidade da função de sintoma para a psicanálise. Ao contrário do discurso médico, o sintoma em psicanálise presentifica o sujeito, testemunha a existência dele enquanto sujeito, com seus conflitos e sua divisão. Donde Freud (1926) observar que, na medida em que o sintoma não pode ser desfeito pelo sujeito, ele termina por familiarizar-se com ele, visando tirar a maior vantagem possível da situação. Ocorre então uma adaptação ao sintoma – originalmente estranho ao eu –, da mesma maneira como o eu se adapta normalmente ao mundo externo. E o sintoma adquire um valor para a auto-afirmação, tornando-se cada vez mais imprescindível ao eu. Em consequência, o psicanalista nunca visa a remissão do sintoma, que passa a representar o próprio sujeito: ele jogaria fora o bebê com a água da banheira, como diz o velho ditado popular. Como escrevem Figueiredo & Nicolau (2008), ao contrário da psiquiatria, em psicanálise o sintoma é tomado “como um parceiro para o direcionamento do processo de análise” (p. 3). O caso apresentado, de José e de Elaine, o confirma.

Conforme Canavêz & Herzog (2007), orientar a clínica para a remissão dos sintomas corresponde a um ideal iluminista que encarcera o sintoma numa perspectiva negativista. Quando a psicanálise propõe o sintoma como incorporado ao sujeito, necessariamente há uma perda no vigor de se tentar associar a eliminação dos sintomas com uma promessa de cura (idem). É interessante notar que estas autoras exprimem, literalmente, que “os sintomas são atrelados a um estilo de existência” (idem) – expressão bastante próxima daquela definida por Canguilhem quanto à normatividade por ele conceituada, “uma certa maneira de viver”.

Mas a concepção de Canguilhem parece não ser adotada pela maioria dos profissionais do campo médico, que, caricaturados no personagem House, privilegiam o resultado de exames cada vez mais sofisticados em detrimento da fala do próprio sujeito a respeito de sua doença, que também é parte daquele sujeito. Podemos dizer que a ciência se encontra em um verdadeiro impasse quando o sintoma do qual o paciente se queixa não corresponde aos resultados dos exames laboratoriais que ele carrega em sua sacola plástica. No *'Estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas'*, Freud (1888) já apontava que se nas paralisias motoras orgânicas há uma correspondência quanto às leis anátomo-fisiológicas do sistema nervoso, nas paralisias

históricas não há qualquer correspondência, pois: “Na histeria, o ombro ou a coxa podem estar mais paralisados do que a mão ou o pé. Podem surgir movimentos dos dedos enquanto o segmento proximal ainda está absolutamente inerte” (p.206), o que seria impossível se fossem seguidas as leis anátomo-fisiológicas.

Em *Estudos sobre a Histeria*, Freud (1893) destaca que o surgimento do sintoma histérico não é evidenciado através do exame clínico, por mais exaustivo que seja. É preciso ouvir as vivências que se mostram desagradáveis para o enfermo e, principalmente, as de difícil recordação. Isso porque a manifestação do sintoma histérico estaria associada a um trauma psíquico, que, ao emergir do inconsciente e ser expresso através da fala, conduziria ao desaparecimento do sintoma (Freud, 1893).

Se a expressão subjetiva do paciente através da associação livre é essencial para que haja tratamento psicanalítico, para muitos profissionais do campo médico a fala do sujeito só é importante na medida em que veicula a informação do quadro sintomatológico. Qualquer informação subjetiva, ou seja, que implique o sujeito em sua doença, é, como se verifica no seriado *Doutor House*, desqualificada a ponto de, na série, o médico nem mesmo interessar-se em ouvir o sujeito pessoalmente. É claro que a série caricatura tudo isso, mas é através do extremo desse processo que põe à mostra seus efeitos: a crença na infalibilidade da medicina como ciência. Nela, como vimos, o que importa são os sintomas que não mentem, são exatos, e não o sujeito, que muitas vezes encobre ou altera a verdade científica buscada pelo médico. Esta, como observa Lacan em seu texto *Ciência e verdade* (1966a), é apenas formal, ou seja, se estiver conforme ao conjunto dos sintomas repertoriados no saber médico, então é verdadeiro. Se escapa a esse conjunto, sua verdade é questionada. É interessante observar que o próprio termo “sintoma” é apreendido de forma muito diferente conforme o discurso: na medicina, é um fenômeno a ser afastado; na psicanálise, como vimos, presentifica o sujeito pois, ali onde há sintoma, há sujeito (\$), que sofre.

