

# Os diferentes discursos na instituição hospitalar

Maria Laurinda Ribeiro de Souza

O que persiste até o fim da vida é a sensibilidade do sujeito aos efeitos de uma fala significativa: é na implicação com esta fala que reside a ética do trabalho analítico.

Segundo Foucault, a medicina moderna fixou sua data de nascimento nos últimos anos do século XVIII e início do século XIX, juntamente com o aparecimento da anatomia patológica. É a partir desse momento que os médicos passam a organizar um discurso sobre a manifestação da doença no corpo dos homens, um discurso capaz de incluir aquilo que durante séculos permaneceu abaixo do limiar do visível e do enunciável<sup>1</sup>. “O que o médico observa é o que pode se inscrever num certo campo de saber, com exclusão de qualquer outra coisa, é isso que pode constituir uma teoria, pelo menos um diagnóstico, que tenha uma coerência. O resto não tem existência para ele.”<sup>2</sup>

Esse período histórico coincide com o desenvolvimento do capitalismo que terá como um de seus efeitos a socialização do corpo enquanto força de trabalho e de produção. Essas duas dimensões – do corpo político e do corpo biológico – se articularão no discurso médico; a preocupação com as doenças e com a saúde gerando atos médicos capazes de restaurar as forças produtivas, de garantir a circulação adequada das mercadorias e de sustentar a administração e organização dos primeiros núcleos urbanos. “O poder político da

Maria Laurinda Ribeiro de Souza é psicanalista, membro do Departamento de psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Este texto foi apresentado no encontro comemorativo do cinquentenário da realização da primeira hemodiálise no Brasil, realizado pelo Hospital das Clínicas em maio de 1999.

medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos.”<sup>3</sup>

**A**té hoje,  
a vigilância aplicada  
aos corpos  
é expandida ao corpo  
das instituições  
hospitais.

É também do final do século XVIII a invenção do hospital como instrumento terapêutico e a constatação de que os hospitais não curavam tão bem como deveriam curar. Os espaços hospitalares foram, antes de serem espaços de cura, espaços de acomodação – albergues para uma dada classe social (pobres, miseráveis, velhos, órfãos) ou para portadores de determinadas doenças (leprosos, portadores de doenças venéreas, loucos, tuberculosos). Esses locais funcionavam como espaços de assistência e exclusão, e neles o médico só entrou tardiamente. E entrou com o objetivo de manter algumas con-

dições sanitárias para que o mal não se espalhasse pelas cidades.<sup>4</sup>

A vigilância aplicada aos corpos será expandida ao corpo dessas instituições; estuda-se o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, a distribuição dos leitos, as taxas de mortalidade e de cura, particularmente as trajetórias espaciais seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos etc. Investiga-se quem os transporta e onde são transportados, lavados e distribuídos. Essas trajetórias devem explicar os fatos patológicos próprios do hospital e, tudo o que produz efeitos patológicos deve ser corrigido.<sup>5</sup>

É nesse contexto que o hospital se define como espaço de cura e que o médico passa a residir no seu interior, podendo ser chamado a qualquer hora para verificar o que se passa. O aspecto terapêutico surge associado à característica disciplinar – controle sobre a circulação dos pacientes e sobre a rotina a que devem submeter-se. Regulamentam-se o espaço físico que cada um deve ocupar e as condições em que deve ser mantido.

Esta idéia de assepsia e disciplina já estava presente na medicina antiga. Ela se evidencia na descrição que Hipócrates faz a respeito da figura do médico: “A regra do médico deve ser a de ter uma boa cor e estar bem nutrido, de acordo com o que a sua natureza comporta, pois o vulgo imagina que aqueles cujo corpo não está assim em bom estado não poderiam cuidar convenientemente dos outros. Depois a pessoa do médico deverá ser de grande limpeza. Postura decente, perfume agradável cujo odor não tenha nada de suspeito. Pois, em geral, tudo isto apraz ao doente. Quanto à moral, o homem sábio não apenas será discreto, mas também observará uma grande regularidade em sua vida. Isto faz o maior bem à reputação... Quanto ao ex-

terior, ele terá a fisionomia refletida sem austeridade, de outro modo pareceria arrogante e duro... Os doentes se submetem ao médico e este, a qualquer hora, está em contato com mulheres, com jovens, com objetos preciosos. É preciso, em relação a tudo isto, conservar as mãos puras. Assim deve ser o médico quanto ao corpo e à alma.”<sup>6</sup> Disciplina, portanto, presente no olhar com relação ao doente e na própria forma de existir – discurso que pretende aprisionar tanto o médico quanto aquele que adoecer; prescrições a serem seguidas tanto por um quanto por outro.

