



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ana Augusta Filomena Monteiro

Discurso médico e diagnósticos *online*

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2021

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Ana Augusta Filomena Monteiro

Discurso médico e diagnósticos *online*

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Francisca de Andrade Ferreira Lier-DeVitto.

São Paulo
2021

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução e a divulgação total ou parcial desta dissertação, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

São Paulo, ____ de _____ de 2021.

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Monteiro, Ana Augusta Filomena

Obtenção de diagnóstico por meio de serviços online de pesquisas: efeitos de uma nova linguagem no diagnóstico psicanalítico / AnaAugusta Filomena Monteiro. -- São Paulo: [s.n.], 2021.

80p ; cm.

Orientador: Maria Francisca Lier De-Vitto.
Dissertação (Mestrado)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduated em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem.

1. diagnóstico online. 2. discurso e diagnóstico médico. 3. discurso e diagnóstico psicanalítico. 4. ética e diagnóstico online. I. Lier De-Vitto, Maria Francisca. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduated em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem. III. Título.

CDD

Ana Augusta Filomena Monteiro

Discurso médico e diagnósticos *online*

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Francisca de Andrade Ferreira Lier-DeVitto.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Francisca de Andrade
Ferreira Lier-DeVitto (PUC-SP)

Profa. Dra. Maria de Fátima Vilar de Melo
(UNICAP-PE)

Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes
(PUC-SP)

DEDICATÓRIA

Esta dissertação é a realização de um sonho antigo. O sonho de me tornar professora. Ainda que não tenha direcionado minha carreira para a pedagogia, sempre acalentei a ideia de dar aulas. Por isso, dedico este trabalho a duas professoras.

Olga Abelia Monticelli, minha querida tia e principal referência de responsabilidade e determinação em minha vida. Tornou-se professora primária aos 18 anos e foi a primeira mulher da família a trabalhar, cursar uma faculdade, fazer uma pós-graduação e ser muito bem-sucedida em sua carreira, encerrada como diretora escolar.

Da *outra* professora, infelizmente não me recordo o nome. Suponho que era Maria Thereza. Foi professora de Metodologia científica, em minha primeira formação na PUC-SP em 1989. Cursei Ciências Contábeis, por trabalhar na área contábil como secretária, e acreditar que essa formação pudesse me ajudar a me transferir de área. O que, de fato, aconteceu. “Maria Thereza” passou pela minha vida no primeiro semestre da faculdade e logo percebeu que Ciências Contábeis não eram a minha praia. Passou o semestre tentando me convencer a mudar de curso. Dizia que eu talvez fosse mais feliz fazendo Psicologia ou História. Nessa época, infelizmente, eu acreditava que ter uma carreira de sucesso se resumia em trabalhar em uma multinacional e progredir na empresa. O que de fato aconteceu, mas não me fez feliz! Uns anos depois, finalmente me permiti mudar, mudar e mudar... e chegar até aqui. E durante todos esses anos, apesar de não lembrar seu nome, sempre pensei em suas palavras. Você estava certa, estou muito mais feliz!

Obrigada!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 (Processo nº 88887.319923/2019-00).

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Francisca Lier De-Vitto, por escutar minhas angústias acadêmicas e ver nelas um caminho a seguir. Por ter me apresentado o autor que me possibilitou discutir um assunto que me era caro, mas, sem palavras. Sua orientação carinhosa, paciente e dedicada foi fundamental para que eu me apropriasse de minhas questões e percorresse este caminho.

À Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes, por ter me acolhido no LAEL, validando meu projeto e me recebendo neste grupo. Por dividir comigo seu interesse pelo diagnóstico, e por sua leitura criteriosa, seus apontamentos e indicações preciosos durante o exame de qualificação.

À querida amiga Eliane de Christo, que com seu jeito manso e preciso me convenceu de que passava da hora de realizar meu sonho. Me acompanhou pelo trajeto, dividimos os medos, as leituras, a carona, muitos cafés e a conquista.

À Amanda Mont'Alvão Veloso Rabelo, que me foi apresentada por Eliane e se tornou nestes dois anos e meio uma amiga presente e muito carinhosa. Agradeço também pelas contribuições que fez nas várias leituras de meu material, o que contribuiu muito para a construção desta dissertação.

À Viviane Veras, por sua leitura final desta dissertação e suas excelentes sugestões.

Às colegas da pós-graduação: Adriana Fontes, Amanda Mont'Alvão Veloso Rabelo, Ana Carolina Prisco, Brenda Sousa, Camila Puertas, Christiane Bonasorte, Cibele Oliveira, Cláudia Cerqueira, Eliane de Christo, Fernanda Fudissaku, Flávia Andrade, Katerine Vitoriano, Laura Landi, Luzia Alves, Juliana Galli, Mariana Passos, Mariana Trenche, Paola Lurian, Sabrina Santos, Sofia Lieber, Stephany Christie e Vivian Vigar. Muitas conheceram meu projeto e deram sugestões interessantes. Obrigada pela companhia presencial e virtual, pela força e incentivo e por tornarem este caminho mais divertido e leve.

À Heloisa Gallo, por me conceder uma escuta respeitosa, acolhedora e semanalmente me lembrar que sou singular.

A Nelson Freire e seu piano, cheio de Bach e Debussy, que foi a companhia de escrita, música que me deu a concentração necessária.

À PUC São Paulo, que representa para mim espaço de discussão e liberdade.

E finalmente, a Alvaro e José Pedro, meu amado marido e meu filho, que renunciaram à minha companhia e me pouparam de todas as formas para que tivesse tempo e tranquilidade durante este percurso. Pela paciência com minhas crises, pelas leituras de páginas e páginas. Pelos momentos de descontração e todo o apoio. Minha gratidão e amor.

RESUMO

No mundo e especialmente no Brasil tem se verificado um espetacular aumento das pesquisas *online* sobre informações de saúde, destacadamente diagnósticos, tratamentos e prognósticos médicos. Na clínica psicanalítica é comum receber pessoas que, tendo recolhido um diagnóstico online, confiam no saber recolhido da máquina. Esta dissertação discute criticamente o fenômeno, relativamente recente, das pesquisas sobre diagnósticos na internet, as implicações de um diagnóstico fora da instância clínica e suas consequências na vida contemporânea. Neste trabalho, situo minhas investigações sobre a história da instituição do diagnóstico médico e sua oposição a clínicas que têm a linguagem como protagonista – caso da clínica de linguagem e da psicanálise. Destaque é dado à apresentação e à exploração das características do discurso médico, que oferecem as condições necessárias para alimentar as plataformas de pesquisa *online*. Levanta-se neste trabalho o tema do “risco” implicado nesse hábito de pesquisa; “risco” para o médico, mas também para o usuário. Indica-se o problema ético da conversão do usuário de sujeito a objeto/mercadoria do Capital.

Palavras-chave: diagnóstico *online*; discurso e diagnóstico médico; discurso e diagnóstico psicanalítico; discurso do mestre e discurso capitalista; ética e diagnóstico *online*.

ABSTRACT

In the world and especially in Brazil there has been a spectacular increase in online research on health information, especially diagnoses, treatments and medical prognoses. In psychoanalytic clinic it is common to receive people who having collected an online diagnosis, rely on the knowledge gathered from the machine. This dissertation critically discusses the relatively recent phenomenon of research on internet diagnoses, the implications of a diagnosis outside the clinical instance and its consequences on contemporary life. In this work, I place my investigations on the history of the institution of medical diagnosis and its opposition to clinics that have language as their protagonist – the language clinic and psychoanalysis. Emphasis is given to the presentation and exploration of the characteristics of medical discourse, which offer the necessary conditions to feed on-line research platforms. This paper raises the issue of "risk" implied in this research habit, "risk" for the doctor, but also for the user. It points out the ethical problem of the conversion of the user from subject to object/commodity of the Capital.

Keywords: online diagnosis; speech and medical diagnosis; psychoanalytic discourse and diagnosis; master's discourse and capitalist discourse; ethics and online diagnosis.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 TECENDO UMA REDE DE APRENDIZADO | 21 |
| 2.1 Um encontro bem-sucedido | 22 |
| 2.1.1 Diagnóstico médico e diagnóstico de linguagem | 23 |
| 2.2 Na trilha da clínica de linguagem, Jean Clavreul | 28 |
| 3 O SABER MÉDICO E SUA ORDEM | 32 |
| 3.1 A Medicina - hagiografia, ciência e a verdade | 38 |
| 3.2 Hipócrates, o pai do discurso médico | 44 |
| 3.3 Os discursos de Lacan e o discurso médico | 54 |
| 3.4 O discurso médico e o desejo | 58 |
| 3.5 Um segundo encontro bem-sucedido | 60 |
| 4 RETORNO À QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO: ARTICULANDO RESPOSTAS | 64 |
| 4.1 Diagnóstico psicanalítico: quando a linguagem protagoniza a cena | 67 |
| 4.1.1 O trânsito conceitual em torno da problemática do sintoma Psicanalítico | 69 |
| 4.1.2 Pontuações éticas | 72 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 74 |
| REFERÊNCIAS | 76 |

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo refletir sobre o fenômeno relativamente recente das pesquisas sobre diagnósticos na internet e suas consequências na vida contemporânea. Esse tema coloca em relação questões referentes a saúde e tecnologia da informação e tem despertado a atenção dos psicanalistas.

Como psicanalista, tenho me dedicado ao estudo e à prática clínica. E é nesse ofício, no atendimento em consultório, que me chegam cada vez mais relatos inquietantes de meus analisantes¹ sobre suas relações com a tecnologia.

A tecnologia faz presença em nossa vida diária e não deixa de fora os psicanalistas: interações com analisantes via WhatsApp, sessões analíticas através de aplicativos antes destinados apenas a videoconferências corporativas são utilizações cada vez mais frequentes.

Meu interesse pela tecnologia e minha experiência nessa área é anterior a meu encontro com a Psicanálise. Antes de me tornar psicanalista trabalhei por vários anos com tecnologia da informação em projetos corporativos de adequação, venda ou implementação de softwares. Tal experiência me proporcionou não só o aprendizado do uso da tecnologia, como também permitiu que eu acompanhasse, de um lugar privilegiado, toda a história recente desses estudos, desde o final da década de 1980. Nesse período teve início o processo de troca dos grandes computadores conhecidos como *mainframes*² para máquinas menores, os computadores pessoais, até o momento atual em que os celulares nos possibilitam através de seus aplicativos realizar as mais variadas ações: trocas de mensagens, pesquisas escolares, compras *online*, videoconferências, entre muitos outros usos que podemos fazer hoje da tecnologia disponível.

No entanto, foi na clínica psicanalítica que tomei contato com os fatos que me levaram a querer discutir a utilização da tecnologia na busca de respostas sobre

¹ Lacan propõe o termo analisando para pessoas em terapia. Segundo Bruce Fink, psicanalista e tradutor de obras de Lacan, não se deve usar o termo “paciente”, que “tende a patologizar ou estigmatizar a pessoa em terapia”, tampouco “cliente”, uma vez que “sugere que alguém é consumidor, que sabe exatamente o que está pedindo e o que vai receber – o que, com certeza, *não* se aplica a nenhum tipo de situação rela de terapia” (2018, p. 20, *itálicos do autor*).

² **Mainframe**: computador de grande porte, ger. ligado a diversos usuários por meio de terminais. Disponível em <https://aulete.com.br/mainframe>. Acesso em 15 jan. 2021.

questões de saúde e em especial, no caso desta dissertação, sobre o uso de serviços de busca *online* para identificar sintomas e recolher diagnósticos médicos.

Fui procurada por pessoas em busca de atendimento psicanalítico, que chegavam com diagnósticos de ansiedade, depressão, bipolaridade, hiperatividade etc., recolhidos através de mecanismos de busca na internet como Google e Bing. De modo geral, esses diagnósticos são obtidos a partir da inclusão de sintomas, como palavras-chave, recebendo em retorno uma lista de *sites* que pode incluir várias fontes: páginas de clínicas, hospitais, médicos, blogs dos mais variados tipos³, etc. Assim, escolhida uma das fontes, essas pessoas se encaixavam neste ou naquele diagnóstico e então chegavam à clínica com a certeza de terem determinado transtorno ou doença.

Para dar um panorama da representatividade desse tipo de busca e suas consequências na clínica de saúde, busquei trabalhos científicos: teses, dissertações e artigos que pudessem oferecer caminhos na minha busca de melhor entendimento desse cenário. Pude constatar que há poucos trabalhos sobre o assunto e mesmo esses poucos concentram-se em duas modalidades de discussão: estão voltados para a área de saúde (que não inclui a psicanálise) e abordam o problema da eficácia ou não dos diagnósticos de saúde gerados pelos serviços de pesquisa *online*. O levantamento bibliográfico mostrou que as questões que me interessam não estão contempladas nos estudos disponíveis. Mesmo assim, decidi abordá-los de maneira breve nesta dissertação, pois acredito que podem oferecer um cenário sobre as pesquisas de saúde através da internet na atualidade.

Foram recolhidas informações de quatro artigos científicos – dois nacionais e dois internacionais – e uma reportagem publicada pelo jornal O Estado de São Paulo em 10 de fevereiro de 2019, sobre pesquisa realizada pelo Google a respeito da utilização de sua plataforma de pesquisa *online* para a busca de informações sobre o tema saúde no Brasil.

Antes de passar aos estudos científicos, trago informação que me parece relevante para o assunto de que me ocupo neste trabalho, qual seja: o recurso à internet na busca por diagnósticos. Na reportagem jornalística mencionada, publicada

³ Não é pretensão desta dissertação discutir a qualidade das informações recolhidas pelos serviços de busca *online*. No entanto, vale lembrar que esses serviços aferem ganhos através de anúncios e costumadamente os conteúdos de anunciantes recebem prioridade nas respostas de pesquisas.

na seção Saúde, lê-se que: ao se depararem com problemas de saúde, 26% dos brasileiros usam o serviço de busca do Google como primeira opção de pesquisa; o Brasil foi o país onde houve maior crescimento de buscas com o tema saúde, comparado ao restante do mundo no ano de 2018, e esse crescimento também foi maior que a média de todos os outros temas buscados dentro do Brasil. Para se ter um exemplo, numa lista de assuntos mais procurados, pesquisas de saúde cresceram 17,3%, enquanto cuidados com cabelos e informações sobre maquiagem cresceram 3% e 4% respectivamente. A matéria ainda traz uma informação interessante: 26% dos brasileiros utilizam o Google como primeira fonte de informação nos casos de problemas de saúde, enquanto outros 35% declaram recorrer antes ao médico.

Entre os estudos científicos sobre a questão dos diagnósticos em algoritmos, parto de um artigo publicado no *BJGP Open (British Journal of General Practice)*, em 17 de maio de 2017, que trata de um estudo realizado na cidade de Flandres, Bélgica, intitulado “The effect of Dr Google on doctor-patient encounters in primary care: a quantitative, observational, cross-sectional study”⁴, de Noor Van Riel et al., 2017.

A pesquisa foi conduzida por um grupo de pesquisadores da Universidade de Leuven, Bélgica e contou com dois grupos de respondentes: 1. moradores da região de Flandres, com idade entre 18 e 75 anos, usuários de internet que buscam informação sobre saúde e 2. médicos do serviço de atenção primária dessa região que tivessem pelo menos dois anos de experiência nessa área.

O objetivo deste estudo foi explorar como o diagnóstico recolhido via Google, antes de uma visita ao médico, influencia o comportamento dos pacientes durante a consulta.

A metodologia utilizada foi a seguinte: para os moradores, distribuição de um questionário com perguntas sobre características pessoais, frequência de uso da internet, frequência das pesquisas sobre saúde na internet e frequência das visitas ao médico e, também, sobre o impacto dessas informações em seu comportamento e emoções. Para os médicos, foram endereçadas outras questões, quais sejam: em que medida os efeitos da pesquisa de informações sobre saúde *online* antes de uma

⁴ “O efeito do Dr. Google nos encontros entre médico e paciente na atenção primária: um estudo quantitativo, observacional e transversal” (tradução minha), *BJGP Open*, vol. 1, Issue 2, July 2017. Disponível em <https://bjgpopen.org/content/1/2/bjgpopen17X100833>. Acesso em 10 ago. 2020. Aproveito para esclarecer que todas as traduções não referenciadas neste trabalho são de minha responsabilidade.

consulta médica são notados pelo médico, e se esses efeitos têm alguma influência na consulta.

Os resultados obtidos indicaram que quase 50% dos respondentes costuma procurar por informações sobre saúde na internet antes de ir ao médico. Dentre eles, 70% diz não se tranquilizar com as respostas obtidas. Considerando o conjunto de moradores, 50% confia mais em seus médicos do que nos diagnósticos da internet. Acrescentou-se a isso que 46% deles informou que vai ao médico normalmente após buscar informações de saúde na internet e 11% desistiu da consulta após realizar suas pesquisas.

A maioria dos médicos consultados entendeu como muito positivo o comportamento de seus pacientes em relação às pesquisas *online* sobre saúde. Eles afirmaram haver facilitação do diálogo, quando as fontes consultadas são confiáveis.

O segundo artigo, “The quality of diagnosis and triage advice provided by free *online* symptom checkers and apps in Australia”⁵, de Michella G. Hill, Moira Sim e Brennen Mills, foi publicado no *The Medical Journal of Australia* (MJA) em 18 de maio de 2020 e conduzido por pesquisadores da Edith Cowan University.

O grupo avaliou tanto a qualidade dos diagnósticos, quanto as recomendações de triagem fornecidas por *sites* e aplicativos para celular acessíveis na Austrália.

A metodologia deste segundo estudo foi ligeiramente diferente da proposta pelo estudo anterior. Foram utilizados trinta e seis programas de diagnósticos *online*. Os dados de entrada nesses programas incluíram a informação de 1.170 pessoas para diagnósticos e 688 para recomendações de triagem. As buscas foram realizadas para 48 doenças. A medida para checar a acuracidade das respostas para diagnóstico foi a de que a doença correta fosse a primeira oferecida, uma das três primeiras, ou que estivesse entre as dez primeiras respostas. Para a recomendação de triagem, a informação deveria se basear nas recomendações australianas de severidade para atendimento médico de pronto atendimento.

A conclusão do estudo afirmou que os programas de diagnóstico *online* forneceram o diagnóstico correto somente em 36% dos casos e a recomendação de triagem foi corretamente fornecida em 49% dos casos.

⁵ A qualidade dos diagnósticos e recomendações de triagem fornecidos por verificadores de sintomas e aplicativos na Austrália, **The Medical Journal of Australia**, 18 may 2020. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja2.50600> Acesso em 10 ago. 2020.

Entre os artigos científicos nacionais, parto do estudo “Qualidade da informação da internet disponível para pacientes em páginas em português”⁶, de Adriana Del Giglio et al, publicado na Revista da Associação Médica Brasileira em 2012. A pesquisa abordou a qualidade da informação relacionada a três doenças com grande incidência no Brasil⁷, e que são muito pesquisadas na internet.

O objetivo foi investigar a qualidade das informações disponíveis nos serviços de busca *online*. Foram selecionadas as primeiras 20 páginas em português, no Google, para cada uma das três doenças escolhidas. Os itens pesquisados foram: definição da doença e informações sobre diagnóstico e tratamento. Os resultados obtidos foram comparados com as diretrizes brasileiras e internacionais publicadas pelas entidades médicas de cada especialidade estudada⁸. Além disso, as páginas pesquisadas foram submetidas à análise de qualidade de duas instituições internacionais que certificam informações de saúde disponibilizadas na internet pelo mundo, a saber: *Health on Net Foundation (HON)*⁹ e *Discern Questionnaire (DQ)* da British Library and National Health Services (NHS) Executive Research & Development Programme¹⁰.

Para os itens pesquisados nos *sites* escolhidos, foram obtidos os seguintes resultados: 1. definição das doenças contidas nos *sites*: 45% das páginas traziam uma definição para diabetes mellitus, 95% para hipertensão arterial sistêmica, 85% para infarto agudo do miocárdio e 2. diagnóstico e tratamento: somente 25% continham essa informação para cada uma das três comorbidades.

Para as certificações das páginas, pelas entidades internacionais destacadas

⁶ Disponível em <https://www.scielo.br/j/ramb/a/bRJb55fkywHzHYjCFqmdzHc/abstract/?lang=pt> Acesso em 10 ago. 2020.

⁷ Diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e infarto agudo do miocárdio.

⁸ As diretrizes são conjuntos de procedimentos publicados pelas associações nacionais de cada especialidade médica e têm o objetivo de orientar os profissionais de saúde quanto a medidas preventivas e de atenção aos pacientes. As diretrizes brasileiras aqui citadas podem ser encontradas nos sites da Associação Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Diabetes, disponíveis em <http://www.portal.cardiol.br> e <http://www.diabetes.org.br>, respectivamente.