O que torna a psicanálise original em relação ao saber científico é justamente o fato de voltar-se para a verdade única e intransponível de cada sujeito; afinal de contas,

*A verdade... só se diz pela metade. O que é a verdade? Hum! É um lapso, digamos. Embutimento de palavras no qual aquele que fala diz mais do que quer, mais do que sabe, no qual sua intenção de dizer periclita, tropeça, catapuf. Apenas isto bastaria para nos assegurar de que a linguagem não é um instrumento de comunicação e que não há dono da verdade... o lapso, a verdade, desliza”. (Miller, apud CLAUVREUL, 1983: 21).*

Ao contrário disso, Doutor House não só corrobora que não se deve levar em conta a fala do sujeito como também seu correlato: o ideal científico que é alcançado com a pretensa isenção da subjetividade. Diagnosticar passa a ser uma atividade distante do sofrimento de cada paciente, institui a infalibilidade da ciência velando seus limites. O ato de diagnosticar passa a ser um ato exclusivamente médico, pretensamente infalível quando orientado pelo cientificismo que aqui questionamos. O caso Tiago, apresentado a seguir, é um pequeno exemplo disso.

Caso Tiago, 3 anos, atendido no setor de psiquiatria. De acordo com a psicóloga que atendia Tiago em oficina terapêutica realizada semanalmente no hospital e aberta para observação dos estagiários, a criança apresenta sintomas por ela considerados como característicos do autismo, tais como estereotipia, comprometimento de vocabulário, não fixação do olhar para com as pessoas que a ele se dirigem, não utilização do banheiro para fazer suas necessidades fisiológicas, bem como o diagnóstico psicológico de atraso global no desenvolvimento. Desde o princípio do atendimento, sua mãe e sua tia mostraram grande interesse quanto ao diagnóstico da criança. A tia do menino, entretanto, mostrava-se mais interessada no resultado de diagnósticos a partir de testes e exames que verificassem um autismo do que a abrir as possibilidades para as manifestações de subjetividade da criança. Isso dividia ainda mais a mãe de Tiago. No curso do atendimento, inúmeros exames foram realizados com Tiago, dentre eles o fonoaudiológico, o BERA (Brainstem Electric Responses Audiometry), o eletroencefalograma e avaliações de psicomotricidade, todos solicitados pelos médicos que o acompanhavam. Em cada um desses exames era depositada uma grande quota de expectativa que, por sua vez, era frustrada quando o resultado dos exames apontava normalidade. A pressão por um diagnóstico médico aumentava, como se tal diagnóstico pudesse resolver o caso Tiago. Diante da ausência de resultados a partir de toda essa bateria de exames, a mãe não escondeu profunda insatisfação e passou a pressionar a psicóloga no intuito de obter um diagnóstico, dizendo: “Fale de uma vez só, meu filho é autista? Vim preparada para isso, não vou chorar”.

Diante da não-resposta médica, malgrado todos os exames realizados, a psicóloga listou para a mãe de Tiago todos os sintomas que ela já havia levantado – acima mencionados –, patognomônicos de autismo. “Mas ele é autista?”, perguntou a

mãe, ao que a psicóloga respondeu que sim. Neste momento a mãe chorou muito e perguntou se ele iria ficar bom. “Não podemos saber”, disse a psicóloga. Por diversas vezes a mãe fez essa mesma pergunta, e diante das cada vez mais imprecisas respostas da psicóloga, seu olhar ficava cada vez mais perdido, mesmo depois de saber que seu filho poderia se desenvolver e, dentro de suas limitações, ter um bom prognóstico caso mantivesse o acompanhamento terapêutico.

É interessante notar que, na realidade, a visível angústia apresentada pela mãe e pela tia de Tiago quanto ao diagnóstico velavam o que já sabiam: Tiago é autista. Tal saber se anunciara desde o início dos atendimentos quando ambas pressionavam por um diagnóstico de autismo, donde se pode levantar a hipótese de que a solicitação por parte dos médicos de exames (fonoaudiológico, o BERA, eletroencefalograma e avaliações de psicomotricidade), que provavelmente os norteariam sobre um diagnóstico diferencial de autismo, só fez aumentar o tempo de angústia de ambas. O saber sobre o autismo, que mãe e tia tinham, foi velado pela demanda dos exames médicos que as destituiu do lugar do saber, de forma que podemos dizer que a medicalização do caso Tiago teve por consequência uma “dessuposição” de saber da própria família. Ao mesmo tempo, esconder-se atrás da bateria de exames para não ratificar o diagnóstico de autismo diante da família angustiada era justamente o que o discurso médico visava para evitar aos médicos o contato com aquela angústia e a deles próprios. Como dito, quando a medicina se associa dessa maneira com o discurso da ciência, não é somente a subjetividade do paciente que fica foracluída, mas igualmente a dos médicos. Ao mesmo tempo, recalca-se o saber do sujeito, e mãe e tia já não “sabiam” se Tiago era uma criança autista. Isso só pôde ser revertido no momento em que o paciente entrou em contato com a psicóloga, que pôde dizer o diagnóstico ali onde não havia resposta dos médicos.