Na segunda metade de século XIX, na Inglaterra, com a promulgação da “Lei dos Pobres”, a medicina assume, progressivamente, um outro poder: proteger as classes mais ricas dos perigos insalubres advindos das formas de vida das classes mais pobres; oferta de serviços médicos disciplinadores em lugar de outras possíveis transformações sociais.

Esta expansão do discurso médico sobre a vida das populações gerou, e ainda gera, uma série de resistências. No entanto, a medicalização tornou-se um fato neste final de século. A dor, as mazelas inerentes à pobreza ou o sofrimento próprios do existir são, cada vez mais, objeto de novas catalogações e intervenções médicas; o discurso médico não se limitando a um espaço específico – os hospitais, os diversos serviços de saúde – mas antes difundido-se no espaço social e internalizando-se na alma de cada um de seus habitantes.

No hospital que temos hoje, o discurso hegemônico é ainda o do médico; é ele que confere identidade à instituição. Se outras disciplinas são chamadas a atuar no espaço hospitalar, elas se inscrevem no registro ditado pelo saber médico. É preciso manter a ordem, impedir as perturbações e o risco das contaminações. Os outros profissio-

nais podem atuar, desde que tratem de “purificar” o doente daquilo que impede o médico de exercer adequadamente a sua função. Se um paciente chora, se deprime, fala muito, precisa de um psicólogo - o chamado ao discurso “psi” como uma forma de se efetivar a assepsia do psiquismo e assim manter o que é próprio do hospital, o corpo orgânico em condições de ser manipulado; se o paciente tem dificuldades econômicas, não tem onde morar quando sair do hospital, precisa de um assistente social; se provoca atritos porque não tem o que fazer, precisa de um terapeuta ocupacional. A hierarquia deve ser mantida e a possibilidade de circulação do poder torna-se uma ameaça, uma vez que o seu questionamento pode “colocar em cheque” toda a organização da instituição.

No entanto, a entrada de outros discursos, seja o do sujeito que tem um corpo doente, seja o de outros profissionais, cria alguns impasses nesse discurso hegemônico. É no palco desses impasses que surge a possibilidade de um grupo de trabalho, da construção de novas representações sobre os lugares de cada um e da abertura para algumas mudanças dentro da instituição. Afinal, se a história das instituições é sempre reveladora da história do discurso dominante, ela não deixa de ser também a história das tentativas de resistência a esse discurso.

### O sofrimento e as contradições

Enquanto participantes da instituição, somos também confrontados com os efeitos do discurso que nela predomina. Somos arrastados pela linguagem da “tribo” e sofremos quando não conseguimos que a singularidade de nossa fala se faça reconhecer. “Sofremos pelo fato institucional em si mesmo, inevita-

velmente: devido a contratos, pactos, comunidade e acordos inconscientes ou não, que nos unem reciprocamente numa relação assimétrica, desigual, na qual a violência necessariamente é exercida, na qual se experimenta necessariamente a distância entre a exigência (a restrição pulsional, o sacrifício dos interesses do Eu, os entraves para o pensar) e os benefícios esperados. Sofremos com o excesso da instituição, sofremos também com a sua falha, com o seu fracasso para garantir os termos dos contratos e dos pactos, para tornar possível a realização da tarefa primária que motiva o lugar dos sujeitos no seu interior.”<sup>7</sup>

Todas as instituições são como “focos de incêndio” já que se oferecem como palco de todas essas contradições. A experiência no trabalho institucional nos confirma a análise feita por Bleger: “qualquer organização tem tendência a manter a mesma estrutura do problema que tenta enfrentar e em função do qual foi criada. Assim o hospital, enquanto organização, acaba tendo as mesmas características que os próprios doentes: isolamento, privação sensorial, assujeitamentos, déficit de comunicações – a instituição sofre daquilo que pretende tratar”.<sup>8</sup> É assim, que muitas vezes, querendo curar mantemos a doença. Exemplos do cotidiano confirmam essa análise:

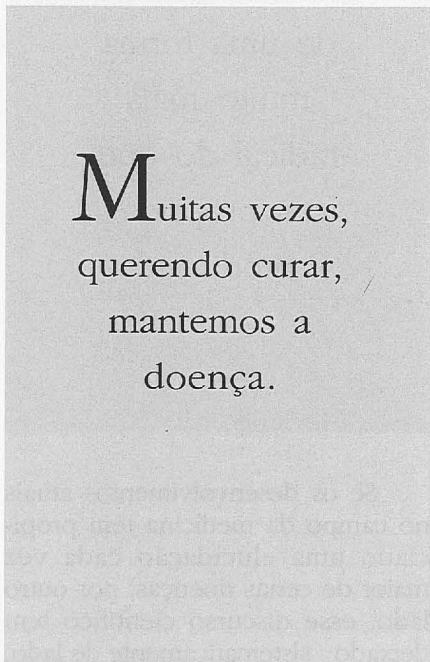
- a enfermeira, seguindo ordens médicas, acorda o doente que dorme tranqüilamente, para lhe administrar o remédio prescrito para dormir;

- uma equipe escolhida para elaborar um projeto de melhor distribuição do espaço físico, acotovelada-se numa sala minúscula e descobre depois de várias reuniões que há uma sala maior e vazia ao lado daquela onde trabalhava;

- uma comissão designada para entrevistar todos os setores e analisar a política da instituição, apre-

senta-se várias vezes para fazer esse trabalho levando sempre o mesmo gravador que não funciona na hora devida;

- um grupo de trabalho com residentes faz uma crítica bastante razoável à forma de organização da Residência – o excesso de trabalho, a dificuldade em acordar o plantonista responsável à noite para discutir dúvidas no atendimento, o desgaste provocado pelos plantões seguidos, a rigidez e o autoritarismo dos residentes mais adiantados, etc...



Assim que surge a possibilidade de provocar alguma mudança nos lugares até então estereotipados, ninguém se dispõe a fazê-lo. Reproduzem a situação criticada, ocupando, agora, os lugares que identificavam como espaços de poder. A crítica mantém-se num lugar oficioso e perde o seu valor já que passam a ver o sofrimento como um elemento essencial de sua formação. É assim, dizem eles, que vão aprendendo a ser médicos responsáveis e a ganhar autonomia. Talvez haja neste submetimento à Ordem Médica uma compreensão possível

do que reproduzirão com seus pacientes futuros, colocando-os, também, num lugar de passividade e submetimento.

**O**utros profissionais encarnam o discurso médico de uma forma muito mais radical do que os próprios médicos.

Se os desenvolvimentos atuais no campo da medicina têm propiciado uma elucidação cada vez maior de certas doenças, por outro lado, esse discurso científico tem deixado sistematicamente de lado, o lugar de sujeito desejante naqueles que transitam pelo espaço institucional (e como vimos nos exemplos dados acima, isto não se refere apenas aos pacientes, como se costuma pensar). Disse-me uma vez um médico, durante uma interconsulta: "Se um paciente está em coma, sei como tratá-lo, se começa a falar já não sei o que fazer com sua história." Um outro, acordado à noite porque o paciente da UTI entrara em delírio e gritava, solicitando em urgência vários produtos do super-mercado, ordena à enfermeira que o acordou que anote toda a lista que de

manhã cedo ele compraria os produtos pedidos. Se de um lado temos uma demanda de não-fala, de outro, temos um "levar ao pé-da-letra" aquilo que é dito. Nas duas situações há um pedido de que a ordem seja mantida e de que o médico não seja perturbado.

Se fazemos essas afirmações com relação ao médico, não é porque isso deva ser personalizado em tal ou qual figura ou porque o médico em si devesse ser culpabilizado. Muitas vezes são outros profissionais que encarnam o discurso médico de uma forma muito mais radical do que os próprios médicos; é próprio do discurso apresentar-se sem um autor específico podendo assim ser apropriado por todos os que vivem na instituição.