⁹ “A Health On Net Foundation (HON) é uma organização não governamental criada em 1995, sediada na Suíça. Avalia as páginas de saúde através de um código de conduta focalizando a credibilidade das mesmas. As que estiverem de acordo com as premissas do código podem exibir o logotipo da HON.” (Del Giglio et al, *op. cit.*, p. 646.)

¹⁰ “Discern Questionnaire (DQ), projeto fundado em 1996-1997 pela British Library and National Health Services (NHS) Executive Research & Development Programme e publicado no *Journal of Epidemiology and Community Health*. O DQ oferece aos usuários uma forma breve e confiável de avaliar a qualidade das informações escritas sobre as opções de tratamento para um determinado problema de saúde.” (Idem, *ibidem*.)

acima: 1. HON: 15% das páginas sobre diabetes mellitus, 20% das páginas sobre hipertensão arterial sistêmica, 10% das páginas sobre infarto agudo do miocárdio e 2. Discern Questionnaire (DC) com notas acima de 50%: 70% das páginas sobre diabetes mellitus; 65% das páginas sobre hipertensão arterial sistêmica e 55% das páginas sobre infarto agudo do miocárdio.

Com base nos dados obtidos, a pesquisa concluiu que a informação disponível na internet em português sobre as três doenças escolhidas é, frequentemente, inadequada e insuficiente.

Note-se que as pesquisas são quantitativas, estatísticas e descritivas. Trata-se de trabalhos realizados no campo da saúde, dentro da esfera das pesquisas médicas e que oferecem um resultado descritivo de uma certa situação. Não há nenhuma indicação de como os resultados atingidos poderiam afetar a clínica médica. Suas conclusões validam o diagnóstico pela internet e confirmam o grande avanço numérico de pessoas que consultam a internet quando têm dúvidas sobre saúde.

Não deixa de ser surpreendente o comentário dos médicos sobre a primeira pesquisa, quando consideraram o diagnóstico pela internet um possível meio de ampliação ou aprofundamento do diálogo com seus pacientes. Já nas duas pesquisas seguintes, os dados recolhidos são considerados pouco exatos, inadequados, insuficientes e, ainda assim, recomenda-se sua utilização desde que as fontes sejam confiáveis. Embora não seja essa a discussão deste trabalho, não posso deixar de chamar a atenção para o fato de que os dois últimos trabalhos, de alguma forma, interrogam o primeiro.

O artigo que trago a seguir é diferente dos anteriores, uma vez que não adota uma metodologia quantitativa e vai além de uma análise descritiva de dados. De especial interesse para esta dissertação é a natureza mesma da questão levantada: uma interrogação sobre a relação entre um usuário de internet e a prática médica. Não é outra a questão que me ocupa neste trabalho, com a diferença radical de que sou psicanalista e não médica, e de que, portanto, os espaços argumentativos nos quais as discussões se desenvolvem são diversos, senão divergentes – tema que abordarei em extensão neste trabalho.

Trata-se da pesquisa de Helena B. R. Garbin, André de Faria Pereira Neto e Maria Cristina R. Guilam (2008) sobre de que maneiras as informações obtidas na internet sobre saúde interferem na relação médico-paciente. Publicado na Revista

Interface – Comunicação, Saúde, Educação, o artigo “A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica”¹¹ parte de estudo sociológico dos anos 1970, em que se discutia se o crescente acesso ao conhecimento científico e a elevação do nível educacional das populações – identificados à época – poderia promover uma desprofissionalização de algumas atividades, especialmente dos profissionais da medicina.

O grupo de pesquisadores toma como ponto de partida a controvérsia entre os sociólogos americanos Edward A. Friedson e Marie A. Haug. Para Haug (1973,1988), o crescente acesso ao conhecimento científico naquele momento acabaria por desmistificar a profissão médica, o que resultaria na redução do prestígio social, da autoridade e do poder do médico, uma vez que esse profissional estaria perdendo o controle de informações importantes para sua prática e que teriam sido, antes, de sua exclusividade. Freidson (1993,1989) contestou Haug (1973,1988), já que entendia que a relação médico-paciente baseava-se na autoridade do médico sobre seu paciente. O fato de essa autoridade derivar do conhecimento do médico sobre o problema vivido pelo paciente e de esse conhecimento, uma vez aplicado, resolver o problema, faria com que o paciente se submetesse à autoridade médica. Para Freidson, sempre haverá uma diferença entre o que o médico e o paciente conhecem, porque a medicina está sempre em evolução e o médico sempre recebe esse conhecimento antes do paciente.

O artigo atualiza essa questão traçando um panorama do acesso à informação sobre saúde que vigora na contemporaneidade. Para a pesquisa, a área da saúde tem disponibilizado cada vez mais informação, utilizando para isso a televisão e a internet, já que existem, por exemplo, canais de televisão com programação exclusivamente sobre saúde, além de inúmeros *sites* na internet que tratam do tema. O acesso a essa imensa quantidade de informações poderia levar o paciente a não acatar passivamente as determinações médicas. Sentindo-se um entendido no assunto, o paciente, segundo Garbin et al (2008, p. 581), teria potencial para transformar a “tradicional relação médico-paciente baseada na **autoridade** concentrada nas mãos do médico”. No caso do chamado “*paciente expert*”, continuam os autores, “a hipótese do aumento do **poder** (*empowerment*) do paciente nesta relação pode levar, em uma

¹¹ Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/TPC5B5678dnn9YXBFD3KkrK/?lang=pt>. Acesso em 10 ago. 2020.

situação extrema, à desprofissionalização do médico” (grifos meus).

Ainda que os estudos de Freidson e Haug sejam anteriores à explosão de utilização da internet, Garbin et al (2008, p. 581) dizem ser possível “deduzir que Freidson defenderia posição oposta àquela sustentada por Haug quanto ao poder do paciente expert alterar a relação médico-paciente”, uma vez que relembram que, para Freidson, o acesso à informação não reduziria a autoridade e o prestígio social do médico, tampouco promoveria sua desprofissionalização. Na verdade, acreditam que, para o autor americano, a busca por informações da ciência, incluiria cada vez mais o paciente, na “lógica dominante da medicina ocidental” (2008, p. 582).

Garbin et al procuram ampliar a discussão com bibliografia mais atual, elegendo duas revistas inglesas, *Social Science and Medicine* e *Sociology of Health & Illness*, com artigos relativos ao tema, publicados entre 1997 e 2005. Foram selecionados 15 trabalhos que envolvem 33 autores de 18 universidades no Reino Unido, Holanda, EUA e Canadá, e sua seleção foi determinada pelo foco das pesquisas: a discussão das possíveis consequências do fenômeno do *paciente expert* para o saber médico e a prática médica.

A análise desses trabalhos identificou ao menos três posições sobre o tema: alguns deles se alinham a Haug e à ideia de que a obtenção de informações na internet pelo paciente abala a autoridade e o status do profissional da medicina, assim contribuindo para a desprofissionalização do médico; outro grupo de autores, apesar de reconhecer que essa nova realidade pode modificar a relação médico-paciente, se aproxima de Freidson, defendendo que a biomedicina, ou seja, a ciência médica, fica cada vez mais fortalecida junto a seu público. O último grupo se coloca numa posição intermediária, defendendo que o *paciente expert* deve, sim, alterar a relação médico-paciente, mas sem causar a desprofissionalização do médico. Para esse último grupo, o que se espera é que médico e paciente possam construir uma relação de colaboração, facilitada pelo conhecimento do paciente e por sua participação ativa no tratamento.

Considerando que os estudos analisados apresentam posições diferentes e até antagônicas sobre o potencial das informações sobre saúde recolhidas na internet para interferir na relação médico-paciente, Garbin et al (2008, p. 582, grifos meus) concluem:

A maioria dos artigos identificados nesses dois periódicos e analisados neste trabalho entende que os pacientes que têm acesso às informações, via internet, tornam-se potencialmente **poderosos** (*empowerment*). Para esses autores, esta nova condição pode influir e até transformar a relação dos médicos com seus pacientes. Em termos gerais, acreditam que é fundamental que os profissionais procurem trabalhar com o paciente, ao invés de para ele, usando mais tempo para **escutar**, absorver e valorizar as necessidades cognitivas, sociais e emocionais de seus pacientes. O médico deve **valorizar a vida do paciente, e não somente seu corpo**. Assim, deve fornecer informações de boa qualidade, discutir questões referentes ao diagnóstico, tratamento e resultados, respeitando os desejos do paciente em relação à tomada de decisões. Para tal, é fundamental que os próprios médicos se mantenham informados e atualizados.

Note-se que as direções argumentativas são diferentes. Esse artigo, talvez por partir de uma questão sociológica, estuda uma questão levantada por dois autores na década de 1970. A atualização dessa questão se centra nas relações entre o saber do paciente ampliado pela internet, o diagnóstico que ele já conhece, e a forma como isso afeta a clínica médica. Uma vez que esse artigo traz comentários, recomendações e uma conclusão diferente, não se pode dizer que se trata propriamente de um trabalho estatístico, mas que se aproxima mais do trabalho teórico que pretendo realizar. Parte de uma questão sociológica, levanta argumentos e contra argumentos; contudo, em suas considerações finais, não tomam uma posição clara, limitando-se a oferecer indicações, quase uma orientação aos médicos frente a essa nova realidade. Embora no artigo apareçam palavras como “autoridade” e “poder”, parece que os autores tomam distância quanto ao debate, não abordando o que o médico deve fazer a esse respeito para sustentar a sua posição.

Caberia perguntar: como um diagnóstico fora da clínica poderia favorecer a relação médico-paciente? Esse ponto, contudo, não é discutido em nenhum dos estudos. Considerando a profunda assimetria entre médico e paciente, no que diz respeito ao saber, é mesmo digno de nota que a relação possa ser favorecida com a discussão de sinais de doença. Como psicanalista, estranho a supressão da instância diagnóstica. No meu caso em particular, essa situação produziu incômodo e uma interrogação. Interrogação tão grande que me trouxe para a discussão desta dissertação.

A apresentação de alguns estudos permitiu-me, ainda que de forma breve, projetar um cenário sobre o impacto do uso da internet na busca de diagnósticos

online. Tendo explicitado o objetivo central deste trabalho, que impulsionou as discussões teóricas encaminhadas nesta dissertação, e tendo indicado a originalidade da proposta e a relevância da discussão, considero ter estabelecido a base que sustentou as argumentações dos capítulos subsequentes. O passo seguinte é indicar o escopo teórico clínico em que pude ancorar minha questão.

2 TECENDO UMA REDE DE APRENDIZADO

Retomo, neste capítulo, minhas indagações sobre a obtenção de diagnóstico através dos serviços de pesquisa *online*, não deixando de lado o fato de um número cada vez maior de pessoas aderirem a esse diagnóstico anônimo. Questão intrigante para mim, tem sido observar a confiança que se tem em um diagnóstico, mesmo sendo ele, obtido através de uma listagem de sinais de mal-estares, elencados por uma máquina.

Neste ponto, faz presença a minha experiência pregressa em tecnologia da informação. Tal experiência me propiciou conhecimento suficiente para saber que esse “diagnóstico” é viabilizado por um algoritmo baseado em pesquisas realizadas em milhões, talvez bilhões, de arquivos que contenham uma “palavra-chave”, e pesquisas nem sempre alimentadas por profissionais da área de saúde.

Como psicanalista, fico mais inquieta ainda quando recebo de pacientes esses diagnósticos produtos de uma interação tão fria. Não há um médico, ou seja, uma outra pessoa nessa relação... e, no entanto, há confiança nela. É sem dúvida surpreendente que quem fecha o diagnóstico é o próprio usuário. Em casos como esses, seria plausível, ainda assim, sustentar a palavra diagnóstico? A relação com o médico, que hoje também pode ser feita através de videoconferência, certamente instaura uma cena clínica, ainda que mediada pela máquina¹². Em suma, são muitas as questões, além das que já foram levantadas até aqui, mas fui impulsionada por aquela que remete ao momento em que uma pessoa é levada a procurar um diagnóstico fora da instância clínica. Considerando que o diagnóstico seja um assunto estrito da clínica, que envolve duas pessoas – um clínico e um paciente – não deixa mesmo de ser inquietante admitir que um diagnóstico possa ser recolhido via internet.

Frente a tais interrogações e ao incomodo na clínica, lancei-me neste estudo à outra busca: à busca de um espaço em que pudesse levar adiante as indagações que ainda me inquietam.

¹² Considero importante lembrar que a questão desta dissertação não é guiada pela discussão de condutas médicas. Minha interrogação está ligada à natureza de um discurso – este sim, “médico” – que não levanta obstáculos à obtenção de resultados que o usuário da internet toma como diagnósticos confiáveis.

2.1 Um encontro bem-sucedido

Foi no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos de Linguagem da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PPG-LAEL/PUCSP) que encontrei o grupo de pesquisa intitulado Aquisição, patologias e clínica de linguagem (CNPq). Instituído e liderado pela Profa. Dra. Maria Francisca Lier-De Vitto, o grupo funciona desde 1998 no LAEL-PUC, em parceria com a Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic).

Nesse espaço de discussão questões teórico-clínicas são abordadas de forma aprofundada e consistente, em especial aquelas ligadas ao diagnóstico de linguagem e ao tratamento propriamente dito. Pois bem, foi nele que encontrei uma reflexão sobre a problemática do diagnóstico que conduzia de forma cuidadosa uma explicitação da natureza do diagnóstico médico e de sua radical oposição a um diagnóstico de linguagem. Gostaria de dizer que essas discussões atravessam a grande maioria dos trabalhos da linha¹³, mas detenho-me no trabalho de Lúcia Arantes (2001-2006), *Diagnóstico e clínica de linguagem*, em que uma discussão focal sobre o diagnóstico é desenvolvida.

Em meio às muitas discussões sobre modalidades de diagnóstico na clínica de linguagem, sobre os embaraços da fonoaudiologia com a linguística e com falas sintomáticas deparei-me com as elaborações de Arantes relativas ao diagnóstico médico, em que a linguagem é reduzida a sinal externo de doença. Neste ponto da leitura do texto da autora, fui surpreendida por uma citação de Michel Foucault (1963-1977), em que se lê que, na medicina, há o apagamento do doente em favor da doença – apagamento, portanto, do singular. Ao lado disso, e não menos tocante, foi ler que na esfera da clínica médica a linguagem não passa de um sinal externo da doença; é comportamento não adequado. Arantes sustenta que o diagnóstico na clínica de linguagem toma distância dessas considerações.

Passo agora a apresentar alguns pontos do trabalho de Arantes que foram transformadores para mim. Refiro-me à “história da instituição do diagnóstico médico”,

¹³ Remeto o leitor particularmente aos trabalhos de Cerqueira (2005); Dudas (2009,2016); Fonseca (2002); Fudissaku (2009); Vasconcellos (2005, 2010), entre outros. (Ver referências)

que estabelece a natureza de tal diagnóstico e a radical oposição deste em relação a um diagnóstico em que a linguagem é protagonista.

2.1.1 Diagnóstico médico e diagnóstico de linguagem

Arantes (2001, p. 6) inicia seu texto com a definição da palavra “diagnóstico”: “vem do grego *diagnostikos* (conhecer, discernir) e diz respeito a *diagnose* que, por sua vez, designa tanto o diagnóstico médico, quanto descrição e classificação minuciosas de animais e plantas”.

A autora esclarece que o termo *diagnose* é utilizado em botânica para fazer referência a descrições abreviadas de classes, gêneros ou espécies de plantas, e que o método de *diagnose* da medicina se baseou na História Natural. Acrescenta, acompanhando Piper (1973), que a acepção atual de diagnóstico tem seu sentido adquirido na clínica médica, que a define como processo de reconhecimento de uma enfermidade e consideração de todas as possíveis explicações para uma afecção em particular. Esse “reconhecimento” diz respeito a um conjunto de sinais/sintomas que circunscreverá um quadro nosográfico previamente estabelecido. Nesse passo, a doença toma o lugar do doente, dada a busca de preditibilidade e universalidade dos quadros nosográficos. Quero dizer com isso que quadros nosográficos tendem à objetivação da doença.

O diagnóstico médico é, também, etiológico e, portanto, visa o estabelecimento das causas das doenças. Assim, além do reconhecimento, esse diagnóstico exige também uma explicação. É o estabelecimento de causas que garante diagnósticos diferenciais e a indicação de tratamentos, que organiza os sinais que compõem o quadro: chega-se, então, à doença como signo, ou seja, a uma articulação entre causa e sinais. O diagnóstico é fechado com a nomeação da doença.

Definido o diagnóstico médico, tem início, na tese de Arantes (2001), a leitura crítica sobre a História da Medicina, de Delp & Manning (1976). Embora seja uma disciplina bastante antiga, a medicina só admitiu a importância dos diagnósticos físicos no início do século XIX.

Antes do nascimento da Filosofia, a doença era atribuída a causas sobrenaturais: infligida por deuses ou bruxos que puniam pecados ou violações do tabu tribal. Com a filosofia, a doença passa a ser abordada como tendo origem em

causas naturais. Por esse motivo, os gregos são reconhecidos como responsáveis pela primeira grande mudança conceitual na história da medicina ocidental. A partir de então, a doença pode ser estudada. No entanto, ainda que essa mudança, no modo de conceber a doença, tenha sido uma evolução conceitual, o método grego de estudo, conhecido hoje como método hipocrático, foi considerado falho, no sentido de que afirmava que toda doença tinha somente uma causa, relacionada a um desequilíbrio das porções de fluido do corpo.

Marilena Chauí (1994, p. 109) esclarece que a doutrina dos Quatro Humores estava ligada a uma concepção de corpo como formado por quatro líquidos (sangue, fleuma, bÍlis amarela ou cólera e bÍlis negra ou atrabÍlis) dotados de quatro qualidades (seco, úmido, frio e quente), cuja mistura ou combinação “formava o temperamento ou caráter ou natureza de cada um de nós.”

Na opinião de Delp & Manning (1976), essa doutrina criou obstáculos para o desenvolvimento do diagnóstico físico, pois, se toda doença era causada por desequilíbrio orgânico, sinais específicos eram deixados de lado, uma vez que remeteriam sempre ao desequilíbrio interno. A “falha” no diagnóstico se dava por ser impossível reconhecer sinais que não fossem aqueles remissÍveis aos quatro humores.

Note-se que a concepção de doença se inicia com a ideia de uma desordem interna ao corpo. E nessa mesma direção caminha Arantes (2001-2006) com Canguilhem (1966-1990). Os gregos acreditavam que o homem não tinha poderes para mudar as forças da natureza; se a doença era resultado de um desequilíbrio no organismo, somente o próprio organismo – também uma força natural – saberia reencontrar o equilíbrio perdido. Entende-se, então, por que a terapêutica dessa época se atrelava ao estudo da natureza e não se voltava a tentativas de dominá-la para curar o doente.

A história da medicina admite que os embaraços implicados na construção de um diagnóstico e de uma terapêutica mais eficazes não impediram que quadros clÍnicos minuciosamente descritos fossem realizados pela medicina grega. Galeno (130-188 d. C) é reconhecido como aquele que sistematizou a teoria dos quatro humores do homem em relação aos elementos do mundo e que perdurou como referência por oito séculos. O diagnóstico, contudo, permaneceu sem ganhar espaço no campo da medicina.

Arantes (2001) traz Gordon (1996), que assinala que o cristianismo contribuiu muito para a manutenção do ideário da Patologia Humoral. Para a Igreja Católica, intervir no corpo humano era proibido, uma vez que era tido como sagrado, e a causa para as doenças era o pecado. Assim, a enfermidade era o estado natural do homem após o pecado original, e a cura, portanto, ficava a depender de jejum, oração e arrependimento.

Foi no período do Renascimento, entre os séculos XIV e XVII, marcado pelo progresso intelectual, mas também pelas guerras religiosas, pela fome e pelas epidemias que tiveram início os estudos sobre a anatomia humana, que possibilitaram a intervenção nos corpos. Esse salto, que decorreu da separação entre a Filosofia e a Teologia, entre o Estado e a Religião, foi decisivo para o desenvolvimento do diagnóstico. De fato, o entendimento dos corpos na teoria humoral era tratado como equilíbrio/desequilíbrio sistêmico. Falar em anatomia, por outro lado, era alterar profundamente tal concepção, na medida em que o corpo passa a ser entendido como um conjunto articulado de partes, órgãos.