A mãe, por sua vez, se por um lado já havia percebido que seu filho era autista, não deixava de ansiar por provas visíveis e concretas de sua própria constatação. Diante da ausência de tais provas e não tendo acesso a um prognóstico seguro de como seu filho se comportaria dali em diante, a mãe de Tiago encontrou-se diante do não saber com o qual os próprios médicos evitaram se defrontar ao encaminhar o caso para o setor de psicologia. Será então o trabalho do psicólogo no hospital acolher o que não tem saber?

O que há de comum tanto no caso Tiago, como no caso de José e de Elaine? O fato de que, após os pais haverem submetido seus filhos ao saber médico, a não obtenção de uma resposta satisfatória para seus sintomas conduziu-os à psicologia. Mas, alimentados pelo discurso vigente, os pais não cessam de buscar o saber médico, seja nos momentos em que o quadro parecia se agravar, seja para cristalizar um diagnóstico do qual pudessem se alienar na medida em que este pertenceria ao saber dos médicos e nada tivesse a ver com eles. Além disso, o fato de se apontar sintomas como sendo de origem física indica a busca de um tratamento que magicamente desimplicaria o sujeito do sintoma. Mas como finalmente se trata realmente de questões para as quais não há um saber sabido *a priori*, pois são questões clínicas sempre sobredeterminadas, ou seja, resultados de uma rede de determinações com seu imponderável, o lugar do não saber reclama sua parte, mais cedo ou mais tarde.

### **A infalibilidade no cientificismo e o sujeito freudiano**

Em psicanálise, o sujeito que sofre está longe de ser curado porque tal cura é, por definição, da ordem do impossível, já que o sujeito freudiano se define pelo mal-estar na cultura.

A questão da infalibilidade da ciência é tratada com bastante sensibilidade no filme *Tempo de despertar*<sup>2</sup> (1990). Nele, Robin Williams interpreta o Dr. Sayer, um neurologista que após realizar durante anos pesquisas científicas com minhocas, resolve trabalhar em um hospital psiquiátrico. Neste local, depara-se com diversos pacientes que apresentavam um grave quadro catatônico. Sayer passa a observar esses pacientes com bastante curiosidade e a expressão “congelada” de seus rostos o conduz a levantar a hipótese de haver, por trás daquela aparente catatonia, sujeitos “adormecidos”. Realiza uma série de pesquisas científicas e chega à conclusão de que a droga L-DOPA, usada para pacientes com Mal de Parkinson, poderia ser eficiente caso utilizada em altas doses naqueles pacientes.

Para a surpresa de todos, a droga se mostra eficaz, e os pacientes, durante décadas “adormecidos”, recobram a consciência, passando a lembrar-se do período anterior à manifestação da doença (embora não se recordem do período em que estiveram “adormecidos”).

Apesar de seu milagroso efeito inicial, a droga passa a mostrar-se cada vez

menos eficaz para manter a melhora dos pacientes, sendo aplicada em doses cada vez maiores. Em determinado momento o aumento da droga passa a não surtir mais efeito, malgrado o aumento progressivo das doses, e os pacientes retornam a seu estado anterior, sendo todas as tentativas de Sayer insuficientes para tornar a despertá-los.

Assim como o doutor House, Sayer logrou o sucesso inicial no tratamento dos pacientes através de um raciocínio lógico e solitário, que o levou à conclusão de que os pacientes sofriam de uma espécie de Mal de Parkinson a ser tratado do mesmo modo que esta doença, porém com doses maiores de medicamento.

A pesquisa farmacológica de Sayer partiu de uma crença de que a ciência pode curar tudo. Mas o fracasso final de seu tratamento fez Sayer verificar a importância de se privilegiar a subjetividade à doença dos pacientes, tidos por todos os demais profissionais como catatônicos incuráveis. Se o personagem fictício House é infalível, não podemos dizer o mesmo de Sayer, figura de um filme cuja história se baseia em fatos reais, ocorridos no ano de 1969 em um hospital de pacientes crônicos no Bronx, nos Estados Unidos.