Todo discurso constitui-se a partir de um distanciamento do fato e traz em si, por um lado, a impossibilidade de abarcar os fenômenos da realidade como uma totalidade e, por outro, a possibilidade, pela distância, de escapar à identificação maciça e poder intervir nessa realidade. É assim que, em certas situações trágicas faz-se necessária a intervenção de outros discursos. Exemplo disso foi vivido por mim numa situação já anteriormente relatada num outro contexto<sup>9</sup>, quando chamada a atender uma situação extremamente trágica – a de uma mãe que tentara matar seus filhos e, em seguida, tentara o suicídio. Diante dessa história tão terrível, vi-me imediatamente remetida ao mito de Medéia. Recurso à literatura, à mitologia, a um outro discurso, ali onde a realidade ameaça nos tirar o terreno dos pés.

É desta forma, também, que podemos entender a abertura da instituição médica para outras disciplinas. Ali onde o discurso médico fracassa, abrem-se outras possibilidades, não para sustentá-lo mas para que surjam novas contingências, novos fluxos, novas construções...

## As reuniões da equipe – as discussões clínicas

As reuniões de equipe têm, por um lado, uma finalidade objetiva - operativa: discutir os casos, propor encaminhamentos, estabelecer condutas. Por outro lado, tornam-se espaço de contenção do sofrimento inerente ao trabalho, das rivalidades, das angústias depressivas e persecutórias sempre presentes nas relações de uns com os outros. Constituem-se, em geral, como um lugar onde seria possível tratar daquilo que não pôde ser elaborado na vivência institucional.

Neste movimento de colocar em cena a fala de cada um, pretende-se criar um dispositivo de trabalho e de jogo, uma área transicional comum onde seja possível a presença das diferenças, das proximidades e dos afastamentos de forma tal que a tarefa se torne, de fato, operativa, criativa e significativa para todos. Isto, evidentemente, permanece, muitas vezes, no plano ideal, sendo ele próprio – o ideal – uma das causas de nosso sofrimento institucional.

René Roussillon, em seu texto "Espaços e práticas institucionais. Quarto de despejo e o interstício"<sup>10</sup>, relata uma experiência de trabalho grupal onde os objetivos inicialmente definidos como tarefa não conseguem ser realizados. Este relato, embora referente a uma instituição educacional aproxima-se, a meu ver, de algumas de nossas próprias experiências no trabalho hospitalar. É pela negatividade de seu ideal que podemos, mais claramente, perceber as diferentes funções que estas reuniões tentam cumprir dentro das instituições.

"Trata-se de uma reunião dita de 'síntese' dentro de uma determinada instituição educacional. O objetivo oficial dessa reunião é colocar em comum as informações necessárias relativas às crianças (comportamentos observados, re-

sultados escolares, encontro com os pais, quociente intelectual, etc). Essa reunião tornou-se, na linguagem dos membros da instituição, 'a reunião': ainda que existam outras, a participação de todos, que é desejada, é coisa freqüente. Mas nessa reunião 'não acontece absolutamente nada', as pessoas 'se aborrecem', 'não chegam a dizer o que têm a dizer', 'a palavra não serve para nada'. A apatia sucede os períodos de tensão agressiva durante os quais qualquer detalhe, qualquer afirmação está sujeita a desconfiança, a controvérsias infundas (...)

**M**uitos sofrimentos que atravessam os encontros interdisciplinares constituem-se de angústia, inerente ao objeto de trabalho.

"Na medida em que 'a reunião' se mostra improdutiva, por mais de uma vez acaba surgindo um consenso para suprimi-la. Seu clima alternativamente agressivo e apático, com efeito, pesava muito, sobretudo para os educadores e para os pedagogos (grupos numericamente dominantes no estabelecimento). Nos quinze dias subseqüentes a essa supressão, o número de atos delinqüenciais e violentos aumenta brutalmente: as crianças quebram as vidraças, fogem em grupos, colocam

fogo na casa, se agredem mutuamente. Muitos dentre os próprios educadores cometem atos violentos em relação às crianças (socos, gestos ou palavras 'sádicas' etc...).