O nascimento da anatomia, como lembra Foucault (1963-1977, p. 141) só pode ser concebido caso se admita que tenha havido no período do Renascimento a “abertura de cadáveres”, ainda que essa certeza tenha sido dissimulada por séculos:

Por que esta inversão cronológica? Por que o tempo teria depositado no final do percurso o que estava contido no começo, abrindo o caminho e já o justificando? Durante 150 anos se repetiu a mesma explicação: a medicina só pode ter acesso ao que a fundava cientificamente contornando, com lentidão e prudência, um obstáculo maior, aquele que a religião, a moral e obtusos preconceitos opunham à abertura dos cadáveres. A anatomia patológica viveu em penumbra, nos limites do proibido, e graças à coragem dos saberes clandestinos que suportaram a maldição: só se dissecava ao amparo de duvidosos crepúsculos, no grande medo dos mortos...

Arantes (2001-2006) assinala que somente no século XVIII as experiências de autópsia ganharam vulto e se inicia a classificação nosográfica. De fato, o diagnóstico passa a ocupar um espaço importante na clínica médica. Nesse período antes mesmo da autorização oficial da abertura dos corpos, foi Gianbattista Morgagni (1682-1771) o primeiro a anotar cuidadosamente os sinais e sintomas de pacientes vivos e relacioná-los com resultados de autópsias. A doença ganha localização definida e os sinais recolhidos passíveis de serem relacionados aos órgãos prejudicados.

Estabelece-se com mais clareza a relação entre sinais e doença.

Nas palavras de Arantes (2001, p. 26):

Apesar disso, o diagnóstico somático continuava a encontrar obstáculos ao seu aprimoramento. Cabe lembrar que certos órgãos eram inacessíveis à percepção porque encerrados em caixas ósseas, ou seja, estavam fora do alcance da visão e da apalpação.

Com a criação da técnica de percussão por Josef L. Auenbrugger (1761), chega-se à indicação de que partes do corpo não visíveis podiam ser audíveis¹⁴, técnica que persiste até nossos dias. O diagnóstico passa, portanto, a recolher sinais visíveis, audíveis e táteis. Na França, no final do século XVIII e início do XIX, realiza-se “uma síntese refinada das descobertas anteriores da medicina” (ARANTES, 2001, p. 27). A escola clínica francesa, ao retomar os estudos de Morgagni, articulou a mesa de autópsia, o diagnóstico físico e os métodos estatísticos. Como lembra a autora, com essa mudança, a prática médica passa a se basear no conceito de doença localizada e dirigida pelo diagnóstico físico/clínico. A instituição do diagnóstico decorrente de tal característica funda a anatomia patológica, que, como diz Foucault (1963-1977), inaugura a medicina científica.

Esta breve história da medicina que teço aqui tem o valor de iluminar a construção do diagnóstico médico, apoiado nos indícios de doença e na localização desses sinais nos órgãos, o que dá valor e sustentação à afirmação forte de Foucault (1963-1977) de que a medicina tem por foco a doença e coloca o doente entre parênteses. Esta pontuação é de importância para esta dissertação, uma vez que a doença é o foco do diagnóstico médico, ainda que o doente frequente a clínica médica.

Neste ponto ressoam também as questões médicas sobre o diagnóstico *online*; precisamente no ponto em que têm lugar as perguntas sobre o enfraquecimento ou não da clínica médica. Um diagnóstico de linguagem, contudo, não se submete a essa modalidade de raciocínio diagnóstico, e escapa à pressão universalizante e descritiva da medicina contra a qual Freud já nos havia prevenido. Também na clínica de linguagem a questão do imprevisível e do singular ganha espaço e escuta.

De fato, como afirma Arantes (2001-2006), embora a clínica fonoaudiológica

¹⁴ A técnica consistia em aplicar pequenos golpes, produzindo diferentes sons para diferentes estados das estruturas. A percussão do tórax, por exemplo, podia informar se o pulmão estava cheio ou vazio.

tradicional tenha aderido ao discurso médico e, portanto, caminhado na direção do estabelecimento de diagnósticos por ele orientado, a linguagem, engessada pela aplicação de aparatos gramaticais, não pode fazer mais do que localizar o que falha. A essa reflexão, acrescenta Lier-DeVitto (2006) que tais instrumentos descritivos, que são de natureza categorial, não descrevem a natureza sintomática da linguagem e nem têm a propriedade de distinguir erros ocasionais de sintomas estáveis no corpo da fala. A clínica de linguagem, diferentemente da fonoaudiologia, sustenta que linguagem não é função cerebral e nem cognitiva. A fonoaudiologia se compromete com um discurso linguístico sobre o funcionamento da linguagem. O reconhecimento da “ordem própria da língua” e de seu funcionamento “perene e universal”, introduzida por Saussure (1916), liga a imprevisibilidade do acontecimento linguístico à afirmação de que “há sujeito falante”, cuja singularidade emerge e incide apenas na fala (*parole*). Em linhas gerais, nesse campo, leva-se adiante a importância decisiva da articulação entre língua (*langue*) e fala (*parole*).

Como procuro indicar aqui, na clínica de linguagem, o sintoma na fala não é tomado, afirma Suzana C. Fonseca (2002), como uma excrescência do cerebral, nem é governado pela esfera cognitiva, na medida em que, o falante nada pode fazer para suspender ou evitar os desarranjos em seu dizer. Como assinalou Lier-De-Vitto (2003), o sintoma aponta para ocorrências que escapam à vontade e ao saber de um falante. Reconhece-se aí a determinação do sujeito e de sua fala pela linguagem, e a hipótese do inconsciente, como solos teóricos na abordagem do sintoma na fala.

Um diagnóstico de linguagem, nesse ambiente teórico-clínico, afasta-se do diagnóstico médico e propõe um diagnóstico que reflete sobre “relações”, que erige um diagnóstico estrutural. Frente aos desarranjos na fala de um sujeito, interroga-se sobre a relação do falante com a fala do outro e com a própria fala: pergunta-se o que ele escuta da/na fala do outro e na própria. Além disso, quanto à natureza do problema que afeta a linguagem, a questão é apreender os movimentos da língua e da fala que respondem pela cristalização dos desarranjos que tornam a fala insólita.

Tendo participado ao longo de dois anos das discussões encaminhadas na linha de pesquisa *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*, foi de grande relevância para esta dissertação ter debatido a oposição entre diagnóstico médico – apoiado na visibilidade de sinais de doença – e diagnóstico de linguagem, que leva às últimas consequências a singularidade da relação de cada falante com sua língua

materna.

Vejamos o que nos diz Fonseca (2002, p. 113) sobre tal oposição:

na Medicina¹⁵ o sintoma é aquilo que é referido pelo paciente e **sinal é aquilo que é observado pelo médico**. A queixa do paciente é tomada como informação relevante porque ela dá diretrizes para o exame físico em que **sinais serão notados e anotados**. (grifos meus)

A autora observa que a doença pode abranger tipos de doentes, contudo, não pode tocar o doente em sua singularidade. Parece-me apropriado dizer que ainda que doentes sejam referíveis a uma doença, uma vez que não é pela ótica da doença que se pode entrever como um doente vive essa enfermidade, como ela afeta sua vida.

Entendo ter podido mostrar qual foi a natureza do “encontro bem-sucedido” na vivência na linha de pesquisa a que me filiei. As discussões sobre diagnóstico foram cruciais para minha aproximação da ideia de que apenas um campo clínico em que a doença – e não o “doente” – é central, poderia ter lugar no espaço da internet. Quadros nosográficos são sinais de mal-estares que podem ser inseridos na internet e que, podemos dizer, dispensam o médico e o doente. É precisamente a faceta da singularidade que se apresenta como obstáculo à realização de diagnósticos *online*. Ficou clara para mim a resistência que a linguagem opõe ao estabelecimento de diagnósticos *online*. Decorreu também desse encontro a possibilidade de poder situar minhas questões em um espaço teórico. Foi mesmo nesse lugar que recebi a indicação da leitura de Jean Clavreul, que iluminou um caminho que me pareceu seguro para a ancoragem da argumentação que desenvolvo neste trabalho.

2.2 Na trilha da clínica de linguagem, Jean Clavreul

Neste período em que estou no LAEL, tomei contato com a vasta literatura que a clínica de linguagem frequentou; autores como Michel Foucault, Bertrand Ogilvie, Jean-Claude Milner, Georges Canguilhem, Ferdinand de Saussure, Roman Jakobson,

¹⁵ Fonseca critica diagnósticos de afasia realizados por muitos fonoaudiólogos que se deixam guiar por testes uniformizados e por manuais de reabilitação, dizendo que em ambos os casos, de diagnóstico e de tratamento, podem ser realizados por leigos. Para melhor entendimento recomendo a leitura de Fonseca (2002).

Jacques Lacan, Jean Clavreul, Alexandre Koyré, entre outros. Um desses autores em especial me foi recomendado em orientação e se tornou o livro base para esta dissertação. De grande impacto para minha reflexão foi a leitura de *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*, de Jean Clavreul, como direção para o encaminhamento de respostas as questões que me intrigavam.

Jean Clavreul, psiquiatra e psicanalista, nasceu em Alençon, cidade da região da Normandia, norte da França, em 24 de novembro de 1923, e morreu durante uma viagem à Itália em 28 de outubro de 2006. Na década de 1950, participou da Sociedade Francesa de Psicanálise (S.F.P.). Com a saída de Lacan da S.F.P. em 1964, Clavreul participou ativamente da fundação da Escola Freudiana de Paris (E.F.P) e atuou como secretário até 1969, formando, juntamente com Piera Aulagnier, Serge Leclaire, François Perrier, Guy Rosolato e Jean-Paul Valabrega, sua primeira diretoria. Em 1966, esse mesmo grupo, conhecido como o “Grupo dos Cinco”, publicou *Le désir et la perversion* (lançado no Brasil pela Papyrus em 1990, com o título *O desejo e a perversão*). Juntamente com Conrad Stein, Clavreul dirigiu a revista *L’Inconscient* (8 edições em 1967-1968), que publicou autores de diversas afiliações institucionais. *A Ordem Médica* foi publicado em 1978, com edição no Brasil pela Brasiliense em 1983, e em 1986 publicou *Le désir et la loi*¹⁶. Seu trabalho póstumo, *L’Homme qui marche sous la pluie: un psychanalyste avec Lacan*¹⁷ publicado em 2007, segundo Jacques Sédat, responsável pelo verbete Jean Clavreul (1923-2006), na Encyclopedie Universalis (online), Clavreul: “fornece um testemunho valioso para a história do lacanismo, na qual ele foi um dos atores principais.”

Em sua *História da psicanálise na França (a Batalha dos Cem Anos)*, Elisabeth Roudinesco (1986, p. 382) descreve Clavreul como um dos mais brilhantes psicanalistas da terceira geração¹⁸, autor de publicações importantes, discípulo de Lacan, e destaca um trecho de entrevista concedida por ele:

¹⁶ **O desejo e a lei**, sem edição brasileira.

¹⁷ *O homem que caminha na chuva: um psicanalista com Lacan*, sem edição brasileira.

¹⁸ Segundo Elisabeth Roudinesco em **Por que a Psicanálise** (1999, p. 106-107), os historiadores do movimento psicanalítico costumam classificar grupos e indivíduos em função da geração a que pertencem. Na França, a primeira geração teve nomes como: Marie Bonaparte, René Laforgue e Rudolph Loewenstein. A segunda geração, formada pelos psicanalistas da primeira, tem nomes como: Daniel Lagache, Jacques Lacan e Françoise Dolto, e a terceira geração foi aquela formada pelos psicanalistas da segunda, entre eles Jean Clavreul, formado por Lacan.

Fiz minha análise com Lacan entre 1948 e 1953, logo depois de uma tuberculose pulmonar. Esse tratamento me salvou. Lacan ia fazer as sessões em domicílio ou no hospital quando eu estava doente. Em seguida, fiz uma supervisão coletiva com ele, e depois uma reanálise. Com Lagache e Favez-Boutonnier aprendi o que não era a psicanálise. Desde o começo, soube que essa negociação não podia dar certo e, além disso, Lacan me disse que não acreditava nela e que não se preocupava com o que Leclaire fazia. Em dezembro de 1964, fui designado para servir de secretário no GEP porque não me havia misturado com nenhuma transação política. Após a criação do GEP, Lacan me escreveu estas palavras: O senhor é um resto, e sabe o valor que atribuo a essa palavra; é sua oportunidade, agarre-a.

Considero que essa declaração de Clavreul é reveladora de sua postura crítica, de sua importância, de sua proximidade com Lacan e da relevância de seu trabalho para a psicanálise. Em *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*, Clavreul discute a Medicina e seu discurso, suas origens, construção e manutenção no decorrer do tempo e faz uma interlocução com o discurso psicanalítico. Para esse psiquiatra psicanalista, o discurso médico tem leis próprias que levam à coerção do doente e do médico. Em outras palavras, trata-se de um discurso que pode ser usado por qualquer pessoa, bastando que uma delas esteja na posição de médico e a outra na posição de doente. A possibilidade de ocupação desses lugares por qualquer pessoa é de especial interesse para esta pesquisa, considerando que, de um lado, pode haver um paciente em busca de um diagnóstico e, do outro, uma informação fornecida por um sistema digital de buscas.

Por entender que o discurso médico tem leis próprias e é coercivo, Clavreul (1978-1983, p.31) sentencia que ele se confunde com a ideologia dominante: “O médico (ou o chefe) sabe melhor que você o que convém para o seu bem. Sua liberdade resume-se em escolher seu Senhor”. Temos aí uma amostra da ousadia das posições teóricas do autor: cada um pode escolher recusar a medicina e o médico, mas fica-se com o risco de cometer crime ou suicídio.

Quando afirma que a medicina é a imagem do que a sociedade quer parecer e que a igualdade dos cuidados é dada como princípio que possibilita a realização desse ideal, Clavreul (1978-1983, p. 32) considera que “[a] religião anunciava a igualdade na morte. A medicina realiza em princípio a igualdade na doença”. Ou seja, antigamente, para atingir a igualdade era preciso morrer; hoje, basta estar doente. Completa dizendo que o médico faz uma seleção do que escuta e retém somente o que é utilizável: o necessário para o diagnóstico e o tratamento. Dessa forma, protege-

se do erro; do erro em que o doente pode fazê-lo incorrer, ou aquele que ele próprio pode cometer ao se desviar do que lhe dá seu saber.

Em síntese, o discurso da medicina sobre o homem está muito além do tempo de um ato médico. Ele está em nossa linguagem e ideologia. Em razão disso, analisar o discurso da medicina se afigurou como o melhor caminho para discorrer sobre minhas questões. Tomei esse livro como texto essencial para meu trabalho e, portanto, vou segui-lo de perto.

Passo a seguir, já em companhia de Jean Clavreul, ao capítulo II, no qual pretendo aprofundar as discussões sobre o discurso médico e explorar sua possível relação com a questão dos diagnósticos através da internet.

3 O SABER MÉDICO E SUA ORDEM

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

(Jean Clavreul)¹⁹

Para discutir a existência de um mito do saber médico, Clavreul supõe uma realidade em que esse saber estaria sob a salvaguarda de um computador. Sua suposição se dá por entender que uma única mente não seria capaz de reter todo o saber médico, mas o computador sim. Não deixa de ser curioso que parte de sua suposição seja hoje essa realidade antes apenas suposta. Talvez o saber médico disponível na internet não seja o todo de que fala Clavreul, mas certamente temos à disposição, através dela, boa parte dele.

Para o autor, a Ordem médica não precisa de defesa, nem de ser demonstrada. Ela se impõe por si mesma e os médicos são seus executores. Está presente em nossas vidas, desde o nascimento que acontece numa maternidade, até a morte em um hospital. Ou seja, todos estamos submetidos à Ordem médica: aqueles que estão doentes, os que não estão doentes e, até mesmo, os médicos, aqueles que praticam a medicina. Para além de sua eficácia, a cientificidade é lei, e, portanto, não se contesta o saber médico. É assim que a noção de saber médico se transfigura em uma crença, tão expressiva que põe em ação a solidariedade entre os homens que, uma vez representada pelo orçamento de saúde de qualquer país, sempre ultrapassará qualquer obra de caridade. Os descrentes são tolerados, mas chegará o

¹⁹ Ver **A ordem médica** – poder e impotência do discurso médico, 1978-1983, p. 141-142.

dia em que terão que recorrer à medicina e serão salvos. Nesse sentido, a biblioteca do médico não precisa ser grande, basta que tenha a Bíblia. Além dela somente os tratados e manuais sobre medicina e os folhetos dos laboratórios farmacêuticos. O que quer dizer que sendo a medicina uma ciência, uma lei, ela se equipara a um dogma, imposto por uma Ordem, que não se distingue fundamentalmente de uma Ordem religiosa e, portanto, qualquer leitura que desvie o médico dessa Ordem é desnecessária. O saber médico submete a todos, médicos e não médicos. Essa submissão universalizante é um ponto-chave para minha reflexão sobre o diagnóstico fornecido, por exemplo, pelo Google, uma vez que, estabelecido como uma lei, pode ser compartilhado na internet, sem perder sua forma original.

Como uma Ordem à qual os demais se sujeitam, não é à toa que a Medicina exerça uma estranha fascinação e todos queiram ajudá-la. Ainda que ela, não se interesse por outras áreas da ciência e que suas leis, não devam ser discutidas fora de suas fileiras, outras áreas como, por exemplo, a Filosofia, se interessam pela Medicina. Os filósofos sempre falaram da Medicina, e contribuíram para sua hagiografia²⁰. Os filósofos contemporâneos constituem a Ordem, descrevendo-a, sustentando-a; trabalho esse que se funde com a ideia que a Medicina faz dela mesma. E entre eles encontra-se Michel Foucault (1963-1977) que, como observa Jean Clavreul, discutiu as bases conceituais e semânticas que a medicina moderna recebeu da anatomia patológica, estabelecendo, assim, os significantes de sua linguagem. Para Clavreul, um trabalho rigoroso, mas que faz parte da Ordem e não pode dizer outra coisa além do que vê o “olhar médico”, ou seja: só reterá o que o discurso médico pode reter.

Interessa-nos aqui destacar o que diz Foucault (1963-1977, p.7) sobre esse olhar médico: “O olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, ao conjunto visível, à plenitude positiva que está diante dele – o doente – mas a intervalos de natureza, a lacunas...” Esse olhar, que parece ser aqui o representante do saber médico, que perscruta o corpo buscando falhas, retendo dessa observação somente o que interessa a esse saber, e ignora o doente em sua subjetividade.

²⁰ **Hagiografia** - estudo sobre a vida dos santos; escrita de acordo com modelos retóricos de uma biografia; biografias com finalidade de exaltação de personagens, batalhas; forma de imortalizar. Disponível em <https://edtl.fcsh.unl.pt/encyclopedia/hagiografia/>. Acesso em 21 fev. 2021.

Nosso autor visita a obra de Georges Canguilhem, *O normal e o patológico* (1966-2009), centrada na metodologia médica e apontando, como destaca Clavreul (1978-1983, p.43), “a verdadeira dificuldade da medicina”, qual seja, o estatuto científico da doença, que fica cada vez mais distante do interessado, o doente. Com esta leitura, discorre sobre René Leriche, cirurgião e fisiologista francês, que foi o primeiro a se interessar pela dor, a praticar cirurgias delicadas com o mínimo de trauma possível e que diferenciou a “doença do doente” da “doença do médico”. Essa distinção, e a exclusão da dor como parte da “ordem da natureza”, contribuiu, como observa Clavreul, para uma evolução da cirurgia da dor, contudo, a medicalização da “doença do doente”, termina por ser, na melhor das hipóteses, uma confirmação do campo e do poder médico. Mais uma vez, vemos aqui que doente e doença são entidades separadas para a Medicina, e o que se evidencia é que o que realmente interessa é a doença.