O fracasso que se seguiu ao milagroso efeito do tratamento com L-DOPA leva Sayer a deparar-se com os limites da ciência. Esses limites são admitidos por ele durante um discurso para um grupo de médicos que outrora louvaram seu sucesso. Diz ele:

*Agora temos que nos ajustar à realidade dos milagres. Podemos simplesmente dizer que o remédio falhou ou que a própria doença retornou ou que os pacientes não suportaram ter perdido anos de vida. A realidade é que não sabemos o que deu errado nem o que deu certo. O que sabemos é que ao se fecharem as janelas químicas outro despertar aconteceu. O espírito humano é mais forte do que qualquer remédio e é isso que precisa ser alimentado [...] Foi disso que esquecemos: das coisas mais simples.*

Dentre os casos que ingressam nos consultórios de psicologia, muitos envolvem sujeitos cujos males não puderam ser “corrigidos” através dos aparatos científicos. São casos que nem mesmo Doutor House, com seu brilhante raciocínio, conseguiria compreender, pois envolvem um saber não racional, que abarca o inconsciente.

Em nossa experiência com crianças e adolescentes pudemos perceber que seus responsáveis, muitas vezes, buscam o atendimento psicológico após a ausência de êxito no campo da medicina. O fato de buscarem o auxílio da psicologia, entretanto, não

implica o afastamento total em relação ao saber médico, pois, segundo os próprios pais: são eles [os médicos] que "podem ver melhor, que podem fazer exames, não é?". Os ditos responsáveis atribuem à medicina o saber sobre aquilo de que se vêem alienados. Na realidade, atribui-se à medicina um saber o qual é impossível de saber; supõe-se que o médico tem como descobrir aquilo que no fundo não há como resolver. Curiosamente, ao mesmo tempo em que se procura a medicina também se procura a psicologia. Isso nos lembra o famoso ditado espanhol: "*No creo en las brujas, pero que las hay, las hay*", ou seja, até que ponto não se vai ao psicólogo da mesma maneira como se ia ao vidente, bruxo ou pai de santo?

De todo modo, podemos notar na nossa clínica que, enquanto ao pai de santo se supunha um poder de cura, ao psicólogo se vai visando uma relação de confiança.

A medicina é convocada para resolver um problema cuja etiologia não só é pretensamente física, como também, determinante – na tradição de um pensamento que atribui a cada causa um efeito; para a maioria dos médicos, esse problema é identificado como um desvio da norma, e o tratamento visaria a sua "correção" por aparatos como exames e remédios. Na era em que se crê na ciência, é o médico quem, tal como o bruxo, teria o poder de cura; ao psicólogo supõe-se a garantia da relação médico-paciente. O saber médico é visto de forma idealizada, pois mesmo depois de ele não dar conta das questões do sujeito, ainda assim acredita-se que por seu intermédio se poderá descobrir algo físico a ser reparado.

É importante destacar que o problema aqui colocado não é medicamentoso, de diagnóstico, nem mesmo de exames, mas sim o do poder que lhes é dado, conforme pudemos verificar nos casos clínicos acima relatados.

## **Conclusão**

Escrevemos o caso de José e de Elaine para ilustrar o discutido no artigo porque ele apresenta a dicotomia entre a clínica médica, orientada por exames que diagnosticam e sobrepõem-se à relação médico-paciente, e a clínica psicanalítica, que se fundamenta em fazer falar o sujeito. Além disso, resolvemos apresentar este caso porque demonstra que é possível encontrar nos pacientes e seus responsáveis uma divisão prévia, entre crer no cientificismo de certa medicina e na mudança subjetiva. Com efeito, o pai de Elaine, parente próximo de um psiquiatra que julgava de renome,

duvidando de que seu tio pudesse efetivamente cuidar bem da filha, escolhe o tratamento “mais leve”. Se não duvidasse, talvez o desfecho do caso teria sido bem outro. Não é grave que haja uma medicina cientificista, o grave é que acreditemos nela!