"A emoção se torna tão viva que uma 'reunião', 'para falar do que está acontecendo' acaba sendo marcada. Essa reunião 'não dá em nada', seu clima é muito agressivo e paranóide. Entretanto, como essa reunião é transferida de semana em semana, os atos violentos e delituosos regridem e voltam ao seu número habitual. Esse ciclo, sob formas diferentes, reproduz-se por vários anos, a ponto de se tornar um verdadeiro *traço cultural* da instituição em questão". Tornou-se o seu "depósito de lixo."

Experiências semelhantes a essa provocam nas equipes de trabalho, um movimento bastante ambivalente com relação aos espaços coletivos de discussão: por um lado uma rejeição em função do sofrimento, por outro uma persistência insistente na ligação, pelo reconhecimento de sua finalidade e pela expectativa idealizada de uma transformação possível.

Às vezes, essa "deposição do lixo" não é feita no espaço coletivo mas antes numa figura escolhida inconscientemente para isso. Temos então o "bode expiatório" que pode ser o enfermeiro-chefe ou o bedel dos colégios, ou o chefe da administração, ou a secretária do diretor, etc. Roussillon demarca que em algumas instituições de tratamento esse lugar é, muitas vezes, reservado para os psicólogos uma vez que eles se encontram à margem das hierarquias mas, ao mesmo tempo, próximos a elas.

O que se passa nos lugares extra-oficiais tem, também, um lugar importante na vida institucional. Algumas vezes, eles são os espaços potenciais onde algo muito difícil de elaborar começa a ser dito podendo, depois, ser levado para a reunião oficial; outras vezes são ape-

nas o lugar da intriga, da sabotagem dos projetos. Temos, então, um discurso oficial, que marca a ideologia institucional, e um outro, "oficioso", que nem sempre trabalha a favor do primeiro.

Além disso, a prática institucional nos revela que muitas das brigas e sofrimentos que atravessam os encontros das equipes são em verdade, deslocamentos, tentativas de não-enfrentamento das dificuldades inerentes ao próprio objeto de trabalho. Às vezes, constituem-se como uma pré-tarefa, uma tentativa de viabilizar, pelo escoamento da angústia, aquilo com que se comprometeram em sua escolha profissional.

### O lugar do médico

Sabemos que o médico não é um observador isento da doença ou do indivíduo doente. Sua ação ocorre dentro de um campo transferencial onde os mecanismos defensivos e identificatórios se fazem presentes podendo facilitar ou dificultar sua tarefa.

Sabemos também que quando um paciente procura um médico ou um hospital leva consigo além dos aspectos conscientes do "estar doente", as representações culturais sobre sua enfermidade e as fantasias acerca do adoecimento e da cura. Instala-se, num primeiro momento, um movimento regressivo de dependência e de idealização. Essa projeção das forças curativas pode ser entendida como uma forma de se defender de seus próprios temores de ser atacado por isso que o faz sofrer. Cada doente tem sempre uma doença singular e a relação que se estabelece com a equipe que o trata tem tonalidades muito específicas, da mesma forma que sabemos que um mesmo remédio não provoca o mesmo efeito em pacientes diferentes.

A medicina, fundamentada num

saber sobre o corpo orgânico, vê-se assim confrontada com um corpo que extrapola esse registro. Se o discurso médico tenta separar o sujeito que sofre de sua doença, o discurso psicanalítico nos mostra que isto causa um grande prejuízo ao processo de cura. Há, inclusive, certas situações onde a doença torna-se uma solução para o sujeito – ela lhe oferece uma existência até então irreconhecível pelo psiquismo. Assim, nem sempre o desejo de cura é tão intenso quanto se pretende acreditar.

Se não há possibilidade de um aprofundamento nas relações por conta do excesso de pacientes, da pouca disponibilidade de tempo, da falta de condições ambientais adequadas, instala-se um sintoma – o sistema de rodízio se implementa cada vez mais, o paciente torna-se anônimo e o médico também. Há um ditado popular que diz: “Se você tem um médico, tem médico, se tem dois médicos, tem meio médico. E, se tem três médicos, não tem médico”.