Para Clavreul, a doença tomada como ciência insta uma verdadeira dificuldade da Medicina, uma vez que, como ciência se volta para o coletivo, e assim, se afasta do que o doente sente sobre a doença, ou seja, seu discurso fica dessubjetivado. Discurso dessubjetivado que hoje, tem como uma de suas expressões as listas de sinais nosográficos, diagnósticos que circulam pela internet e possibilitam um “autodiagnóstico” – o *autos* grego, o *self*, o próprio, o mesmo, que exclui o *allos*, o outro, o diferente e, portanto, o encontro clínico. A doença tomada como ciência teve em Leriche o primeiro médico a se interessar por algo mais próximo do que o doente sente, que é a dor. No entanto, sua visão não deixa de ser a visão da dor que está no corpo e não a subjetividade da dor. Em *O normal e o patológico*, Canguilhem (1966-2009, p .35) cita Leriche (1936, 6.22-3 e 6.22-4): “se quisermos definir a doença será preciso desumanizá-la” e “na doença, o que há de menos importante, no fundo, é o homem”. Essas afirmações confirmam a clareza de Clavreul quanto ao resguardo da Ordem médica por esses estudiosos. É o que também vai discernir em Canguilhem (1966-2009, p .35, grifos meus), que afirma que:

não são mais a dor ou a incapacidade funcional e a enfermidade social que fazem a doença, e sim a alteração anatômica ou o distúrbio fisiológico. **A doença ocorre no nível do tecido e, nesse sentido, não pode haver doença sem doente.**

Ou seja, para o discurso médico, no qual Leriche e Canguilhem, como todos, estão inseridos, é necessário que haja uma separação entre o doente, enquanto sujeito de sua doença, e a doença propriamente dita, aquela que surge no corpo; corpo que só existe se há doente, mas que prescinde dele para ser estudada e tratada. Clavreul considera que médico, doente ou futuro doente... enfim, ninguém sai ileso de sua relação com a Medicina. Ela nos deixa subjetivamente divididos. Somos seduzidos pelas certezas do saber médico e pela permanência de sua Ordem no momento de nossa morte. Não há espaço para objeções. O totalitarismo do discurso médico, contudo, não está na forma de ser dos médicos, dado que inclui, todos os que sabem de sua existência. Acompanho o autor nessa conclusão, transpondo-a para os tempos atuais: não surpreende que uma pessoa, diante de um diagnóstico *online* de depressão, saia de seu contato com a internet com a certeza de que é depressivo.

Sabe-se que o instinto é um saber que assegura a conservação do indivíduo e a perpetuação da espécie. Para Clavreul, o saber do instinto equivale a uma sabedoria da vida. Saber duvidoso para o homem, porque suas soluções são sempre favoráveis à sobrevivência da espécie e não do indivíduo. Duvidoso também, porque não perfeito, uma vez que, no curso de sua evolução, espécies desaparecem. No entanto, a Medicina Ocidental, humanista, estabelece a sobrevivência do indivíduo e sua reprodução, mesmo quando, a seleção natural os eliminaria, ou seja, ela desafia a ordem "natural". A definição de normalidade ou anormalidade fica a cargo da medicina, do olhar da ciência médica, e obriga a uma escolha: assegurar a sobrevivência do indivíduo ou eliminar, segundo seu critério, aqueles que ela veja como anormais. Formalmente, a humanidade fez sua escolha pela sobrevivência, mas essa questão existe desde a criação do discurso médico. Hipócrates nominava os médicos como "homens sagrados", e na contemporaneidade muitos entendem a medicina como um "sacerdócio".

Para Clavreul, o saber médico não pode reclamar a inocência da ciência pura, porque sustentado pelo discurso médico, ele orienta a relação entre o médico – funcionário do discurso médico – e o doente. As posições assumidas nessa relação não podem vir de um saber natural como o instinto ou de uma "sabedoria de vida". Elas estabelecem uma outra ordem, parecida com uma Ordem religiosa. A ciência, de modo geral, considera seu progresso a partir de tentativas e erros. Na Medicina são transmitidos somente os êxitos, o que torna o saber do corpo médico um saber

universitário, que não é construído por um homem, mas por seu corpo profissional. Para o autor, os estudos médicos não têm o objetivo de formar médicos, mas sim de estabelecer justas relações com o saber. Eles objetivam imprimir uma certa ideia a respeito do saber médico: a de que o médico não pode saber tudo. É preciso aprender que o saber médico está além do que ele possa reter. Ou seja, assim como o doente está numa posição de desconhecimento frente ao médico, para o médico, como afirma Clavreul (1978-1983, p.141), sempre haverá um “sujeito suposto saber mais do que ele próprio”. Na hierarquia médica, há sempre um outro médico ou uma publicação que tem o saber do desconhecido da doença. Assim, a angústia da doença fica reduzida a uma falta de saber que a pesquisa médica deve preencher. O saber médico, que tem sua coerência na cientificidade, tem no corpo médico seu representante que, deve interpretá-lo e praticá-lo.

O ideal da relação médico-doente pede o anonimato de ambos. No hospital, o doente não escolhe o médico, e aquele que o atende pode ser substituído por outro quando houver mudança de plantão, mesmo que o doente se incomode com isso. É comum que, quando internado, o doente seja atendido por uma equipe de médicos, geralmente assistentes do “titular”, que se revezam não só no contato com o paciente, como também no pedido de exames e na prescrição. Esse funcionamento em equipe evidencia a ideia de corpo médico, um corpo do saber. Para Clavreul, esse corpo de saber, poderia ser reunido em um computador e ao médico caberia a responsabilidade pela inserção de informações e de divulgação da máquina. Não temos formalmente um aparelho/computador que realize esse trabalho, como nos sugere o autor; no entanto, a internet hoje realiza bem essa tarefa. Os blogs de saúde, que muitas vezes são alimentados por médicos e fornecem diagnósticos, prognósticos e tratamentos, são um exemplo disso.

Refletindo sobre a tecnologia médica e a relação entre médico e paciente, Paulo Bezerra de Araújo Galvão (2000, p. 132) apresenta suas expectativas quanto a um futuro da medicina que, de certa forma, confirma o que tratamos acima:

Possivelmente, num futuro não muito distante, a tecnologia irá fornecer possibilidades infinitamente melhores em relação às que hoje dispomos. Quem sabe, ao necessitarmos de um atendimento, seremos analisados por um equipamento que nos mapeie da cabeça aos pés e nos possibilite conhecer imediatamente qualquer alteração patológica de nosso organismo, seguido da melhor orientação

terapêutica possível. Felizmente, sempre será uma máquina e faltará algo essencial à manutenção da vida: o relacionamento humano.

Ainda que suponha uma relação homem-máquina, Galvão não vê nela o fim da relação médico-paciente, ou seja, entende que a instância clínica não pode ser substituída pela interação homem-máquina. Para Clavreul, reunir em algum lugar – em um computador, por exemplo – todo o saber médico diz respeito antes à criação de um mito, o que reforçaria a ideia de um saber progressivo, mas de certa forma teológico. A crença nesse mito - uma sabedoria total - não deixaria espaço para o saber do doente, como destaca o autor (1978-1983, p. 144), “o apagamento da dimensão subjetiva do sofrimento em proveito da dimensão objetiva do saber, institui uma sacralização”. Essa sacralização se expressa quando a pessoa, ao pressentir a morte, solicita um médico, mesmo nunca tendo consultado um, por ter gozado por toda vida de boa saúde. Assim, morre na Ordem médica, sabe do que morreu e contribui para o conhecimento médico futuro. Há uma sacralização do sofrimento, que inscreve o doente no discurso médico e o transcende.

A Medicina, desde suas origens está ligada ao sagrado. Os primeiros hospitais, os Asclepiades, eram os templos de Asclépio, e os hospitais atualmente são os templos da ciência. Neles se nasce, se sofre e se morre. E é precisamente essa associação com o sagrado que determina a necessidade da proteção de seu saber. Um saber que o médico deve proteger. Segundo Clavreul (1978-1983, p. 147), uma das formas de proteção desse saber está no juramento de Hipócrates:

Colocarei meu mestre de medicina no mesmo nível que os autores de meus dias, partilharei com ele o que tiver e, eventualmente, providerei suas necessidades; considerarei seus filhos como irmãos e se eles desejarem aprender a medicina eu a ensinarei a eles, sem salário nem compromisso. Participarei os preceitos, as lições orais e o resto do ensino aos meus filhos, aos de meu mestre, e aos discípulos ligados por um compromisso e um juramento segundo a lei médica, mas a nenhum outro.²¹

Para Clavreul, o juramento é um marco do corporativismo médico, no sentido da manutenção desse saber dentro do corpo médico, preservando, assim, o saber e

²¹ Esse trecho do juramento de Hipócrates, destacado por Clavreul, foi retirado da Inscrição do grande anfiteatro da antiga Faculdade de Medicina de Paris.

o poder que dele advém. Trata-se de proteger o olhar médico, que não deve ser submetido a nenhuma lei que não seja aquela ditada pelo discurso médico. Toda essa proteção funciona também como uma forma de evitar a comparação do saber médico com o saber do instinto, para que sua cientificidade não seja colocada em dúvida por meio de uma associação da medicina com algo indefinido ou místico.

3.1 A Medicina - hagiografia, ciência e a verdade

É necessário falar da Medicina como um discurso, dado que mesmo quem não tem seu saber e sua prática é participante do discurso médico. Que o saber médico existe, todos sabemos, e mesmo que ninguém possa possuí-lo completamente, sempre se pode recorrer a ele. O próprio médico precisa recorrer aos livros e a seus confrades. A medicina não só despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento e de sua posição subjetiva, mas age da mesma forma com o médico que, para atender ao discurso médico, deve calar seus sentimentos. Enquanto o doente, como indivíduo, se apaga frente à doença, o médico, diante do que seu saber exige, também se apaga como pessoa. A relação médico-doente é sobreposta pela relação instituição médica-doença. Falar da medicina como de um discurso nos proporciona um afastamento da tão presente ideia de cientificidade. A Medicina invoca a ciência, e a ciência se transformou em sinônimo de verdade, precisamente o que torna possível que mesmo o seu totalitarismo, como afirma Clavreul (1978-1983, p. 49), seja suportado como “um mal do qual é preciso esperar um bem”. No entanto, ele continua (p. 50), a exatidão do saber médico não é a verdade. De fato, é seu contrário,

constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso, a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico.

Para Clavreul, esse apagamento do doente pela Medicina, elege a doença como sujeito de seu discurso, uma vez que o doente porta a doença, mas nada sabe sobre ela. Como consequência, apaga também o médico, que renuncia a sua subjetividade para oferecer o discurso médico. Enfim, ao invocar a ciência, a Medicina

legítima seu lugar de ordem, uma ordem que, tendo a ciência como fonte de conhecimento, é aquela que detém a Verdade. No entanto, qual seria a verdade?

Trago aqui alguns comentários de Lacan (1966-1998) sobre verdade e ciência, onde o autor diz que verdade e ciência não podem ser a mesma coisa. Considerando como ciência, aquela que se baseia nas regras de Descartes em seu cogito²², além de defender que não há ciência e sim o sujeito da ciência, e verdade como sendo “uma verdade que fala” (LACAN, 1966-1998, p.883), ou seja, a verdade subjetiva de cada um. Quando Clavreul, nos diz que o saber do médico não é a verdade, o faz acompanhando Lacan, para dizer que a verdade, não é a da ciência, do saber médico e sim a verdade do subjetivo. Lacan (1966-1998, p. 887) ainda nos esclarece sobre a verdade e a religião: “o religioso entrega a Deus a incumbência da causa, mas nisso corta seu próprio acesso à verdade. Por isso ele é levado a atribuir a Deus a causa de seu desejo, o que é propriamente o objeto do sacrifício”, e continua afirmando que “[a] verdade é neles remetida a fins que chamamos escatológicos, quer dizer que ela aparece apenas como causa final. No sentido de ser reportada a um juízo de fim de mundo”. Em Lacan a verdade é entendida como causa pelo sujeito religioso, e a causa pertence a Deus, ou seja, não é o religioso que “fala” a verdade, e sim Deus. Assim, confiada a Deus, a verdade surgirá no juízo final. Não há aqui interesse em fazer uma analogia entre a verdade de Deus e o discurso médico, mas sim em reportar a submissão da Medicina a algo que pode ser comparado à submissão do religioso ao Dogma, que neste caso é o discurso médico.

Afirmar que o discurso médico se impõe, mesmo sem a presença de um médico, nos permite supor que alimentar um computador com suas leis e disponibilizar informações em páginas da internet, pode ser de alguma forma efetivo e reconhecível por este discurso.

Segundo Clavreul, a Medicina deveria ser considerada a primeira entre as ciências. Por lidar com o chamado “fator humano”, ela fica relegada ao plano da aplicação da ciência, cedendo o primeiro lugar geralmente à Biologia. Contudo, mesmo tendo maculada sua posição como ciência pura, a medicina não deixa de ser enobrecida, uma vez que salva vidas. Dessa forma, nas palavras de Clavreul (1978-

²² **Cogito, ergo sum** – “Proposição usualmente conhecida pela expressão Cogito, ergo sum, e amiúde pelo simples termo Cogito, é uma das teses centrais de René Descartes.” (FERRATER MORA, J., 1994-2004, p. 485).

1983, p.51), se estabelece o “verdadeiro estatuto da medicina que se inscreve no estatuto da ciência”. A separação entre detenção do saber e “poder de curar”, estabelece uma diferença fundamental entre pesquisa pura e ciência aplicada: a primeira devendo se devotar à obtenção desinteressada do saber; e a segunda devendo se interessar pelas técnicas e pragmáticas do saber. É porque nos fixamos nas aplicações da ciência que somos levados a elevar a Medicina a um estatuto especial. Este estatuto, obriga a Medicina a divulgar os resultados de seus trabalhos à comunidade científica. A Medicina é a garantia moral da ciência e com ela os cientistas podem seguir com suas pesquisas, uma vez que, a maioria das áreas de pesquisa tem alguma aplicação médica. A instauração da pesquisa pura no topo da escala hierárquica das ciências afasta o cientista da apreciação dos resultados da própria ciência, preservando-o, assim, da discussão sobre a responsabilidade da aplicação de seus resultados.

O professor de medicina está mais próximo da ciência pura, mas não desfruta do mesmo prestígio que o cientista. Isso acontece porque aquilo que se ensina na academia é o saber experienciado e o que é normal – em suma, em termos de saúde para o corpo humano, o conhecimento do normal permite entender o patológico. O pesquisador, por sua vez, parte da doença, do patológico, para conhecer o que seria saúde; ou seja, a prática médica procura a doença a partir de seu conhecimento do que é saúde e a ciência procura a saúde a partir do seu conhecimento da doença. Identificado à informação, o saber sofre mudanças em sua transmissão. A informação se degrada quando é ensinada, causando assim uma entropia da informação, e é ela que o cientista busca. A história das ciências, nos confirma este fato, quando nos mostra que toda descoberta encontra resistência, inclusive entre os pares. As sociedades científicas se organizam e se reconhecem em seus paradigmas, que são os modelos para a pesquisa científica e entendem como não científico tudo o que venha a contestá-los. As resistências continuam até que os paradigmas em vigor, insuficientes para explicar fatos novos, deem lugar a novos paradigmas, que passam a ser adotados por todo o grupo científico, enquanto tudo o que foi discutido anteriormente cai no esquecimento.

Na Medicina, principalmente, todo progresso trouxe a rejeição de tudo que era até então qualificado de medicina antiga. É certo que há algum avanço do discurso científico, mas isso se dá, lembra Clavreul, apesar dos cientistas, que são meros

suportes desse discurso; um discurso que progride muito mais em razão de suas virtudes do que pela ação dos pesquisadores. É o discurso que impulsiona a ciência e, neste caso, o discurso médico. Como pondera Clavreul, todo discurso é portador de uma falta que o impulsiona a se desenvolver. Essa falta é representada aqui pela insuficiência na explicação de fatos novos que obrigam os pesquisadores a buscar respostas. Uma vez encontradas, tais respostas podem não ser aceitas por se configurarem como uma ameaça aos modelos instituídos: uma vez atualizado o conhecimento até então vigente, esses modelos caem no esquecimento. Essa constatação é importante porque nos serve de ponte para uma discussão das origens da medicina por uma via diferente da que já acompanhamos antes, nesta dissertação, com Arantes (2001-2006).

Clavreul (1978-1983, p. 64) vai buscar em Aristóteles as origens do discurso médico, e com ele nos mostra como esse discurso foi se construindo e alinhando com a ideologia instituída, conseguindo assim submeter a todos: “evocar as origens é sempre constituir um mito e esse mito vem estear a ideologia”. Ou seja, a busca é definida a partir dos ideais de quem procura. O mito que nasce dessa busca vai sem dúvida validar a ideologia que o motivou. O autor exemplifica sua afirmação com Maurice Bariéty, que em *Histoire de La Médecine*, de 1963 (sem tradução no Brasil) criou a expressão “instinto de cuidar”, uma preocupação inata de curar e aliviar. O “instinto de cuidar” seria a base da “intuição do médico”. Clavreul, se refere a Bariéty no intuito de criticar sua teoria, de que tanto o desejo de curar quanto a intuição existem em toda a humanidade e que ainda assim, seriam a explicação para os “dons” do “bom médico”. Se considerarmos verdadeiro, o “desejo de saber” atribuído ao cientista e acrescentarmos ao médico, um “desejo de curar” e uma “intuição”, contribuiremos muito para a hagiografia da Medicina. Ou seja, condiz com uma ideia de ciência sempre em progresso o que constitui o mito do cientista, nosso herói moderno que, como um santo, oferece à humanidade a luz e o bem.

Sabemos que esse mito não resiste ao exame dos fatos. Não há como isolar um “instinto de curar” que pudesse ser natural. Sabemos também, que homens e animais se deixam morrer ou mesmo se suicidam, às vezes, até coletivamente. Nos grupos animais, matar o indivíduo doente é a resposta que se dá à doença. A nossa história mostra que afastar os doentes humanos para hospícios, leprosários e sanatórios foram as respostas mais comuns à doença. Na verdade, ao olharmos com

condescendência para as práticas médicas antigas: os remédios tradicionais e as medicinas exóticas, consentimos em dar à Medicina e à cura um humanismo que não podemos atribuir à coletividade, seja ela humana ou animal. Está dado que a natureza prioriza a conservação da espécie em detrimento do indivíduo, e que sobrevivem, apenas aqueles mais vigorosos e aptos a se defender, e não os doentes. Devemos considerar que a Medicina moderna se apresenta contrária à natureza, privilegiando o indivíduo à espécie. Ou seja, o desejo de curar não pode ser inato, e Clavreul (1978-1983, p. 67) conclui:

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

Para o autor, uma história da medicina como a contada por Bariéty, atende à ideologia em curso na sociedade, que alimenta essa hagiografia da medicina e reforça o discurso médico, mas não realiza nada além disso, uma vez que, na contramão da natureza, a medicina moderna privilegia o indivíduo. Mais recentemente, tivemos outras tentativas de demarcar o início da Medicina em função da evolução da ciência, um exemplo, é o nascimento da medicina científica, que aconteceu a partir do início do século XX, impulsionada pelo desenvolvimento tecnológico, notadamente após a descoberta dos raios x, que trouxe um grande progresso para a área médica e que hoje nos propicia ter exames de imagem de grande resolução, nos quais pode-se ver o corpo fora do corpo. Segundo Clavreul, antes das teorias sobre o nascimento da medicina científica, era a anatomia patológica que a medicina considerava cientificamente demonstrável de sua prática. A verificação era a autópsia: no cadáver, encontrava-se o que se vira nos sinais clínicos. O fracasso em curar que resulta na morte constitui a Medicina como ciência e estabelece as bases do vocabulário médico. No entanto, é necessário repensar a noção de morte como fracasso em curar, uma vez que esse tipo de relação causal permite supor que a cura é vocação natural da Medicina. Para o autor, a morte não é fracasso para a Medicina, ela acontece na Ordem médica e, portanto, é parte do saber médico. Além disso, a anatomia patológica, foi uma grande organizadora da doença e da morte.

Sobre a morte e a autópsia, e seu papel no nascimento da medicina anatomopatológica, deixamos a palavra com Michel Foucault (1963-1977, p. 165, grifos meus):

Em lugar de permanecer o que tinha sido durante tanto tempo, noite em que a vida se apaga e em que a própria doença se confunde, ela é dotada, de agora em diante, do grande poder de iluminação que domina e **desvela tanto o espaço do organismo quanto o tempo da doença...**

Em sua abordagem da experiência médica moderna, o filósofo nos mostra a importância da morte na Medicina, não como fracasso, mas como um farol que vai iluminar a descoberta e transfigurar o fracasso que a morte representa, no sucesso em situações futuras. Clavreul acompanha Foucault (1963-1977) e vai além, quando diz que isso acontece dentro da Ordem e do saber médicos.

A história é construída em função da ideologia dos historiadores e isso vale tanto para os historiadores da Medicina, quanto para os historiadores das ciências. Trata-se apenas de construir um mito das origens, atendendo à ideologia do momento e que possa ser inscrita nos paradigmas vigentes na comunidade científica. Ou seja, na história da medicina só é admitido o que seja interpretável dentro dos conceitos em vigor. Para Clavreul, a Medicina se liga à filosofia positivista²³, e a Medicina contemporânea é consequência dessa filosofia, uma vez que, pretende admitir como seus, apenas os fatos, os sucessos patentes, ignorando que a história da medicina é composta de ensaios e erros. Não há como escrever uma história da medicina nessa dimensão evolucionista, a não ser que se admitisse que, por séculos, e até milênios, não tenha ocorrido progresso algum que mereça registro. Segundo o autor, as descobertas acontecem – muitas vezes em vários lugares ao mesmo tempo – impulsionadas pela evolução econômica, social, industrial, do pensamento e das outras ciências. É preciso que a Medicina conte sua história como uma história marcada pela contingência, ou seja, com erros e acertos no tempo. Seguindo na linha de que a história da medicina é contada em função da ideologia dominante, contar

²³ **Positivismo** - O positivismo é uma corrente filosófica que nasceu na França, no século XIX, derivada do pensamento iluminista. Seu autor mais importante é Auguste Comte (1798-1857). A esse respeito recomendo a leitura de Comte, A. (1830-1996), Curso de Filosofia Positiva e Discurso Preliminar Sobre o Conjunto do Positivismo, in **Os Pensadores**. Nova Cultural. São Paulo.

sua história de forma que considere uma linha do tempo e que mostre acertos e erros pode significar desafiar, em uma certa medida, a ideia hagiográfica que se faz dela.