Quando nos deparamos com essa crença na prática que desenvolvemos no hospital, uma série de questões se precipita. Mas a maior delas é, certamente, aquela que aponta para a humana tentativa de outorgar a um outro, mais poderoso e infalível, o cuidado para com um ente querido. Esse outro é o médico, cuja formação não é orientada para que não assuma essa posição diante de seu paciente. Ao contrário, como se vê a partir da série televisiva aqui discutida, o exemplar Dr. House faz crer que é isso mesmo: o médico é o único a saber. Nas instituições em que realizamos nossa experiência, houve porém aqueles que se deram conta da importância do não-saber e encaminharam os pacientes para uma outra abordagem.

Ao propor o discurso do psicanalista, Jacques Lacan inverte a lógica que faz do paciente mero objeto de um saber médico, razão de ele mesmo identificar o discurso do psicanalista como o avesso do discurso do mestre (Lacan, 1969-70/1991). Compare-se o grafo abaixo com aquele que identificamos algumas páginas acima, com o do discurso do mestre: o psicanalista no lugar de objeto se dirige ao sujeito para colocá-lo a trabalho. Este leva o sujeito a produzir os significantes que o determinaram inconscientemente. Mas o psicanalista só pode se encontrar nessa posição de objeto a causar o trabalho do sujeito, no momento em que o saber (S2) está recalcado – para dar lugar ao dizer do sujeito em questão, seu paciente, no lugar de querer sobre ele dizer o que o psicanalista saberia (cf. Lacan, 1972 – lição de 1 de junho de 1972).

$$\frac{a}{S2} \text{-----} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

No discurso do psicanalista o único que sabe é o sujeito, mesmo que ele não tenha consciência do seu saber, e o psicanalista está ali para, a partir da transferência, causar o sujeito a saber o que sabe, na contramão da orientação midiática que atribui à medicina cientificista um saber absoluto.

## **Referências**

- ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. Em: ALBERTI, S. e ELIA, L. *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- BONNETI, A. Ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. In: *Revista Pensar a prática*, 2003. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/65/2683>. Consulta em 30 de dezembro de 2011.
- CANAIVÊZ, F. & HERZOG, R. A singularidade do sintoma: por uma crítica psicanalítica à idéia de origem. *Psicologia Clínica*. Vol.19, no.1. Rio de Janeiro, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652007000100008>. Consulta em 6 de janeiro de 2012.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: P.U.F., 1966.
- CLAVREUL, J. *A Ordem Médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COELHO, M. T.; FILHO, N.. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisando Canguilhem. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.13-36, 1999.
- FIGUEIREDO, I.P. & NICOLAU, R.F. A transferência na análise com crianças. *Anais do III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental* (2008). [www.fundamentalpsychopathology.org/8\\_cong\\_anais/PST\\_54.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/PST_54.pdf). Consulta em 6 de janeiro de 2012.
- FREUD, S. *Histeria* (1888). Em: \_\_\_\_\_ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Estudos Sobre Histeria* (1894-1895). Em: \_\_\_\_\_ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Die Abwehr-Neuropsychoosen* (1894). Em: \_\_\_\_\_ *Gesammelte Werke*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M., 1999. v. 1. pp. 56-74.
- \_\_\_\_\_. *Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria* (1917). Em: \_\_\_\_\_ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926[1925]). Em: \_\_\_\_\_ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XX.
- \_\_\_\_\_. *Mal Estar na Civilização* (1930). Em: \_\_\_\_\_ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- LACAN, J. *Psicoanálisis y Medicina* (1985). Buenos Aires: Editorial Manantial.

(Originalmente publicado em 1966a)

\_\_\_\_\_. *O Seminário, livro XVII: O avesso da psicanálise* (1969-70). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

\_\_\_\_\_. *A ciência e a verdade* (1998). Em: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar. (Originalmente publicado em 1966).

\_\_\_\_\_. O saber do psicanalista. Conferências inéditas de 1971-1972.

MAGALHÃES, S.; *O Sujeito da Psicanálise* (2003). Salvador: Associação Científica do Campo Psicanalítico, 2004.

SOUZA SOARES & CAMARGO JR. Autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface* (Botucatu) vol.11, no. 21, Botucatu Jan./Apr. 2007.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007).

Consulta em 30 de dezembro de 2011.

Sonia Alberti

Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UERJ; Coordenadora da Pós-graduação em Psicanálise e Procientista da UERJ; Pesquisadora do CNPq. Psicanalista membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano.  
E-mail: sonialberti@gmail.com

Aline da Silva Gonçalves

Irene Moura Beteille

---

<sup>1</sup> *House, M.D.: The Official Guide to the Hit Medical Drama* (2004), série criada por David Shore, transmitida no canal FOX (EUA).

<sup>2</sup> *Awakenings* – 1990 – Penny Marshall (EUA)