## A medicalização da sociedade

Como já dissemos, a medicina industrializada, implementada a partir do século XIX, não cessou de se desenvolver. Surgem continuamente no mercado novas tecnologias, novos medicamentos, novas ofertas de consumo de serviços, transformando nossa cultura numa cultura medicalizada. Medicalizada também, é necessário que se reconheça, em função do aumento de sobrevida da população e das situações de risco a que se expõe a vida nos grandes centros urbanos, onde estão localizados a maior parte dos serviços de saúde. Embora se saiba que a saúde não depende unicamente dos atos médicos é neles que a nossa organização social acabou se sustentando..

Neste modelo, como nos diz

Wilson Luiz Sanvito<sup>11</sup>, o doente é visto como um objeto, o médico como um mecânico, a doença como um defeito e o hospital como uma oficina de consertos. Se uma pergunta é dirigida ao doente ela o é no sentido de se obter uma resposta vazia ou, de uma forma mais otimista, no sentido de se obter uma resposta social, como quando dizemos “como vai?” e não esperamos nada mais do que: “tudo bem, obrigado”.. Se o doente se põe a falar é de uma perda de tempo que se tra-

A doença  
torna-se,  
em certas situações,  
uma solução para o  
sujeito:  
oferece-lhe uma  
existência.

ta e de uma espera para que as palavras que interessam, aquelas que dizem respeito ao sintoma, possam surgir, anulando-se o que não faz parte desse saber.

Na Grécia cristã, os pagãos deviam ser *convertidos* ao cristianismo. Com a mudança na hegemonia do saber do campo religioso para o campo científico, o termo permaneceu, revelando, nesse resto, algo do registro antigo – a conversão, a passividade, a obediência ao discurso oficial. Tomemos, por exemplo, a alta incidência dos partos cesaria-

na entre nós. Não é essa uma situação de silenciamento do sujeito justamente no momento em que o ato criativo é evidenciado? Não podemos ver aí uma apropriação indevida, pelo médico, do “dar à luz”? Penso que essa idéia do silenciamento não é banal; ele tenta impedir o surgimento do grito, da fala, da quebra de um discurso que pretende abolir ao máximo a possibilidade de imprevistos, de riscos.

O discurso social enfatiza a amenização imediata da dor, do desconforto, da angústia, do mal-estar. Assim, o estilo de vida, a transformação das condições econômicas e sociais são sempre relegadas a um segundo plano, já que demandariam ações mais custosas e de longo prazo sem que se fizessem sentir resultados imediatos (o que seria insuportável). Cultura do gozo, do prazer imediato, do brilho narcísico, onde não importa a que custo desde que se viva “isso” agora. Pensemos, por exemplo, no que aconteceu com o *Viagra*, medicamento lançado como uma fórmula milagrosa para a cura da impotência sexual. Imediatamente formaram-se filas para a sua aquisição, surgiram histórias de rompimento de relações que há muito tempo vinham se sustentando numa certa complementaridade com o sintoma, efeitos colaterais graves provocados pelo uso inadequado do medicamento... Produziram-se não só ereções, mas muitas relações com efeitos depressivos posteriores. Aqui o discurso médico e o discurso social revelaram claramente o seu íntimo enlace.

Tratar do corpo em seu aspecto unicamente orgânico é também uma forma, não devidamente acentuada nos estudos que se fizeram sobre o tema, de neutralizar a potencialidade sexual desse corpo, da libido que o marca e o faz desejante ao olhar de um outro. Provoca-se com esse gesto, uma abertura para a defusão das pulsões

– se o erótico não pode ser reconhecido, deixa-se o terreno aberto para *tânatos*. Nos atos e nos discursos infiltram-se as intrusões, a violência, a manipulação do corpo como se se tratasse de um corpo de borracha, inerte, impregnado de formol, desvitalizado.

### A questão do olhar

Todo doente perscruta o olhar do médico à procura de sinais sobre aquilo que ele vê em seu corpo, em seus exames. Os menores gestos, as expressões mais sutis são imediatamente interpretadas. Da mesma forma ele está atento a tudo que se passa a sua volta no ambiente hospitalar.