3.2 Hipócrates, o pai do discurso médico

Clavreul decide, então, recontar a história da medicina tomando uma linha do tempo. Principia buscando as origens da medicina na antiguidade grega e escolhe Hipócrates, reconhecido como “o pai da medicina”, título que recebeu pela acuidade de suas “observações” clínicas, por sua luta por separar a medicina da religião e das superstições, e por ter fundado uma ética que permanece até os dias de hoje quase a mesma. Hipócrates tinha uma ascendência ilustre, formou-se em um dos templos dedicados a Esculápio²⁴ - o deus da medicina e da cura - foi sacerdote e eminente representante da medicina mesmo em seu tempo. A democracia ateniense requeria igualdade entre os homens o que os designava iguais também na doença. No entanto, a noção de igualdade também requeria que os sintomas fossem os mesmos. Para os gregos, a Medicina era assunto coletivo, o Estado era responsável pela saúde dos cidadãos e cobrava um imposto especial para a remuneração dos médicos. Com o tempo, os Asclepiádes, templos de Asclépio/Esculápio, foram se tornando também hospitais, e uma medicina individual foi se instaurando dentro e fora deles.

O Humanismo que na medicina iria ter uma formatação surpreendente, foi desenvolvido a partir das condições materiais da época e estabeleceu uma trilogia. Segundo Clavreul, citando Hipócrates²⁵ (1978-1983, p. 72): “Há três coisas a considerar: o médico, a doença e o homem”, e assim a medicina elege seu objeto: a doença, que para ser estudada deve ser semelhante em todos os homens. O autor ainda comenta que não há dúvida de que essa distinção foi o que autorizou a Medicina Ocidental a desenvolver-se e assim permitir que a fórmula hipocrática permanecesse a mesma através dos milênios. Segundo Clavreul (1978-1983, p. 73), Hipócrates diz muito sobre o "homem" quando fala do doente:

²⁴ **Esculápio** - em latim, o nome do deus grego Asclépio, educado, segundo a mitologia grega, na arte das ervas medicinais e das cirurgias. De acordo com a lenda, é filho do deus Apolo com a mortal Corônis. Em um dos templos dedicados a ele formou-se Hipócrates. Cf. Esculápio, o deus da Medicina. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/esculapio-o-deus-da-medicina>. Acesso em 22 fev. 2021.

²⁵ A obra de Hipócrates citada por Clavreul, é **Des Épidémies**, t. I, Paris, Javal et Bourdeaux, 1932.

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

Vê-se já em Hipócrates a distinção entre homem, doente e doença, sendo que a doença é o que interessa. Pode-se aqui salientar, que uma vez que, estamos todos submetidos ao discurso médico que se estabeleceu desde Hipócrates, ao doente também o que interessa é a doença, que pode ser um ente apartado dele e que ele vai buscar coisificar em suas buscas por diagnóstico no Google. Claro, para se estudar a doença não se pode prescindir do homem, que é diferente do doente. O homem que tem liberdade de escolha, não pode ser escrutinado pela Medicina, mas o doente sim, e sobre ele devem cair todas as dúvidas. Nada do que o doente diz deve ser completamente aceito pelo médico, uma vez que, sendo doente, deve se submeter à Medicina e, assim, à Ordem médica. Para o autor (1978-1983, p. 73), o doente, na Ordem médica, é definido por dois elementos: o homem + doença; ou seja, o homem é aquele de quem a doença foi retirada: "homem = doente - doença". Retirando a doença, ou seja, curando o doente, o médico se equipara ao escultor que retira da pedra a "imagem do Homem, o homem ideal" (p.73). Assim como o filósofo distingue a arte de curar e as superstições e pensamentos enganosos – que devem ser afastados – o médico pode conduzir o doente aos caminhos da razão. Fica demonstrado que o homem é naturalmente "são" de corpo e espírito, e que por sua adesão aos ideais da civilização mostra sua liberdade. Ou seja, o Homem, aquele que é originalmente saudável corpórea e espiritualmente, retornará quando o médico tiver retirado dele a doença, além de guiá-lo, com seu saber médico, a retornar à razão e poder assim exercer sua liberdade.

Enquanto na Idade Média a decadência do humanismo acarretará uma regressão da medicina, no Renascimento, com o retorno desses valores, as ciências terão um grande desenvolvimento, e a Medicina entre elas. O discurso da Medicina

tem como objeto a doença e, desenvolvendo esse discurso, ela contribui para constituir o homem "normal". Descobrimos um número sempre crescente de doenças, organizando-as em sua sintomatologia e combatendo-as, a Medicina foi reconhecida como uma das áreas de conhecimento que contribuem para a instituição de nossa civilização. Ela é fundada como discurso, como científica e este discurso está completamente articulado ao discurso dominante. Uma vez sustentada pela objetividade dos resultados alcançados, a intenção de cada médico – sendo todos os médicos, autores do discurso médico – se mantém, assim como se mantém, sobre o Homem, um discurso, que não o considera em seu aspecto particular e que, no entanto, transforma a humanidade, afastando dela, os fatos que se expressam na doença. Essa é a ordem hipocrática que, segundo Clavreul (1978-1983, p. 74), constitui uma ordem jurídica no sentido em que fala Kelsen²⁶: “O direito, diz Kelsen, não fala do Ser (*Sein*) mas somente do dever ser (*Sollen*) e os meios do direito (as sanções) estão destinados a fazer com que cada um aceda ao *Sollen*.”

Falando da ordem hipocrática como uma ordem jurídica, cita Kelsen para dizer que não há relação médico-doente: o homem do Humanismo e da Medicina, é referido a *Sollen*, ou seja, ao “dever ser”, é aquele homem que, se seguir a razão e a Ordem médica, retornará à boa saúde; enquanto o doente é referido a *Sein*, ou seja, ao “ser”, e esse “ser” não interessa à Medicina, uma vez que seu interesse é a doença. O doente apenas concede informações sobre um corpo enfraquecido. Cooperar com o médico, identificando-se com os ideais da Medicina. Sigo com Clavreul, ao pensar na busca *online* por um diagnóstico, orientada pelos sintomas usados como palavras-chave: “apatia”, “desânimo”, “sem forças para sair da cama”... informações sobre um corpo enfraquecido que o doente concede a máquina. Retomando o Direito, o acusado é definido provavelmente inocente. Não se imporá ao doente os rigores da Ordem médica, como se impõe ao delinquente as leis. A liberdade se define com a aceitação da Ordem. O discurso médico não trata do homem e sim da doença. Não sem levar em conta uma certa ideia sobre o homem, sua liberdade e seu ser. Considerando que,

²⁶ **Hans Kelsen** (1881-1973). Nascido em Praga, lecionou na Universidade Viena, sendo um dos principais promotores da chamada Escola Legal Vienense. Do ponto de vista filosófico, as teorias jurídicas de Kelsen estão ligadas à rigorosa distinção kantiana entre o “ser” e o “dever ser”, especialmente tal como elaborada pelos filósofos da Escola de Marburgo. As teorias jurídicas de Kelsen são conhecidas pelo nome de “teoria pura do direito”. Cf. **Dicionário de filosofia**, José Ferrater Mora, 1994-2004, p. 1638.

seguinto Clavreul, o único papel do doente é dar informações sobre seu corpo, submetendo-se à Ordem médica e jurídica, o que se dá com o doente que concede informações sobre seu corpo a um computador? Receberá ele um “verdicto” da máquina?

Uma vez que credita a Hipócrates o desenvolvimento do discurso médico pela coerência de uma obra sempre em sintonia com os ideais de sua época, Clavreul empreende uma retomada das origens desse discurso nos escritos do Mestre de Cós. Dessa retomada, trago a reprodução de um texto de Hipócrates sobre seu estudo da impotência de vários homens do povo Cita²⁷. Apesar de longo, reproduzo-o aqui, dado que Clavreul (1978-1983, p. 76-77, grifos meus) entende que é exemplar e, além disso, porque leio nesse texto do autor grego²⁸ a construção de um diagnóstico, ainda elementar, mas que define um método:

...encontramos entre os Citas muitos homens impotentes; eles se condenam aos trabalhos das mulheres, e falam como elas. Eles são chamados de afeminados. Os indígenas atribuem a causa desta impotência à divindade, eles veneram esta espécie de homem e os adoram, cada um temendo para si semelhante aflição. Quanto a mim, penso que esta doença vem da divindade como todas as doenças, que nenhuma é mais divina ou mais humana que a outra, mas que todas são semelhantes e todas são divinas. Cada doença tem, como esta, uma **causa natural** e, sem causa natural, nenhuma se produz. Eis a minha explicação de como vem esta **impotência**; ela ocorre em função da **equitação permanente** dos Citas, o que lhes causa **estrangulamentos nas articulações**, visto que eles têm sempre os **pés pendentes ao longo do cavalo**, e que chega até mesmo a ocasionar a **claudicação** e a **distensão do quadril** naqueles que são gravemente atingidos. Eles tratam de sua impotência do seguinte modo: no início do mal, eles abrem a veia localizada atrás de cada uma das orelhas. Quando o sangue corre, a fraqueza excita o sono, e eles adormecem; depois acordam, uns curados, outros não. Mas esse tratamento mesmo parece-me alterar o líquido seminal; pois existem atrás das orelhas veias que, cortadas, privam aqueles que sofreram esta operação da faculdade de engendrar; ora, são essas veias que eles parecem cortar. Isto feito, quando eles vão procurar uma mulher e não podem ter relações com ela, inicialmente se inquietam pouco e ficam em repouso. Mas se em duas, três ou mais tentativas não têm

²⁷ **Citas** - Povo nômade, originalmente de linhagem iraniana, conhecido desde o século IX aC. Fundaram um império rico e poderoso centrado no que hoje é a Crimeia. Até o século 20, muito do que se sabia da história dos Citas vinha do relato do historiador grego Heródoto, que visitou seu território. Temidos e admirados por suas proezas na guerra e, em particular, por sua equitação, foram um dos primeiros a dominar a arte da equitação, e sua mobilidade surpreendeu os vizinhos. (Encyclopaedia Britannica, **Scythian**, 2019) (minha tradução). Disponível em <https://www.britannica.com/topic/Scythian> Acesso em 25 abr. 2021.

²⁸ A obra citada é *Des aires, des eaux et des lieux*, Paris, Javal et Bourdeaux, 1932, t. I, p. 33-35.

melhor sorte, eles imaginam ter cometido alguma ofensa em relação ao Deus ao qual atribuem sua aflição, e vestem roupas de mulher. Declaram sua impotência; a partir de então vivem como as mulheres e se entregam às mesmas ocupações delas. Esta doença afeta, entre os Citas, não os homens da classe baixa, mas os ricos, aqueles que são os mais poderosos por sua fortuna e nobreza; a equitação é a causa disso, e se os pobres estão menos sujeitos a ela, é porque não andam a cavalo. Entretanto, se esta doença é mais divina que as outras, seria necessário que não fosse exclusiva dos Citas mais ricos e nobres, mas que atacasse igualmente todos, e mesmo, de preferência, aqueles que possuem menos e que não oferecem sacrifícios, se é verdade que os Deuses se comprazem com as homenagens dos homens e lhes recompensam com favores. Pois os ricos podem imolar numerosas vítimas, apresentar oferendas, e usar sua fortuna para honrar os Deuses, enquanto que os pobres estão impedidos, por sua indigência, de honrá-los da mesma forma, e os acusam desta indigência mesma. Assim, a pena de tais ofensas deveria de preferência atingir os pobres em vez dos ricos. Mas, como eu já disse acima, tudo isso é divino como o resto; cada coisa se produz conforme as **leis naturais**, e a doença de que falo nasce, nos Citas, da causa que indiquei. De resto, **acontece o mesmo com os outros homens**; ali onde a equitação é um exercício diário, muitos são afetados de **estrangulamento das articulações**, de **ciática**, de **gota** e tornam-se **inaptos para a geração**. Esses males afligem os Citas e fazem deles os homens mais impotentes; acrescentem às causas da impotência o fato de que eles **usam calção constantemente**, que eles estão quase sempre a cavalo, **sem poder mesmo colocar as mãos nas partes naturais**, que, por causa do **frio e da fadiga, distraem-se do desejo da união dos sexos**, e que no momento em que fazem tentativas, já perderam sua potência viril. Eis o que tinha a dizer sobre a nação dos Citas.

O trecho citado descreve a realização de um diagnóstico no qual podemos discernir um método, a saber:

- A) Conhece-se o sintoma/sinal ou sintomas/sinais: 1. Impotência; 2. vivem como mulheres (afeminados);
- B) Não se acolhe o que não esteja no discurso médico: atribuem a causa à divindade (Hipócrates busca provar que a causa é natural);
- C) Procura-se uma causa: 1. a equitação, que causaria estrangulamentos nas articulações (devido ao fato de seus pés ficarem pendentes ao longo do cavalo) e ocasionando também claudicação e distensão dos quadris; 2. o uso constante de calção; 3. a impossibilidade de colocar as mãos nas partes naturais, por estarem sempre a cavalo; 4. o frio e a fadiga que os distraem do desejo sexual;

D) A doença acomete outros homens, em locais onde a equitação é um exercício diário e têm sintomas/sinais parecidos: 1. estrangulamento das articulações; 2. Ciática; 3. Gota; 4. impotência.

Considero importante destacar aqui essas informações, uma vez que, elas permitem verificar que a estrutura que encontramos hoje, nos diagnósticos, já estava presente nos primórdios da medicina, no nascimento do discurso médico.

Para o autor, é pouco provável que um médico contemporâneo relacione a causa da impotência de seu doente à prática da equitação, muito menos, que prescreva o abandono dessa prática como cura. Os paradigmas da Medicina atual não são mais os mesmos em vigor no tempo de Hipócrates. O corpo médico trabalha com novas noções como exames laboratoriais e de imagem. Contudo, atualmente, ainda há médicos que entendem que, textos como esse de Hipócrates, são exemplares do andamento médico. Essa noção, vem do fato de que Hipócrates, refuta o argumento da religião como explicação da impotência, afastando assim todo obscurantismo no estudo desse sintoma. Ele nomeou como "doença" e impôs que se lhe buscassem "causas naturais". Assim, esclarece que há um saber capaz de tratar a impotência e não um saber dos deuses, que se haveria de adivinhar e, por práticas religiosas, exorcizar. Ao contrário, trata-se de um saber articulável e que tem sua lógica própria. A causa da doença é a equitação, ainda que existam outras: o calção, o frio, a fadiga, a impossibilidade de tocar as partes naturais etc. O que realmente interessa ao médico contemporâneo, quando lê Hipócrates, é a instauração de um método, ou melhor, de um discurso sobre a doença: um discurso que permite eleger fatos e não suposições circunstanciais ou obscuras. Poderíamos dizer que, salvo nos casos de tumores, não é a compressão do períneo que ocasiona a impotência, e que Hipócrates deveria ter desconfiado disso, uma vez que a impotência se curaria quando os Citas se dedicassem aos "trabalhos das mulheres". Mas não é disso que se trata. Hipócrates está empenhado em instaurar o discurso médico e, para isso, se faz necessário privilegiar alguns fatos e afastar o que contraria esse discurso. Pode-se entender que suas conclusões são falsas, ainda assim seu raciocínio é médico e rigorosamente disciplinado. Um médico pode se enganar num diagnóstico, mas ainda permanecerá no discurso médico. No entanto, se dissesse ao doente, que sua dor abdominal se devia às discussões com sua esposa ou aos problemas que tinha no trabalho, claramente ele sairia do discurso médico. Da mesma forma, se

recomendasse que seu doente fizesse orações, considerando sua dor como consequência de erros morais. Se comete um erro de diagnóstico, o médico ainda está no discurso médico, mas, se apela para a psicossomática ou para a religião, não estará mais no discurso médico e sim em outra lógica. Ainda que saiba que uma pessoa pode adoecer, e até morrer, por conta de eventos dolorosos que podem tirar toda a sua razão para viver, o médico entenderá que a doença tem pouca importância em relação a esses eventos. Mesmo sendo muito interessantes, os discursos possíveis sobre o mal e a doença não interessarão ao médico se não estiverem na Ordem médica. Segundo Clavreul, o discurso médico requisita um olhar característico. É uma matéria que avalia fatos, e aquele que mantém esse discurso deve ter disciplina, e a necessidade de limitar o campo de visão, impõe uma visada específica. Essa visada, se inscreve em seu campo de saber, para constituir uma teoria e ao menos um diagnóstico com coerência. Nada mais tem existência para ele. O médico, continua o autor (1978-1983, p. 82), se submete “à ordem do discurso médico que lhe é dado saber observar”.

Hipócrates foi um observador excepcional e pode promulgar as regras metodológicas e deontológicas²⁹ da Medicina. O discurso médico elimina qualquer outro discurso e, por consequência, o do próprio doente. Essa é uma visada totalitária: não poder e não querer saber, do que não lhe está circunscrito. Clavreul, retoma Hipócrates, para destacar que já em suas origens a Medicina mostra seu discurso. Para o filósofo médico, mais importante que discorrer sobre a impotência nos Cítes, era afastar o argumento de que a doença vinha da divindade. Ele nomeia a doença e assegura que ela tem causas naturais. Instaura um método e um discurso sobre a doença, organiza fatos e não faz observações. Para instaurar o discurso médico, Hipócrates seleciona alguns fatos e afasta outros.

Todo mestre necessita um aluno para ter seu saber reconhecido, e é por essa razão que se atribui a Hipócrates o título de Mestre: Mestre da Escola de Cós. Ele é reconhecido como aquele que concedeu um ensino magistral, fornecendo método e saber. No entanto, tendo o saber médico, alcançado a autoridade da ciência, esse saber original atualmente, tem pouca audiência. Ensina-se um saber instituído, sem

²⁹ **Deontologia** - Conjunto de normas e procedimentos próprios de uma determinada categoria profissional que, seguido pelos seus membros, serve para garantir a uniformidade do trabalho e a ação do grupo. Disponível em <https://aulete.com.br/deontologia>. Acesso em 26 fev. 2021.

se mostrar sua origem. Segundo Clavreul (1978-1983, p. 88), para atestar a maestria do médico não se faz tão necessária a verificação nos exames da faculdade, mais sim a prestação do Juramento no qual se dá testemunho de “fidelidade e obediência à ordem médica”. O médico deve demonstrar habilidade em sustentar o discurso médico e por fim, redigir uma tese, para passar a participar da constituição do saber e ser autor do discurso médico, como seus iguais, confirmando que, afinal, todo médico é um mestre. Clavreul (1978-1983, p. 89) nos descreve o médico como um personagem heroico:

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

Essa imagem do médico congrega a ciência e o dever, dois valores muito reverenciados, uma vez que se expõe a grandes riscos quando pratica a medicina. Priorizando seu dever, destacado no ato do juramento de Hipócrates³⁰, muitas vezes o médico se expõe a doenças letais, ou realiza cirurgias difíceis. Sendo a Medicina a defensora moral da ciência, o médico incorpora o homem da ciência. Todos esses elementos constroem uma imagem importante, na medida em que insuflam a hagiografia da medicina e aproximam o médico do sacerdote, o médico é aquele que se sacrifica pela verdade da Ordem médica. Segundo Clavreul, é com justa razão que os médicos devam se preocupar com sua imagem, atualizando-a sempre que necessário. O personagem que sustenta o discurso do mestre não pode ser qualquer um. É sua solidez perante a sociedade, que confirma sua participação na Ordem dos médicos e garante a eficácia do discurso do qual, em parte, ele é autor e de que é o porta voz³¹ junto aos seus doentes. A respeitabilidade de cada médico põe em jogo a respeitabilidade de todo o corpo médico, e é por isso que ele deve buscar o auxílio de

³⁰ Para conhecer o teor do juramento utilizado atualmente pelos formandos de medicina, sugiro consultar o site do CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em 25 abr. 2021.