Acompanhei uma criança que ficara muito tempo na UTI em uma visita à pediatria, para onde seria removida. Quando entramos na enfermaria um médico estava realizando uma intervenção de urgência em uma das crianças internadas. Quando nos viu entrando, fechou a cortina sobre o leito de seu paciente. Tudo se passou como se nada estivesse acontecendo. Quando voltávamos para a UTI, a criança me perguntou: “Quando eu subir, o médico também vai me operar?”.

Uma jovem foi internada no pronto-socorro, vítima de asfixia por um incêndio que ela própria provocara em sua casa. Ficou vários dias sem conseguir se lembrar do que acontecera e sem poder dizer quem era. Em uma das entrevistas ela me pede um espelho – queria poder reconhecer-se. Foi interessante esse pedido, pois o espelho poderia, de fato, devolver-lhe a imagem e ajudá-la no processo de substituição de sua identidade. Só então me dei conta que não havia espelhos no pronto-socorro! Conseguindo o espelho ela o examinou por muito tempo, como faz uma criança pequena, tentando encontrar aquilo que ele refletia. Passamos depois

a andar pelo hospital. Num desses passeios ela reconheceu, em uma sala, uma máquina de escrever antiga – era como a que havia na casa de sua infância... Foi assim que, lentamente, perscrutando sua imagem no espelho e os sinais do ambiente que a cercava, a lembrança de sua história voltou a habitá-la.

“O olhar do paciente sobre as pessoas que o cercam participa de um dar a ver que nada tem de apaziguador. O paciente avalia, naquele que o observa, a distância que doravante os separa. Esse poder de separação exercido pelo olho car-

### O doente – um sujeito que fala

Piera Aulagnier chamou de violência primária a enunciação que uma mãe faz a respeito do que se passa com o seu bebê – é ela quem interpreta, segundo seu próprio código, como manifestações de prazer ou de dor, aquilo que ele experimenta no corpo. Se num primeiro momento esta interpretação é necessária e constituinte, em um segundo momento, torna-se um abuso que ela, então, denomina de violência secundária.

**H**á um momento em que o doente  
submete-se necessariamente  
à interpretação de seu sofrimento.  
Outro, em que pode começar a participar  
das decisões.

rega em si sua função mortal. O sujeito, daí por diante, sabe-se só no mundo dos saudáveis que o cerca. Conheci pessoas idosas que, no fim da vida, tinham aceito com uma estranha serenidade o fato de ter uma visão totalmente deficiente, recusando mesmo que se tentasse melhorá-la (adaptando lentes de aumento aos óculos); não viam mais nada, concentradas que estavam no ‘mundo interior’. Sua maneira de agarrar-se ainda à vida era recusar o que pudesse matá-las, estancando o poder maléfico relacionado com aquilo que surgia do olho que as olhava...”<sup>12</sup> – olhar que nestas circunstâncias não tem nada de organizador.

Como já assinalamos anteriormente, há um primeiro momento em que o doente se submete necessariamente à interpretação que o médico faz a respeito de seu sofrimento. Porém, este estado de dependência inicial nem sempre precisa ser mantido e o doente pode começar a interpretar, por conta própria, o que se passa com ele e a participar das decisões que se fizerem necessárias, readquirindo o seu lugar de sujeito. Insistir em continuar a falar por ele é reproduzir a violência secundária e transformar o poder inicial necessário num abuso de poder.

Faz parte, também da função materna a separação do eu da criança de seu sofrimento no corpo assinalando-lhe que isso não é fru-

A medicina  
traz uma herança do  
poder divino,  
já que faz implicitamente  
a promessa de salvar,  
dar a vida.

to de sua criação, liberando-a, assim, de um lugar de ataque e culpabilização - se chora, é porque está frio, é porque tem fome, etc. Trago-lhes esta referência para pensarmos em muitas situações de adoecimento onde a culpabilização se faz presente. Talvez, de certa forma, ela esteja sempre presente. A medicina traz uma herança do poder divino, já que faz implicitamente a promessa de salvar, dar a vida. Quem adoce não deixa de se perguntar: "por que eu?". Ou, de uma forma mais indireta: "será que se eu fizer tal coisa, a doença desaparece?". Ou de fazer promessas, voltar-se para a religião... medicina e religião - doença e castigo não são assim termos tão distantes. Fiquei surpresa, certa vez, quando ouvi um médico anunciar a doença grave de uma mãe para sua filha, dizendo-lhe: "você não tem culpa, sua mãe não tem culpa!". Ele demonstrava, assim, muita sensibilidade para um importante fator presente no adoecimento.