³¹ Angela Vorcaro faz menção a este ponto em sua tese de doutorado, 1997, PUC-SP (Ver referências).

pares e mestres quando encontra uma dificuldade. A garantia do saber médico é o corpo médico.

O médico convence o doente da superioridade do saber médico com o prognóstico. Hipócrates dedicou muita energia aos prognósticos e ensinava que o médico deveria desenvolver uma habilidade de previsão. Falando do presente, do passado e do futuro do doente, ganharia sua confiança. Com a admiração conquistada por seus conhecimentos, o médico poderia então exercer sua arte com habilidade. Entretanto – e eis o que nos interessa mais pontualmente – há mais no prognóstico do que provar talentos adivinhatórios. Quando o médico anuncia o futuro, colabora para sua criação, intervém no tempo e, com sua intervenção, o curso da doença é modificado, mesmo antes de uma prescrição medicamentosa – enfim transforma a relação do doente com sua doença. Clavreul fala aqui de um médico muito cioso de sua posição, outorgada pelo discurso médico, através de seu ingresso no seletivo grupo dos autores desse mesmo discurso, quando da elaboração de sua Tese. No entanto, não basta a Tese. Sua posição prestigiosa na sociedade dá o lustre que o confirma na Ordem médica e que faz dele porta voz desse discurso aos doentes que atende. Nosso autor encontra em Hipócrates as raízes dessa posição: quando o mestre de Cós separa a doença da divindade, concede ao médico uma autonomia sobre um saber que deve ser aprendido e partilhado somente com seus confrades.

Neste ponto de nossa argumentação, considerando as posições hipocráticas, é possível afirmar que o discurso médico é o discurso do mestre. Trata-se de um discurso do mestre, porque rejeita qualquer outra ordem que não a especificamente médica, traduzida no ato médico, ou seja, sua clínica. É dentro dessa relação que observo os efeitos do diagnóstico fornecido por uma máquina e com seus algoritmos que substituem o discurso médico e que é, ele sim, um saber irrefutável. Quando anuncia ao paciente que em seu corpo há uma doença, o médico compele o doente a se desligar de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre; em outras palavras, ele é expropriado desse saber. O doente deve se ver como outro e considerar, que tudo o que sente deve ser interpretado em função dessa doença, que só o discurso médico pode interpretar. Acompanho o autor nessa afirmação: pacientes diagnosticados *online* chegam à clínica psicanalítica com um esvaziamento de suas interpretações próprias sobre o que os fazem adoecer. Nesse ponto, o doente é

definido como: homem + doença, e o que vai assegurar sua entrada no discurso médico é o diagnóstico.

O discurso do mestre se desenvolve como um fenômeno natural, além da personalidade do médico. Este discurso tem leis próprias e seu desenvolvimento, cada vez mais rigoroso, com a inclusão dos elementos de saber e de técnica, propiciaram que possa seguir sempre de uma forma mais pressionadora. A leitura de Hipócrates nos esclarece, contudo, que não é o instrumental da tecnologia contemporânea que lhe dá o aspecto que conhecemos. Para Clavreul, o discurso médico é o mesmo discurso do mestre de Lacan³². Absoluto em sua clínica, é o médico que enuncia que há uma doença em nós, e o Homem, que antes era Homem = doente - doença, é agora Homem + doença, e somente o médico sabe dela. No entanto, não estamos tratando da personalidade do médico, nem afirmando que ele se dá por conta do poder tecnológico de que a medicina dispõe atualmente, mesmo considerando que essas inovações o fortaleçam.

Na história oficial da Medicina, a porta de entrada do doente no discurso médico é o diagnóstico. Diagnóstico que Arantes (2001, p. 28), como vimos anteriormente, afirma ser uma “instância inaugural de uma terapêutica” que “orienta a terapia e determina o prognóstico”. Nos dias de hoje, permanece um recurso relevante em muitas relações com profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, uma informação disseminada pela internet que, quando recolhida, acontece em solidão. Faz-se necessário lembrar que, na maioria das pesquisas *online* sobre diagnóstico, a pessoa que faz a busca também vai recolher prognósticos e orientações de tratamento, quase sempre acompanhados de uma observação quanto à necessidade de consultar um médico.

³² **Discurso do Mestre** - Trata-se de um dos quatro discursos de Lacan. Em seu seminário “O avesso da psicanálise” de 1969-1970, no qual apresentou sua teoria dos quatro discursos: discurso do mestre; discurso da universidade; discurso histérico e discurso psicanalítico. Ver Roland Chemama, **Dicionário de psicanálise**, 1995, p. 132. “Trata-se, com efeito, de inscrever, sob uma forma algébrica, a estrutura dos discursos [...]. Esses diferentes discursos encadeiam-se e sustentam-se, uns aos outros, dentro de uma lógica determinada inteiramente pelo jogo da letra, e um dos interesses não negligenciáveis dessas fórmulas é o de vencer a oposição errônea entre uma psicanálise do sujeito individual e uma psicanálise do coletivo.”

3.3 Os discursos de Lacan e o discurso médico

Para Clavreul, explorar o discurso médico a partir de uma visada ‘psicanalítica’ possibilita examinar fatos que ficam encobertos quando esse discurso é reconhecido como a única referência possível. Para isso, o autor entende como necessário trazer os “quatro discursos” de Lacan, tais como teorizados em seu Seminário 17, *O avesso da psicanálise*, 1969-1970.

O ponto de partida é o conceito de signo definido na linguística como resultado da relação simétrica entre um significante e um significado, sendo o significante a substância linguística (uma imagem acústica, sensorial, material) e o significado a representação do significante (um conceito)³³; ambos ligados e inseparáveis. No entanto, para Lacan, não há essa unidade de duas faces, e a barra que no signo saussuriano divide o signo em significado e significante, vai ser lida por Lacan como uma barra que, em vez de compor, separa o significado e barra a significação. Quanto aos significantes, estão em relação e formam entre eles uma cadeia, ou seja, uma cadeia significante. Nessa cadeia, cada significante se refere a outro significante e assim sucessivamente, sem se confundirem entre si. A significação nasce da reunião desses significantes dispostos em uma sequência, e essa organização constitui o discurso.

Na leitura lacaniana, o significante só faz sentido se preso numa cadeia de significantes, e o representante do significante é um sujeito³⁴, ou seja, na cadeia, cada significante representa um sujeito para outro significante. Temos ainda que considerar que a opção por um significante da cadeia significante modificará a representação do sujeito e instaurará uma cena. Então, quando falamos “exame”, podemos estar falando de um exame médico ou de um teste escolar, e será o discurso em que “exame” está incluso que fornecerá a significação. Segundo Clavreul (1978-1983, p.166), para Lacan, o Sujeito é dividido, uma vez que é “ao mesmo tempo sujeito do

³³ Para melhor entendimento recomendamos a leitura do *Curso de Linguística Geral*, de Ferdinand de Saussure (1973-2006). (Ver referências)

³⁴ **Sujeito** - “Termo recorrente em psicologia, filosofia e lógica. É empregado para designar ora um indivíduo, como alguém que é simultaneamente observador dos outros e observado por eles, ora uma instância com a qual é relacionado um predicado ou atributo.” E Jacques Lacan “em *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*, apoiando-se na teoria saussuriana do signo linguístico, enunciou sua concepção da relação do sujeito com o significante: “Um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante”.” Cf. Elisabeth Roudinesco e Michel Plon, **Dicionário da Psicanálise**, 1998. p. 742)

enunciado e sujeito da enunciação”, e representado por um S barrado = \cancel{S} . Se pensarmos no discurso médico, o doente é aquele que fala de si mesmo, ou seja, enuncia sua doença, e o enunciado versa sobre ele mesmo.

Ser Sujeito da enunciação e do enunciado, não é a única razão para que seja um Sujeito dividido, mas, especialmente, por sua dupla relação: de um lado, com a cadeia significante; de outro, com o objeto. Objeto aqui ligado a ele na fantasia. Fantasia que Clavreul (1978-1983, p.167) explica como: “a indicação de toda relação possível entre o Sujeito que discursa e o real que seu discurso tende a cercar e a constituir como realidade”. Este objeto: "objeto a", tem uma realidade questionável, pode ser referenciado a um “lugar vazio” criado pelo Sujeito, e sua existência se dá somente no discurso que o instaura.

O discurso abrange o Sujeito, o objeto “a” e sua cadeia significante: S_1, S_2, S_3, S_4 etc., e nele o significante S_1 representará o Sujeito (não o objeto) e ocupará uma posição de destaque. A cadeia dos significantes (S_2, S_3, S_4 etc.), como um sistema organizado, será representada por S_2 . Poderíamos aqui fazer um paralelo, tomando a cadeia significante como o rol de sintomas que o doente enunciará para o médico, e o objeto é a doença; doença essa que ele pode imaginar como é, mas à qual somente o médico poderá dar sentido com o seu saber.

Temos então, que o discurso é composto por quatro elementos: 1- S_1 , o significante conectado com a cadeia significante; 2- S_2 , que representa o Sujeito em sua relação com o objeto “a”; 3- o objeto “a” e 4- o próprio sujeito \cancel{S} . Cada um desses elementos se define por sua relação com dois dos outros elementos. A depender de que cada um desses elementos assuma o primeiro lugar e os demais se organizem em torno dele, teremos quatro discursos, a saber: discurso do mestre; discurso do universitário; discurso da histórica; discurso do analista. Ainda que sejam interdependentes, o discurso do mestre tem um destaque pelo fato de ser o discurso primeiro, aquele que prioriza o significante S_1 , sendo assim constitutivo de todo discurso. O autor adverte, que esses são modelos que não podem ser identificados a nenhum discurso existente, ainda que os quatro elementos estejam em todo discurso.

O discurso do mestre é o primeiro discurso. Para Clavreul, é desse primeiro discurso que o discurso médico mais se aproxima. O discurso do mestre é aquele que dá a significação ao signo. Signo que, sem ele, portaria informação, mas não teria

significado. Realizando a constituição do signo em significante, o discurso do mestre ordena esse significante com outros significantes e assim emerge a significação.

O dado de ausculta, por exemplo, e um dado de um exame clínico não informam nada. Faz-se necessário que o médico tenha acesso aos dados para que algo possa ser feito com essa informação. O médico os relaciona com outros signos, e o conjunto de informações analisadas por ele dirá se há uma doença. O importante é que o médico possa articular esses signos em uma ordem conhecida ou, pelo menos, possível. Fazendo isso, o médico os ordenará numa cadeia significante. É porque existe o discurso médico que o médico pode transformar os signos (sinais) em significantes e que, de sua ordenação, extraia uma significação: a existência de uma doença.

Para Clavreul (1978-1983, p. 169), “a etapa do diagnóstico é um ato de mestria”; ignoramos o quanto esse ato é audacioso, uma vez que, tendo se tornado cotidiano e muito empregado, torna-se também naturalizado. Percebemos essa audácia quando o médico busca os sinais para uma doença ainda não conhecida, porque esses sinais deverão levar a uma descoberta e, ainda assim, mais uma descoberta entre muitas que já foram realizadas. O que promove o ato de mestria, de fato, é que a empresa já foi tentada com êxito, ou seja, é possível um discurso médico. O êxito do discurso do mestre vem do fato de advir da subjetividade do autor. É a retirada dessa subjetividade que promove a suposta objetividade do cientista. O que não quer dizer que não haja subjetividade, contudo, ela não será necessária para a compreensão do texto, uma vez que ele, para ter alcance significativo, necessita somente de sua coerência. O discurso do mestre se sustenta de forma autônoma, sem considerar a subjetividade, nem de quem o enuncia e nem de quem o escuta. É daí que ele retira sua força e Clavreul (1978-1983, p. 170) nos dá um exemplo: “a condenação de Galileu e a retratação deste são sem importância para o que é enunciado: o aforismo “A terra gira” não fica menos verdadeiro”

Por fim, considera o autor (1978-1983, p. 170) que “o produto do discurso do mestre é a constituição de um objeto: a doença, como vimos, para o discurso médico”. No entanto, esse objeto só surge como parte integrante dos significantes do discurso. Assim, surgindo na ordem do discurso, ou seja, numa lei, ele não aparecerá em sua relação direta com o Sujeito \mathcal{S} . Qualquer descoberta científica, inclusive o diagnóstico,

elimina a divisão do Sujeito. O que unifica os médicos entre si e o médico em si mesmo é o desejo pelo objeto da medicina: a doença.

Seguimos com o discurso do universitário que, encadeado que está com os demais discursos e em sequência ao discurso do mestre, vai privilegiar a cadeia significativa S_2 , ou seja, o discurso como saber. É o saber ensinado na universidade e que é recolhido junto aos mestres. A universidade recolhe e transmite o saber, transmitido parcialmente e certamente degradado. A universidade recolhe e organiza os significantes S_2 , S_3 , S_4 , ... sem destacar nenhum deles, e só recolherá um novo significante se este passar a pertencer à ordem de um discurso já instituído. Nesse sentido, a universidade acaba por ser um obstáculo a significantes novos que possam ameaçar a ordem estabelecida. O saber constituído resulta na divisão do Sujeito. Diante do saber ensinado, estão divididos professores e alunos.

O próximo discurso é o discurso da histérica. A posição da histérica também se dá a partir de um saber constituído. Esse discurso colocará a divisão do Sujeito em primeiro lugar. Para Clavreul, a patologia é o melhor exemplo da questão do sujeito. Ela está na cadeia significativa criada pelo discurso médico, no significante mestre, definida como bem e benefício, e como saber para o discurso universitário. Sendo o discurso médico o discurso científico típico, ele tem influência direta sobre a vida cotidiana. Desde suas origens, o discurso médico reconheceu a histeria como algo que não se encaixa no saber médico, porque pode parecer qualquer doença sem que seja absolutamente nenhuma delas, colocando-se assim, fora do saber constituído. Isso se dá, segundo Clavreul (1978-1983, p. 172), porque “os sintomas não remetem ao discurso médico, mas ao próprio sujeito”

A histérica realiza a significação em sua subjetividade através de seus sintomas. Seus sintomas têm uma regra própria, como significantes em relação à cadeia significativa S_2 , S_3 , S_4 . Esse funcionamento da histérica interroga o saber que, como discurso do mestre, se articula pela relação entre S_1 e S_2 . O discurso da histérica almeja produzir saber, instituir uma cadeia significativa, mas seu discurso é remetido a ela mesma, a sua subjetividade.

Por fim temos, o discurso do analista, que é o único que oferece articulações para que o desejo se inscreva. Em primeiro lugar está o objeto "a", que se relacionará com o Sujeito $\$$. Segundo Clavreul, a psicanálise mostra o papel estruturante da fantasia na relação que se dá entre o Sujeito e o objeto "a". Este é um objeto perdido,

do qual não há lembrança. A lei exige que não se desfrute desse objeto e que nem mesmo deseje-se conhecê-lo. Essa é a interdição que desvia o Sujeito de seu primeiro objeto de desejo e o constrange a procurar qualquer objeto que o substitua. Para que se possa restituir à fantasia sua função, se faz necessário destituir o objeto do saber do lugar que ocupa no discurso do mestre. Neste discurso, o saber sobre o objeto, tal qual o discurso científico o designa, não deve ser considerado. Somente interessa a relação que o sujeito faz entre o objeto “a” e a cadeia significante S_2 .

Clavreul considera que os quatro discursos definem o posicionamento pessoal do médico. Fundamentalmente, quando estabelece diagnóstico e prognóstico; na pesquisa; e na busca de conhecer o desconhecido da doença, ele é discurso do mestre. Mas é discurso universitário, quando, a partir do saber médico, oferta a terapêutica como um direito que devolve ao doente. Essa é a essência do discurso médico, oscilando sempre entre o discurso do mestre e o discurso universitário.

3.4 O discurso médico e o desejo

Para que haja o discurso médico deve haver uma exclusão da subjetividade e, portanto, do desejo. A deontologia, desde Hipócrates, determina essa exclusão. Na prática, no entanto, não é simples executar tal determinação. O desejo existe, ainda que não seja desejo pelo corpo do doente. O médico, prefere a discussão sobre a doença. Atualmente, esse profissional pode fazer seu diagnóstico quase totalmente através de exames laboratoriais e de imagem. O que se iniciou no anatomopatológico, com o olhar e a localização da doença no corpo, migra para outro espaço, mais teórico e imagético, molecular e microscópico, e cria um distanciamento entre médico e paciente. Cada vez mais, esperam-se os resultados de exames de imagem e laboratoriais e renuncia-se ao exame clínico, que toca e escrutina o corpo do paciente. Segundo Galvão (2000, p. 129), “[a] evolução é tamanha que hoje, ao olharmos para determinados exames tomográficos, temos a impressão de haver retirado uma peça do interior do organismo, tal a sua materialidade”. Um corpo fora do corpo passa a ser o lugar para onde a medicina dirige seu “olhar”, com a imagem incorporando a doença e, assim, liberando o médico do exame clínico. Não é pelo corpo do doente, mas pelo

que se pode ler nele, que o médico tem interesse. O corpo do doente é somente o que resta, uma vez que se retira a doença. Esse corpo não é o objeto de desejo do médico.

Para Clavreul, o problema da identificação tem um lugar de destaque na formação do desejo do médico. Há a identificação do estudante de medicina com o grande médico, o titular. O titular (professor/diretor hospitalar), o grande médico, é a encarnação do personagem ideal do médico. Ele está no topo da hierarquia, e sua função vai muito além de seu trabalho hospitalar. Sua principal função é, valendo-se dos fracassos, construir teorias e fazer progredir o saber médico. Nas palavras do autor (1978-1983, p.117), “[o] que o titular, o patrono, o professor, o mestre devem mostrar é que o objeto de seu desejo de médico é a doença como tal”.

A posição do médico em relação ao objeto doença é classificada por Clavreul como fóbica; isso porque é a enfermagem que passa mais tempo próxima ao doente. O médico se faz presente apenas no tempo do diagnóstico, ao qual se acrescenta a prescrição médica. Assim que a doença é identificada, ele se desinteressa e sai à procura de um novo objeto. O mesmo acontece com o pesquisador médico. A doença, conhecida não lhe interessa. Deve estar sempre à busca de novas doenças. É, portanto, a doença desconhecida – ou aquela da qual ainda não se sabe muito – que realmente é objeto para o médico. Quando se instaura na Ordem médica, a doença deixa de ser o objeto de interesse, ou seja, de seu desejo. A doença é o objeto de desejo do médico porque é ela que o constitui como tal; no entanto, a doença é constituída como causa pelo discurso médico. Causa de sofrimento para o doente e causa da intervenção para o médico, e a consequência disso é a eliminação do doente como homem. Considerando essa posição fóbica em relação à doença, o que se revela mais importante é a identificação do doente com seu médico. E uma forma de garantir essa identificação é o dever do médico de ter boa aparência, como recomendava Hipócrates, e de, sobretudo, demonstrar os méritos da ciência em seu comportamento e prescrições. O médico, visto como "sujeito suposto saber"³⁵ (aquele que pode curar), é o objeto do desejo do doente, ou seja, o desejo endereçado à

³⁵ **Sujeito Suposto Saber** - Conceito criado por Lacan em que baseado no livro Banquete de Platão, situa o desejo de Sócrates em referência ao saber e mostra o caráter exemplar de Sócrates neste texto, quanto à posição do analista. Como Sócrates, o analista é interrogado como alguém que sabe, e “é no lugar mesmo em que nós somos suposto saber que somos chamados a ser e a não ser nada além, nada que não seja a presença real e justamente na medida em que ela é inconsciente”. Cf. Pierre Kaufmann, **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise**: o legado de Freud e Lacan, 1996, p. 504.

pessoa do médico, se confunde com o desejo que o doente tem de se apropriar de seu saber, ou melhor, dos benefícios que esse saber pode trazer. Como não se pode realizar esse desejo, toma-se o medicamento.

O médico é o enunciador do discurso médico e, portanto, seu único sujeito. A enunciação se dá na prescrição do médico e em toda a aparelhagem instalada pelo desenvolvimento da tecnologia médica. A força do discurso médico também se institui por essa tecnologia. A saída do doente é, então, se curvar. No caso de se rebelar e se excluir do discurso médico – por exemplo não autorizando determinado procedimento –, ele se fará novamente sujeito: sujeito de um discurso que manterá sozinho contra o discurso médico, ou seja, contra todos. A norma que o discurso médico impõe toma o desejo do médico e ele não pode abandoná-la ou não será mais médico.

3.5 Um segundo encontro bem-sucedido

Em mais um encontro bem-sucedido, desta vez com Jean Clavreul, pude discutir o discurso médico e seu alcance e poder na sociedade atual. Concordo com o autor, quando diz que o discurso médico é um discurso poderoso, alinhado à ideologia dominante e que submete a todos. Além disso, esse discurso dessubjetiva a relação médico-paciente, objetivando a doença em quadros nosográficos. Ao considerarmos os diagnósticos *online* à luz dos itens enumerados acima, sua utilização e apreensão começa a se elucidar. Eles se compõem de quadros nosográficos que auxiliam na definição de uma causa e propõe prognósticos, ou seja, estão totalmente alinhados ao discurso médico.

Um exemplo disso é o DMS-5³⁶ que classifica doenças e orienta diagnósticos. Dada a relevância desse manual na prática médica e por ser fonte das mais fidedignas para muitos serviços de pesquisa na internet, passo agora a um breve registro de sua instituição e atualizações. Segundo o psicanalista Christian Dunker (2014), a ideia de criar uma classificação dos transtornos mentais surgiu nos Estados Unidos da América pressionada pela necessidade de recolher informação estatística. Esse

³⁶ DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana desde sua primeira versão em 1952 e replicado pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional de Doenças (CID).

processo se iniciou durante o censo de 1880, quando foram definidas seis categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo. Partindo dessas seis categorias, a Associação Psiquiátrica Americana e a Comissão Nacional de Higiene Mental desenvolveram um novo guia para os hospitais mentais, que incluiu 22 diagnósticos e ficou conhecido como *Manual estatístico para o uso de instituições de insanos*.

Nascia assim o DSM, que, segundo o autor, teve muita influência do sistema diagnóstico de Adolf Meyer³⁷ (1866-1950). Nessa primeira edição, o Manual não trazia uma clara separação entre normal e patológico, e seu objetivo principal era estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos. Após cinco revisões, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) em 1952, então DSM-I, é publicado próximo ao formato atual. Sua evolução aconteceu a partir dos sistemas de recenseamento, de estatísticas de hospitais psiquiátricos e de um manual do Exército dos Estados Unidos, para que se pudesse selecionar e acompanhar recrutas, bem como mapear vicissitudes surgidas durante a guerra. Essa versão, ainda muito influenciada pelas concepções de Adolf Meyer, passou a ter os fundamentos orientados pela psicanálise, o que se deu a partir da introdução de três conceitos: personalidade, estrutura e psicodinâmica, e já contava então com uma lista de 180 distúrbios.

Em 1974, é publicado o DSM-II, sob a liderança do psiquiatra Robert Spitzer. Esta nova versão tem características completamente diferentes do manual de 1952. Há uma intenção de ajuste ao instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Classificação Internacional de Doenças (CID), que marca um distanciamento da psicanálise e um direcionamento de uniformização da pesquisa em psicopatologia, com base biomédica. A versão seguinte, de 1980, o DSM-III, usa pela última vez o termo neurose e, segundo Dunker (2014), um dos principais objetivos dessa versão foi ter uma base de categorização em linguagem coloquial (inglês) para que leigos (escritórios administrativos federais americanos) pudessem utilizá-lo. É essa a versão que se torna referência internacional, usada na maioria dos países do

³⁷ Nas palavras de Dunker (2014, p. 81), “Adolf Meyer era um psiquiatra suíço que foi presidente da APA. É considerado uma das figuras mais influentes da psiquiatria na primeira metade do século XX. Seu trabalho era focado em coletar histórias detalhadas da vida de seus pacientes. A mais proeminente de suas contribuições à psiquiatria vem de sua insistência de que os pacientes poderiam ser mais bem compreendidos se levássemos em consideração suas situações da vida.”

Ocidente, e passa a ser utilizada massivamente por sistemas de saúde pública, convênios médicos e centros de pesquisa psiquiátrica e farmacêutica.

O DSM-IV, publicado em 1994, listava 297 desordens em 886 páginas, e foi confeccionado por uma força tarefa chefiada por Allen Frances, constituída por grupos de trabalho com mais de cem pessoas envolvidas em sua confecção. A grande diferença com relação às versões anteriores foi a inserção de um critério de significância clínica que alcançava quase metade de todas as categorias; categorias essas que envolviam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo ou, ainda, prejuízo ao funcionamento ocupacional e social. Além disso, cada diagnóstico psiquiátrico foi organizado em cinco eixos, concernentes aos diferentes aspectos da doença ou deficiência, a saber: Eixo I: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, bem como desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem; Eixo II: retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental; Eixo III: situações clínicas agudas e doenças físicas; Eixo IV: fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem; Eixo V: avaliação global de funcionamento. Para Dunker (2014), o uso do termo "transtorno" denota a tentativa de se distanciar da linguagem nosográfica em busca de um sistema idealmente "ateórico", que não precise fazer uso dos pressupostos das disciplinas que buscam a hegemonia no campo da psicopatologia. Além disso, o termo *doença* desaparece e é substituído por *disorder* (transtorno), o que leva a supor que algo está em desacordo com uma ordem operacionalmente estabelecida.

Finalmente, em maio de 2013, foi publicado o DSM-5. Mais uma vez o Manual foi elaborado por equipes que envolveram centenas de profissionais divididos em grupos de trabalho. Segundo Álvaro Araújo e Francisco Lotufo Neto (2014), o objetivo dessa nova versão foi incluir, reformular e excluir diagnósticos para fornecer uma fonte mais segura e cientificamente embasada para a prática clínica e para a pesquisa. As mudanças mais significativas dizem respeito à reclassificações entre os cinco eixos. O exame da evolução dessas cinco versões, permite destacar que o DSM, que incluía categorias psicanalíticas em suas primeiras versões, foi passando por alterações, que foram descartando a psicanálise e se transformando em um manual fundamentado em evidências e com base na psiquiatria biológica. Essas mudanças na versão de 1994-2000 resultam, segundo Dunker (2014, p. 79), em "uma espécie de dissolução da psicopatologia". Nota-se também, uma virada em direção à simplificação dos

termos e, como consequência, uma utilização desse manual pelos mais diversos campos e até mesmo por leigos.

Como psicanalista, não posso deixar de notar que, ao se distanciar da psicanálise, o manual faz um traçado em direção à objetivação, ao descritivo, ao categórico, e anula as possibilidades de subjetivação que a psicanálise lhe oferecia. Compreende-se, assim, a abrangência de sua utilização pela internet, não só nos meios médicos, mas também como fonte de pesquisa para serviços de assistência médica, seguros saúde e pessoas interessadas em suas condições de saúde ou doença. Cabe destacar, como visto nos artigos comentados anteriormente nesta dissertação, muitos médicos parecem não se importar com o uso da internet para a recolha de diagnósticos; na verdade, parecem incentivar essa utilização, não sem sugerir que um médico seja procurado. Parece que a utilização da internet como fonte de informação sobre os diagnósticos não alterou em demasia a clínica médica, que, mesmo compartilhando diagnósticos e até mesmo prognósticos na internet, mantém no ato clínico, como sua exclusividade, a prescrição médica que continua assegurando o poder da Ordem médica e seu saber.

4 RETORNO À QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO: ARTICULANDO RESPOSTAS

Neste ponto, retomo minhas inquietações iniciais, que eram: 1. O que leva uma pessoa a procurar um diagnóstico fora da instância clínica – neste caso, recolhido na internet? 2. O quão intrigante é que esse diagnóstico entregue por uma máquina possa ser acolhido pelo doente com a confiabilidade de um diagnóstico médico.

Para discutir essas questões busquei em Arantes (2001-2006) a história da instituição do diagnóstico médico e sua argumentação quanto à impossibilidade de o diagnóstico na clínica de linguagem se inspirar nesse diagnóstico, uma vez que o diagnóstico médico, sempre apoiado em sinais de doença, visa o estabelecimento de causas e a composição de quadros nosográficos para a definição dessa doença, enquanto o diagnóstico de linguagem leva às últimas consequências a singularidade da relação de cada falante com sua língua materna. Nesse mesmo caminho, com Clavreul (1978-1983), abordei e trabalhei o discurso médico e cheguei às seguintes conclusões:

- A) O saber médico alinhado aos ideais das ciências – no caso, a biologia e, dentro dela, a genética – é admitido como lei e conseqüentemente como a verdade. “Verdade” equiparável a um dogma;
- B) A Medicina é assumida, portanto, como tendo as características de uma Ordem Religiosa que, como tal, submete todos – médicos e não médicos;
- C) A doença como objeto central da Medicina toma distância do doente. Este caminho é dessubjetivante;
- D) O discurso médico desde sua origem tem estabilidade, que se concretiza num ato de fala, num juramento, aquele declarado por Hipócrates. Esse juramento sustenta a Ordem médica;
- E) O discurso médico aproxima-se, de forma notável, do discurso do mestre, no sentido laciano dessa expressão;
- F) O diagnóstico representa a entrada do doente no discurso médico, que o submete à Ordem da Medicina.

Os pontos destacados acima dão margem à discussão das questões com que dei início a este capítulo. Tendo em vista a natureza do diagnóstico médico, abordada nos capítulos anteriores, parece possível dizer que ele dá, sem dúvida, base e

sustentação ao estabelecimento de diagnósticos *online*. Essa afirmação parte da natureza objetivante do referido discurso, que dá relevo aos sinais observáveis de uma doença para registrá-los num quadro nosográfico. Ora, sinais são “dados” passíveis de serem inseridos numa linha de programação e posteriormente acessados como informação de saúde. Artigo, neste comentário, o ponto C, acima, que remete à condição de possibilidade de estabelecimento do diagnóstico médico, qual seja, a dessubjetivação do doente.

De fato, a programação das informações que nutrem as plataformas de pesquisa *online* é, em grande medida, recolhida de manuais médicos como o DSM-5 e CID que, como já vimos, normatizam o código das doenças. Podemos admitir com isso que eles são a lei que submete também os procedimentos de inserção de dados nas referidas plataformas. Vemos, assim, que esses manuais representam a Ordem médica. Os pontos A e B podem ser aqui referidos. Nesse contexto, podemos verificar que o discurso médico se erige como discurso do mestre, sustentáculo do saber, que se abre para o discurso capitalista³⁸, próprio da ideologia dominante, ao se oferecer e servir de solo para sua inclusão na esfera da tecnologia. Realiza-se de modo notável no ponto E. Essa migração não deixa de levantar questões e interrogações sobre o “risco de perda de poder” do médico frente ao doente, perda de respeito a sua figura social, como indicam os trabalhos comentados na Introdução desta dissertação. Sem dúvida, o amplo acesso de consultas à internet, na busca de diagnósticos, ilumina o recuo do usuário em relação à figura do médico. O saber médico é deslocado para a máquina. Nesse passo, há uma espécie de “esquecimento”, por parte do usuário, de que o médico é o “porta-voz” desse saber que lhe é conferido – como vimos no item D – por seu juramento.

A pergunta 2, intrigante para mim, fica mais bem esclarecida no quadro que procurei tecer até aqui. A confiança que o doente deposita no diagnóstico *online* mostra algo da relação médico-paciente. Mesmo estando ambos submetidos ao saber médico, eles o estão de modos dessemelhantes. O primeiro é “porta-voz” desse saber, e o paciente é aquele dependente do médico como representante desse saber. A distância que os separa passa pelo fato de que a mediação dessa relação é a doença

³⁸ Em seu O seminário, Livro 17, **O avesso da psicanálise** (1969-1970), Lacan afirma que o discurso do mestre na contemporaneidade é o discurso do capitalista: “que o que opera entre o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno, que se chama capitalista, é uma modificação no lugar do saber.”

como um campo neutro: o médico faz um diagnóstico e o paciente submete-se a ele. Enfatizo aqui o vazio, a distância que a doença introduz numa relação interpessoal. Será mesmo por efeito desse vazio, dessa distância, que o saber médico inserido na máquina substituirá a pessoa do médico e transformará o paciente em “usuário da internet”. Ele confiará, por isso, à máquina a detenção do saber que busca. Nesse desvio, desloca-se também o modo de entrada do paciente no discurso médico, como apontamos no ponto F acima. O diagnóstico é, sem dúvida, como assinala Clavreul, a porta de entrada nesse discurso, mas, desta vez, por meio da máquina.

Devo dizer que aquilo que um dia foi uma interrogação, capaz de movimentar meu caminho na direção deste trabalho, ganhou um estatuto de explicação para mim, na medida em que pude oferecer uma resposta teoricamente assentada para o que me inquietava na clínica, por certo outra, não médica. Importa dizer que me interrogava mais a “confiança” do paciente no diagnóstico *online* do que o próprio diagnóstico enunciado. Interessava-me (e interessa-me), portanto, mais o sujeito que me procurava do que o saber médico que ele tratava de proferir.

Em seu comentário sobre Foucault (1963-1977), Colette Soler (2004-2018) destaca que a medicina trata do visível, do que pode ser mostrado. Trata-se do “olho clínico”, de que o médico precisa para diagnosticar. E acrescenta: “essa sintomatologia do olhar é sempre uma sintomatologia do Outro³⁹, estabelecida pelo médico” (2004-2018, p. 36). Ou seja, para o estabelecimento do diagnóstico na medicina, o paciente fala, mas somente para oferecer os sinais de sua doença. É, portanto, um diagnóstico que vem do Outro, e sua fala é simplesmente um meio para a obtenção dos sinais. Na psicanálise, o sintoma é constituído de maneira diversa, ele vem do paciente, através de sua fala, e só é sintoma o que o sujeito considera como tal.

³⁹ **Outro** – “Termo utilizado por Jacques Lacan para designar um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou ainda, Deus – que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo. Pode ser simplesmente escrito com maiúscula, opondo-se então a um outro com letra minúscula, definido como outro imaginário ou lugar da alteridade especular. Mas pode também receber a grafia grande Outro ou grande A, opondo-se então quer ao pequeno outro, quer ao pequeno a, definido como objeto (pequeno) a.” Cf. Elisabeth Roudinesco e Michel Plon, *op. cit.*, p. 558.

4.1 Diagnóstico psicanalítico: quando a linguagem protagoniza a cena

A própria paciente, (...) deu a esse novo gênero de tratamento o nome de “talking cure” [cura pela fala] qualificando-o também, pelo gracejo, de “chimney sweeping” (limpeza de chaminé).

(Sigmund Freud, 1910)⁴⁰

É a paciente Ana O. que oferece os termos que foram recolhidos por Freud para qualificar o tratamento psicanalítico e seus efeitos. Podemos ainda nos perguntar: que método conduz o tratamento? É o tratamento pela fala que precisa ser escutada pelo analista. Note-se, porém, que há condições básicas para o tratamento: o diálogo entre psicanalista e analisante não deve ser compreendido como uma “conversação”, uma situação de comunicação. Fala e escuta devem obedecer a uma “regra fundamental”, instituída por Freud: o paciente deve falar livremente tudo o que lhe passar pelo pensamento, sem se preocupar com a ordenação de sua fala ou com sua importância. Ele, principalmente, não deve ocultar os pensamentos que julgar embaraçosos, sem sentido ou penosos. Outra recomendação articulada a essa é a de que o psicanalista não selecione por razão própria, qualquer que seja ela, partes do discurso do analisante – essa não seleção seria a garantia da sustentação de uma “atenção flutuante”. Vejamos o que diz Freud em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912-1996, p. 125):

A técnica, contudo, é muito simples. Como se verá, ela rejeita o emprego de qualquer expediente especial (mesmo de tomar notas). Consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma “atenção uniformemente suspensa” (como a denominei) em face de tudo o que se escuta.

Há boas razões analíticas nessas recomendações para que o analista venha a apreender, no discurso manifesto – nas associações livres do paciente – um discurso

⁴⁰ Ver Sigmund Freud, “Cinco Lições de Psicanálise: primeira lição”, **Obras Completas**, vol. XI, 1910-1996, p. 30.

latente (não dito, mas presente). Nesse enquadre, não poderíamos, de modo algum, pensar um diagnóstico apoiado em sinais observáveis, o que coloca logicamente em questão a impossibilidade de coleta de dados como informações para alimentar uma plataforma *online*. Convém já aqui assinalar que interessa à psicanálise a fala de **um** paciente, a manifestação de **um** sujeito em seu dizer. A singularidade é constitutiva da prática psicanalítica e, sendo assim, pode-se chegar a tipos clínicos a partir do singular, e não o inverso. O cenário que se apresenta, portanto, não é nada promissor – na verdade, o diagnóstico *online* é inviabilizado pelo método psicanalítico. Quero dizer com isso que na psicanálise o analisante não é um entre outros, quer dizer, não é exemplar – para o estabelecimento de diagnósticos *online* – mas singular. Compreende-se aqui a afirmação de Clavreul (1978-1983, p. 172) sobre a histeria e as histéricas:

Por toda parte onde ele [o discurso médico] se desenvolveu e desde suas origens, a histeria foi reconhecida, e pelo que ela é em relação ao saber médico: isto é, o que pode se assemelhar a todas as doenças sem nunca ser uma delas e que, por esse fato, escapa ao saber constituído; o que reage mais estranhamente aos benefícios desse saber, todo tratamento podendo curá-la milagrosamente, enquanto que alhures o saber, os tratamentos mais experimentados fracassam completamente. Seu polimorfismo extremo lhe confere sua unidade: os sintomas não remetem ao discurso médico, mas ao próprio sujeito.

As “recomendações técnicas” mencionadas, por si sós, demonstram o quanto a psicanálise se distancia dos princípios que norteiam a Medicina. Entende-se também por que Lacan escreveu que o discurso do analista se opõe ao do mestre. Como vimos no capítulo 2, o discurso do mestre privilegia o saber constituído. Essa característica, como disse Clavreul, situa a Medicina como representante desse discurso. O discurso do analista é o da histérica, nos termos lacanianos, porque privilegia o desejo que desliza na fala do analisante. Em outras palavras, enquanto para o saber médico o doente é mero exemplo da doença e sua fala importa como lugar de coleta de informações sobre ela, para a psicanálise, a subjetividade do paciente é primordial e sua fala é essencial. Bem entendido, a fala tomada como não transparente, mas como traçado imaginário por onde desliza, como disse, um desejo inconsciente.

Foi essa fala desejante que Freud tomou para si e é com essa questão que o

psicanalista trabalha. Desse modo, para que se chegue a um diagnóstico, e mesmo a uma interrogação sobre o valor do diagnóstico⁴¹ no caso, o trajeto não é outro senão aquele do encadeamento singular de uma fala dirigida ao analista que, certamente, recebe pessoas desinformadas com relação ao que se passa em uma análise. Esse é um ponto a ser tratado com certa delicadeza. Importa lembrar, como afirma Lacan (1955), citado por Soler (2004-2018, p. 24): “a psicanálise é uma terapia, mas não como as outras”, ela não se alinha às psicoterapias⁴², usualmente guiadas por métodos sugestivos e adaptativos. Pois bem, o psicanalista recebe, como sabemos, as mesmas demandas que os psicoterapeutas; no entanto, o que é dito pelo paciente é acolhido por uma escuta particular para a fala e, sob tal condição, cabe ao psicanalista transformar essas demandas em outra coisa. Em torno do que se pode considerar um disparador da questão do diagnóstico psicanalítico, continua Soler (p. 24, grifos meus): “Trata-se de uma **exploração do inconsciente**, consiste em construir e, ao construir, **por meio da fala**, explora os significantes, as palavras, os desejos que circulam no inconsciente...” Temos, assim, que a “exploração” que importa à Psicanálise é a do inconsciente e suas manifestações no corpo da fala. Podemos considerar que essa direção ocupa todo o espaço da prática, desde a entrada do paciente até a sua saída da análise.

4.1.1 O trânsito conceitual em torno da problemática do sintoma psicanalítico

Desde Freud, a psicanálise se colocou o desafio de elaborar uma teoria clínica própria e diferente da psiquiatria, campo de estudos médicos. Fez parte dos objetivos teóricos produzir uma discussão sobre os sintomas em relação a um quadro conceitual mais amplo. Nesse caminho, Freud, que foi contemporâneo da construção da nosografia psiquiátrica, não virou as costas para ela, mas dela se serviu ao se aproximar de grandes figuras como Charcot, Breuler, Krafft-Ebing e Kraepelin. Compreende-se que ele tenha contribuído para o estabelecimento dessa nosografia,

⁴¹ Proponho tal observação à luz de discussões realizadas em torno do diagnóstico e sua importância na psicanálise. Tenho em mente o trabalho de Colette Soler (2004-2018) sobre essa questão, assim como o de Christian Fierens (2002). Ver referências.