Em um dos hospitais em que trabalhei decidiu-se que se expandiria a proposta de familiar acompanhante, vigente na pediatria, para uma das outras enfermarias. Foi escolhida a enfermaria da ortopedia já que os pacientes ficavam imobilizados e muito isolados. Fizemos, então uma pesquisa com eles tentando avaliar como receberiam a proposta. Surpreendeu-nos que eles próprios a rejeitassem. Valorizavam-na mas não queriam incomodar seus familiares; já se sentiam bastante culpados por não estarem ativos e ajudando a família, o que era um fato compreensível, mas, além disso, o mais surpreendente era que quase todos revelavam um grande temor de causar um incômodo ao hospital, criar ruídos, perturbar a rotina... A "docilização" necessária dos corpos tornava-se evidente em suas respostas.

Maud Mannoni relata que quando do adoecimento de seu marido, Octave Mannoni, a escolha que ele fazia a respeito dos especialistas que o atenderiam eram anunciada logo após o primeiro encontro. Se ele lhe pedia que acompanhasse o visitante até a porta e lhe desse de presente um de seus livros em francês ou em japonês, isto queria dizer: "ele me toma por um idiota, livre-se dele por mim".<sup>13</sup>

Ela também nos conta que quando uma de suas amigas adoeceu e foi hospitalizada, ela a visitava e levava para os profissionais que a atendiam vários volumes de seus livros. Era para que eles soubessem algo da história daquela pessoa de quem cuidavam. Acreditava, ainda, que essa tarefa deveria ser feita com qualquer doente hospitalizado - se não há livros para apresentar, há sempre uma série de histórias de vida a conhecer.

Heródoto, em um de seus relatos históricos, refere-se à forma pela qual os doentes eram tratados na Babilônia. Não deixa de chamar a atenção o fato de ser absolutamen-

te proibido passar perto de um doente sem lhe dirigir a palavra: "Como não existem médicos na Babilônia, todos os doentes são levados para a praça pública. Os passantes se aproximam, discutem com o doente, dão conselhos caso já tenham tido a mesma doença ou se um de seus amigos a teve. Passar perto de um doente sem interrogá-lo ou perguntar o que tem é absolutamente proibido."<sup>14</sup>

Este é um discurso que não deveria ficar desconhecido. O que persiste até o fim da vida é a sensibilidade do sujeito aos efeitos de uma fala significativa. É na implicação com essa fala que reside a ética de nosso trabalho. ■

## NOTAS

1. M. Foucault, *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1980, p. X.
2. J. Clavreul, *A Ordem Médica - poder e impotência do discurso médico*, São Paulo, Editora Brasiliense, 1983, p. 82.
3. M. Foucault, *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Edições Graal, 3ª ed. 1982, p. 89.
4. M. L. R. Souza, "O hospital: um espaço terapêutico?", in *Percurso* no. 9, p. 22-28, 1992. Os aspectos aqui referidos ao Hospital enquanto espaço de cura e à entrada de outros profissionais nesse tipo de trabalho, encontram-se mais especificamente desenvolvidos neste texto.
5. M. Foucault, *op. cit.*, p. 100-101.
6. Hipócrates, *Oeuvres complètes*, IV, Éditions Javal et Leblanc, 1934, p. 255, citado por Jean Clavreul, p. 88.
7. R. Kaës, "Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições", in *A Instituição e as Instituições*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989, p. 32.
8. J. Bleger, "O Grupo como Instituição e o Grupo nas Instituições", in *A Instituição e as Instituições*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989, p. 49.
9. Este atendimento está descrito e analisado no texto citado na nota 4.
10. R. Roussillon, *op. cit.*, p. 133-149.
11. W. L. Sanvito, "Caderno de Sábado" do *Jornal da Tarde*, de 26.09.1998.
12. M. Mannoni, *O Nomeável e o Inominável*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995, p. 120-121.
13. M. Mannoni, *op. cit.*, p. 124.
14. J. Clavreul, *op. cit.*, p. 241.