⁴² Neste trabalho, não discuto as psicoterapias, elas mesmas guiadas para o recolhimento de sinais de desordens emocionais. Remeto, contudo, à leitura de Allouch (1995), de Vorcaro (2004) e Arantes (2001-2006), que abordam o tema da “tradução compreensiva”, que se sustenta na busca de significados para os sintomas do paciente. Ver referências.

aquela que se tornou clássica e respeitada até nossos dias. Refiro-me aqui aos tipos clínicos: neuroses (histeria, obsessão e fobia), psicoses (paranoia e esquizofrenia) e perversão. Lacan, lembra Soler (2004-2018), serviu-se da nosografia freudiana, especialmente no início de sua relação com a Psicanálise. Segundo Soler (2004-2018), ambos Freud e Lacan, não se desfizeram dessa nosografia, ainda que tenham construído teorizações diferentes. Quero dizer que, mesmo questionada, ela tem lugar no campo da Psicanálise, na medida em que, partindo do singular, da fala própria de um analisante, pode se referir a um sintoma, a características psíquicas reconhecíveis como sendo da histeria, da obsessão, da psicose ou da perversão. O que não significa dizer que tais características sirvam de solo para a escuta do analista, que é afetada pela esfera contingente, muito mais do que pela esfera do todo, da universalidade que se supõe representada pela nosografia. Ao estudar as neuroses, Freud insiste na natureza singular de cada caso, marcado pela vivência de cada sujeito. Ele sempre se interrogou sobre a relação entre a incidência de cada sintoma relativamente ao mapa de sintomas que ele mesmo construiu. Freud, de fato, sempre se guiou pela instituição de diferenças e não de regularizações, de normatizações. Esta é sua história, inclusive no tempo em que foi neurologista⁴³.

É preciso dizer que Lacan não recusou as categorias diagnósticas de Freud. Contudo, frente ao seu compromisso com a questão da linguagem – seu encontro com o pensamento estruturalista na Linguística –, a teorização que ele propõe reordena e ressignifica de forma profunda a técnica analítica e o sentido da nosografia estabelecida por Freud. Se, como disse Freud, a psicanálise é o que ele diz que ela é, Lacan nunca negou tal afirmação. Ao contrário, Lacan disse ao final de sua vida que ele era e que sempre foi freudiano: “Sejam lacanianos se quiserem. Eu sou freudiano.”⁴⁴ O sentido dessa forte declaração de Lacan está relacionado ao seu reconhecimento do Inconsciente, como uma revolução freudiana relativamente à mente e ao homem. Pode-se sustentar que a citação de Soler (2004-2018) sobre o método psicanalítico que implica o inconsciente e se dá “por meio da fala” persiste

⁴³ Freud distinguiu as afasias a partir da natureza dos sintomas na fala; distinguiu paralisias motoras de paralisias histéricas e assim por diante, entre outras de suas conquistas médicas. Sugiro aqui a leitura de Freud (1891 e 1893). Ver referências.

⁴⁴ Frase dita por Lacan por ocasião de um seminário realizado na cidade de Caracas, 1980. Pode ser ouvida no documentário “Um encontro com Lacan” dirigido por Gerard Miller em 2012. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=S-QtbFaZjmw> Acesso em 19 jun. 2021.

intocável de Freud a Lacan. Sendo assim, os deslocamentos teóricos introduzidos por Lacan em nada desvestem a Psicanálise de seu essencial: a escuta de um analista para a fala de um paciente, de cada analisante a cada vez, que inviabiliza de início, e por princípio, que um sujeito seja reduzido a um quadro nosográfico. A opção pelo sujeito em sua singularidade está em franca oposição à opção teórica da Medicina pela doença.

A oposição que procurei estabelecer entre, por um lado, a natureza do diagnóstico médico e seu valor na clínica médica e, por outro lado, a natureza e o lugar do diagnóstico na clínica psicanalítica, teve a função de indicar a profunda distinção que existe entre eles e, acima de tudo, iluminar as razões que, de um lado, propiciam o transporte de dados para plataformas *online* e, de outro, o radical obstáculo que o diagnóstico psicanalítico interpõe a isso. Todas as questões abordadas nesta dissertação nos direcionam para a problemática dos discursos que subjazem a procedimentos clínicos. É neste ponto que retorno ao texto fundamental desta dissertação, discutido no capítulo 2. Quero com isso dizer que é com Clavreul, que finalizo este trabalho. Esse psiquiatra e depois psicanalista ensinou que o discurso do médico identifica-se ao discurso do mestre, na teorização lacaniana sobre os discursos. Trata-se de um discurso que privilegia o saber instituído e que, por isso, conseqüentemente, renuncia à subjetividade (do médico e do paciente). A doença e seus sinais ganham vida própria, e esses sinais podem ser recolhidos e inseridos na máquina e, inversamente, retirados sob a forma de resultados diagnósticos. Nada disso vigora no discurso da histórica a que Clavreul liga o discurso psicanalítico.

O intuito de colocar em oposição essas duas práticas – a prática médica e a psicanalítica – não pode ser outro além daquele que me trouxe até aqui: responder a minhas inquietações iniciais, destacadas no início deste capítulo. Indicar as razões que subjazem à possibilidade da doença enquanto um conjunto de sinais pode fornecer informações e dados para as plataformas *online*, e mostrar que o foco do discurso médico é a doença. Como aponta Foucault (1963-1977), e como trabalhei com Clavreul (1978-1983), sim, a doença é o objeto da Medicina, e para que isso aconteça o sujeito é retirado da relação médico-paciente. A doença é objetivada através de sinais/sintomas.

As conclusões a que chego foram propiciadas pelo entendimento de que o que sustenta o discurso médico sobre a doença é, sim, o discurso do mestre que Clavreul

habilmente descreveu como o mais próximo ao discurso médico. Para mim, vai ficando mais nítido o porquê de um diagnóstico médico poder ser recolhido da internet, excluindo a figura do médico. Esse mesmo modelo não pode ser seguido pela psicanálise por todas as razões enunciadas neste capítulo. Devo, no entanto, ressaltar que a inquietação referente à confiança do usuário no diagnóstico obtido pela internet persiste, não sem a suposição de que sua resposta possa estar, de alguma forma, ligada ao fato de que o médico como “porta-voz” da medicina pode ser (e é) substituído pela máquina que escreve um diagnóstico. De fato, procura-se um médico em busca de um saber sobre um mal-estar que afeta o corpo; um saber que, apagadas as subjetividades envolvidas, acaba sendo transferido para a máquina, assim como a confiança que seria de se desejar, pudesse ser atribuída à alguém. Não é menor o risco de “perda de poder” admitido por médicos, como vimos no capítulo 1. Essa questão, contudo, fica em suspenso para ser abordada em trabalho futuro. E ela demanda o aprofundamento de questões que não foram focalizadas nesta dissertação. A relação estabelecida entre discurso médico e discurso capitalista aponta, contudo, para outros riscos; riscos estes que levantam questões éticas que abordo abaixo, como um acréscimo que considero relevante e necessário às conclusões tecidas nesta parte.

4.1.2 Pontuações éticas

Inicio este item fazendo referência a um documentário cujo título é: “O dilema das redes”⁴⁵, que é em boa medida auto esclarecedor de seu conteúdo. Ele foi produzido pela Netflix e dirigido por Jeff Orlowski. O documentário traz a fala de vários executivos de tecnologia, entre eles Tristan Harris, um ex-alto executivo da Google, que assumiu o compromisso de alertar o maior número de pessoas possível, e também as empresas, sobre os perigos do uso irrefletido e incontido das mídias sociais. Questões éticas emanam fortemente desse documentário e importam para este trabalho. Além do mais, elas se articulam de forma importante com a aproximação que Lacan estabelece entre discurso do mestre e discurso capitalista: um encontro nefasto para o homem. Em seu discurso, Tristan Harris sinaliza para o fato de que,

⁴⁵ Agradeço a indicação deste documentário a Viviane Veras, que generosamente participou da leitura final desta dissertação.

nas redes: “se você não está pagando pelo produto, então você é o produto.” Como assim?, podemos perguntar. O modelo de negócios dessas empresas é aquele no qual o **produto** oferecido são os bilhões de usuários que têm sua privacidade exposta e negociável entre os “senhores” do negócio (os donos do Capital). Em poucas palavras: os **clientes** são os anunciantes e os usuários são **produtos**. Surpreende, no documentário, que esse padrão de coleta de dados já está sendo chamado de “vigilância capitalista” – o mercado obtendo lucro pelo rastreamento de dados infinitos.

Lacan (1969-1970) aborda o problema do capitalismo que, fortalecido no século XX – e não menos no século XXI – nomeia como “capitalismo do mestre moderno”. O discurso do mestre moderno é aquele que desloca o lugar do saber. Segundo Lacan, o saber no discurso do “mestre antigo” tinha seu lugar no escravo, dado que o escravo, diz ele, detinha um saber que o senhor não tinha e nem desejava. No entanto, na virada do antigo para o moderno, há um deslocamento de saber. Como pontua Lacan (1969-1970, p. 30), o senhor que nada queria saber, apropria-se deste, e o proletário é destituído de qualquer saber. O “tudo-saber” é propriedade do senhor:

O sinal da verdade está agora em outro lugar. Ele deve ser produzido pelos que substituem o antigo escravo, isto é, pelos que são eles próprios produtos, como se diz, consumíveis tanto quanto os outros. *Sociedade de consumo*, dizem por aí. Material humano, como se enunciou um tempo (...)

Como disse, nesta jogada capitalista moderna, tecnológica, o risco se realiza na transformação do sujeito em objeto de consumo – um engodo que, não calculado pelo usuário, o compromete assim mesmo. Trata-se a meu ver de uma questão ética de grandes consequências. Ainda mais quando a saúde de alguém está em perspectiva, como no caso aqui discutido sobre a busca de diagnósticos *online*. Parte-se na direção da saúde, e a confiança na máquina está implicada na discussão aqui iniciada sobre a transformação do sujeito em objeto de consumo, em mercadoria.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas breves considerações finais esclareço o motivo que me levou a redigir esta dissertação e o desenvolvimento de seu traçado argumentativo. Este trabalho começa enunciando, como dito na introdução, o incômodo de uma analista que recebia analisantes que, com frequência, chegavam com um diagnóstico fechado, recolhido nos serviços de busca *online*. O incômodo da analista dizia respeito ao fato de receber alguém que procura uma clínica, mas já confiante em um diagnóstico que não foi realizado por um clínico. Além do mais, o diagnóstico pronunciado de início interpõe-se entre o analista e o pedido de análise. Essa interferência foi o ponto de partida, e dela decorreu o traçado desta dissertação para situar o problema dos inquietantes diagnósticos *online* e para caminhar na direção da busca de uma resposta suficiente.

No capítulo 1, indiquei a teorização que norteou boa parte do desenvolvimento argumentativo deste texto. No ambiente teórico que tem lugar no LAEL/PUC-SP, no grupo de pesquisa *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*, ao longo de dois anos, frequentei disciplinas importantes para minha formação. Ali se discutiu o trabalho de Arantes (2001-2006), que me propiciou entender a instauração do diagnóstico médico e sua relação com o diagnóstico em outras áreas clínicas, especialmente, neste caso, a clínica de linguagem. Apoiada nas considerações da autora, pude depreender a incontornável oposição entre o diagnóstico médico – que consiste na detecção e organização de sinais de doenças – e o diagnóstico na clínica de linguagem que, por ter falas sintomáticas como protagonistas, leva às últimas consequências a singularidade da relação de cada falante com sua língua materna. Recebi também, nesse espaço de minha orientadora, a indicação do livro de Jean Clavreul, *A ordem médica*, que, por sua natureza sólida e original, criou condições para o encaminhamento dos problemas que pude levantar.

O capítulo 2 concentrou-se na apresentação e discussão do conteúdo do livro acima citado. Essa decisão deveu-se ao fato de emergir, na argumentação de Clavreul, a figura do médico como “porta-voz” de um saber que o submete e compromete sua subjetividade, não mais que a do doente; este, por princípio, colocado “entre parênteses”, como disse Foucault (1963-1977). Segundo esse

filósofo, é a doença e não o doente o foco de interesse da medicina. Os vetores aqui sequenciados são os ingredientes potentes de sustentação do discurso médico, que, no dizer de Clavreul, com Lacan, identifica-se com o discurso do mestre, e que este, como assinala o autor, se articula com o discurso capitalista. Estabelecidas as bases para minha discussão, inicio o capítulo 3 apontando para a oposição insuperável entre o discurso médico (discurso do mestre) e o discurso psicanalítico (discurso da histórica), que fornecem direções para o estabelecimento de diagnósticos, ponto do maior interesse para mim, a psicanalista que, na introdução, propôs-se, com base em uma interrogação, refletir sobre diagnósticos recolhidos *online*.

Embora a psicanálise não tenha ocupado o centro deste trabalho, ela comparece para iluminar o porquê de o diagnóstico médico ser aquele que pode fornecer dados para alimentar a máquina: “risco para o poder do médico”, mas não só para ele. Na articulação entre o discurso do mestre e o discurso capitalista abordado por Lacan, pude tocar o “risco do usuário” que, confiante no poder da internet, ignora que seu gesto realiza a perda de uma posição sujeito: ele se torna mercadoria, porque sua privacidade é vendida para os “senhores”, os donos do capital. Certamente, ficamos frente a uma questão ética, questão que enuncio, mas cujo desenvolvimento lanço para um trabalho futuro, por seu interesse e por sua relevância para mim.

REFERÊNCIAS

ALLOUCH, J. (1984) **Letra a Letra: transcrever, traduzir, transliterar**. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.

ARANTES, L. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ARANTES, L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. *In*: LIER-De VITTO, M.F.; ARANTES, L. (org.). **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: Educ, Fapesp, 2006.

ARAÚJO, A.C. e LOTUFO NETO, F. **A nova classificação americana para os transtornos Mentais: o DSM-5**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. V. 16, n.1, já. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S15175545201400010007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08 jan. 2021

CAMBRICOLI, F. Brasil lidera aumento das pesquisas por temas de saúde no Google. *In*: **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 10 fev. 2019. Saúde. Disponível em <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-lidera-aumento-das-pesquisas-por-temas-de-saude-no-google,70002714897#:~:text=O%20%C3%ADndice%20de%20brasileiros%20que,que%20recorrem%20a%20um%20m%C3%A9dico> – Acesso em 27 fev. 2021.

CANGUILHEM, G. (1966) **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CERQUEIRA, C. **Clínica de linguagem interrogações e pontuações sobre retardo de linguagem a partir do atendimento de uma criança**. 2005. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

CHAUÍ, M. **Introdução à História da Filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles**, V. 1, São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CITAS. Scythian *In* **Encyclopaedia Britannica (online)**, 2019. Disponível em <https://www.britannica.com/topic/Scythian>. Acesso em 25 abr. 2021.

CLAVREUL, J. (1978) **A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico**. Tradução de Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antônio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1983.

COGITO, ERGO SUM. *In* **Dicionário de Filosofia**. T. I: a-d. Ferrater Mora, J. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

COMTE, A. Curso de Filosofia Positiva e Discurso Preliminar Sobre o Conjunto do Positivismo. *In*: **Os Pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, São Paulo. 1996.

DEL GIGLIO, A.; ABDALA, B.; OGAWA, C.; AMADO, D.; CARTER, D. GOMIERO, F.; SALAMA, F.; SHIROMA, M.; DEL GIGLIO, A. Qualidade da informação da internet disponível para pacientes em páginas em português. *In*: **Revista da Associação Médica Brasileira**. [online]. 2012, vol. 58, n. 6, pp 645-649. ISSN 0104-4230. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ramb/a/bRJb55fkywHzHYjCFqmdzHc/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 mai. 2021.

DELP & MANNING. (1975) **Exame clínico de Major**. Tradução de Rosane Chaves da Silveira. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.

DEONTOLOGIA. *In* **Dicionário Caldas Aulete (Aulete digital)**. Disponível em <https://aulete.com.br/deontologia>. Acesso em 26 fev. 2021.

DISCURSO DO MESTRE. *In*: **Dicionário de Psicanálise**. Chemama, R. Tradução de Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUDAS, T. **Paralisia cerebral e institucionalização: efeitos subjetivos e clínica de linguagem**. 2009. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

DUDAS, T. **Problemas na linguagem e descompasso na inclusão escolar**. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

DUNKER, Ch. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, v. 47, n. 87, São Paulo, p.79-107, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v47n87/v47n87a06.pdf>. Acesso 04 ago. 2020.

ESCULÁPIO. *In*: **Centro Cultural do Ministério da Saúde**. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/esculapio-o-deus-da-medicina>. Acesso em 22 fev. 2021.

FIERENS, C. **Lecture de l'étourdi**: lacan 1972. Paris: Editions L'Harmattan, 2002.

FINK, B. (1997) **Introdução clínica à psicanálise lacaniana**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

FONSECA, S.C. **O afásico na Clínica de Linguagem**. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

FOUCAULT, M. (1963) **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977.

FREUD, S. (1891) **Sobre a concepção das afasias**: um estudo crítico. Tradução de Emiliano de Brito Rossi, Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

FREUD, S. (1893) Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. *In*: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I**, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1910) Cinco lições de Psicanálise. *In*: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XI**, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (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, 1996.

FUDISSAKU, F. **Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na clínica de linguagem**. 2009. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

GALVÃO, P.B.A., Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente. 2000. *In*: **Revista Bioética**, v.8, n.2. Disponível em <http://www.revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em 22 abril 2021.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *In*: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/TPC5B5678dnn9YXBFD3KkrK/?lang=pt> Acesso em 15 mai.2021.

GORDON, R. (1993) **A assustadora história da medicina**. Tradução de Aulyde Soares Rodrigues. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

HAGIOGRAFIA. *In*: **E-Dicionário de Termos Literários**. Disponível em <https://edtl.fcsh.unl.pt/encyclopedia/hagiografia/> Acesso em 21 fev. 2021.

HILL, M.G.; SIM, M.; MILLS, B. The quality of diagnosis and triage advice provided by free online symptom checkers and apps in Australia. *In: The Medical Journal of Australia (MJA)*. / Volume 212, Issue 11 / p. 514-519, 2020. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja2.50600>. Acesso em 1º mai.2020.

KAUFMANN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Tradução de Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KELSEN, HANS. *In Dicionário de Filosofia*. T. III: k-p. Ferrater Mora, J. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

LACAN, J. A (1966) Ciência e a verdade. *In: Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. (1969-1970) **O seminário, livro 17**: O avesso da psicanálise. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LIER-DeVITTO, M.F. Patologias da linguagem: sub-versão posta em ato. *In: LEITE, N. (Org.) Corpo e linguagem: Gestos e afetos*. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

LIER-DeVITTO, M.F. Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. *In: LIER-De VITTO, M.F.; ARANTES, L. (org.). Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: Educ, Fapesp, 2006.

MAINFREAME. *In Dicionário Caldas Aulete (Aulete digital)*. Disponível em <https://aulete.com.br/mainframe>. Acesso em 15 jan. 2021.

OUTRO. *In: Dicionário de Psicanálise*. Roudinesco, E.; Plon, M. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

PIPER, D.W. **Medicina para profissões paramédicas**. Colombia: Ed. Libros Mc. Graw-Hill de México, 1973.

ROUDINESCO, E. (1986) **História da psicanálise na França**: a batalha dos cem anos, v. 2:1925-1985. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar. 1998

ROUDINESCO, E. (1999) **Por que a psicanálise?** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar. 2000.

SAUSSURE, F. (1916) **Curso de Linguística Geral**. Tradução de Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 2006.

SÉDAT, J. CLAVREUL, Jean – (1923-2006). *In: Enciclopédia Universalis* (online). Disponível em <https://www.universalis.fr/encyclopedie/jean-clareul/>. Acesso em 21 abr. 2021.

SOLER, C. (2004) **A querela dos diagnósticos**. Tradução de Cícero Alberto de Andrade Oliveira e Elisa Touchon Fingermann. São Paulo: Blücher, 2018.

SUJEITO. *In: Dicionário de Psicanálise*. Roudinesco, E.; Plon, M. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SUJEITO SUPOSTO SABER. *In Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud a Lacan*. Kaufmann, P. Tradução de Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

Um encontro com Lacan (*Rendez-vous chez Lacan*). Roteiro e direção de Gérard Miller. 2012. Versão legendada disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=S-QtbFaZjmw> Acesso em 19 jun. 2021.

VAN RIEL, NOOR; AUWERX, K.; DEBBAUT, P.; VAN HEES, S; SCHOENMAKERS, B. The effect of Dr Google on doctor-patient encounters in primary care: a quantitative, observational, cross-sectional study. *In: BJGP open* vol. 1,2 bjgpopen17X100833. 17 May. 2017. Disponível em <https://bjgpopen.org/content/1/2/bjgpopen17X100833>. Acesso em 10 mai. 2020.

VASCONCELLOS, R. **Paralisia cerebral: a fala na escrita**. 1999. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

VASCONCELLOS, R. **Organismo e sujeito: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais**. 2010, Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

VORCARO, A.M.R. **Sob a vigilância da linguagem – uma aproximação à clínica psicanalítica de crianças**. 1997. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

VORCARO, A.M.R. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.