

SABER MÉDICO; SABER PSICOLÓGICO: OPERAÇÕES DO OLHAR

Jane da Fonseca Proença *

RESUMO – Estudo que consta de reflexões sobre o modo como o olhar opera no âmbito da prática, em duas abordagens nitidamente distintas (olhar objetivo versus olhar escuta) e, conseqüentemente, o lugar reservado ao terapeuta e o paciente, dentro da lógica de cada olhar.

ABSTRACT – This study has shown how reflections on the way of seeing operates on practical boardings clearly distinct (see an objective versus see hearing) and consequently the place reserved to the therapeutics and the patient on the logic of each sight.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo, por se tratar de um tema tão complexo, certamente não o abrangerá em sua totalidade, mas procurará entendê-lo a partir dos métodos que o designa. Como método, entende-se um conjunto de técnicas de pesquisa mediante as quais estuda-se um determinado conjunto de fenômenos. Designa também uma estratégia, mais ou menos explícita, de como o fenômeno foi construído e como será abordado. É neste sentido que se supõe ser, cada saber, definido por um estatuto e por uma natureza, em função do qual o objeto é tratado: trata-se de formas de olhar. O olhar objetivo entendendo que a natureza do fenômeno se define por sua aparência e, o olhar-escuta, entendendo que a natureza do fenômeno é construída por operações simbólicas que conferem ao objeto seu valor (sujeito).

Vale salientar que esses foram os campos específicos da clínica charcotiana, que se deteve apenas no olhar contemplação, e da clínica freudiana, que ao olhar para o corpo da histerica, entendeu suas encenações no campo simbólico e tratou desse corpo visto pela mediação da palavra.

Face ao exposto, pode-se entender, desse modo, a doença segundo uma diversidade de enquadres teóricos: remetendo ao registro do biológico, onde se procura estudar as intervenções entre a estrutura do sistema nervoso e o comportamento (neurologia, anatomia patológica, por exemplo) ou ainda remetendo ao drama da constituição humana - enfoque psicológico -

de modo articulado, destacando aí uma existência determinada diante da qual o sujeito é o único responsável.

O primeiro campo coloca a doença sob a égide de um olhar puro - **clínica médica** - e o segundo, de um olhar equipado - **clínica psicológica**.

2 SABER MÉDICO, SABER PSICOLÓGICO

O saber médico tem como objetivo exclusivo justificar um conjunto de práticas que se articulam dentro do espaço hospitalar - pedagógico e, por isso, nunca é colocado em questão. Espaço instituído e legitimado pelo próprio desvio anexando a ele o seu discurso (da doença - cura). FOCAULT¹ ao se referir a questão do olhar, fala de uma estrutura de reclusão projetada por Bentham, como o espaço em que o olhar está alerta à toda parte, para vigiar as desordens: os panópticos^{**}.

Trata-se de um modo de olhar do próprio olhar, aquele que não alcança, visto que só classifica. Tem aí, já no século XVII, a montagem que se constitui como o precursor das instituições hospitalares e de outras.

O saber médico funciona no sentido de buscar uma razão para a doença, determinar suas formas diferenciais e apontar de forma absoluta a patologia. O diagnóstico é absoluto e o tratamento tenta obter um retorno ao equilíbrio do corpo e os procedimentos técnicos realizam um controle minucioso e detalhado do corpo.

* Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Professor Adjunto de Enfermagem Psiquiátrica da UFF. Psicóloga Clínica

** Estrutura arquitetônica criada por Bentham, construída em anel com selas individuais e uma torre central de onde o vigia controlava cada recluso que é sempre objeto de informação, nunca sujeito. Espaço que assegura o funcionamento do poder onde o recluso é visto mas não vê aquele que o controla.

Quando isso não é possível no corpo-sintoma, é no corpo-cadáver que o olhar médico vai buscar alcançar a fundamentação dos sintomas, tendo-se assim apenas a faceta do imediatamente visível.

Indubitavelmente, trata-se de um olhar que transforma o clínico em sujeito da certeza, certeza de que vê a doença em toda a sua amplitude e o coloca numa posição de detentor do saber e de dominação sobre o corpo. É uma relação de poder, conforme assinala FOUCAULT².

Essa forma de saber clínico reserva ao paciente o espaço da alienação, da submissão às práticas interventivas que o método impõe e o substitui por uma categoria cuja nomeação se deu por um olhar (rótulo) que tenta se aproximar do sintoma a partir de uma teoria - o olhar que vê o que já foi visto no espaço pedagógico³. Olhar que nega a subjetividade e a sua construção e encontra no corpo sensível o único suporte para a sua existência.

Toda uma construção imaginária e antecipatória da anatomia patológica permeia essa clínica, que intenta desvelar no corpo vivo a doença, através dos sintomas referidos pelo paciente. Olhar silencioso que vê no imediatamente sensível o seu próprio equívoco: o círculo das aparências, o discurso ultrapassado da contemplação.

Evidentemente, são formas como o olhar opera e produz um saber. Entretanto, este método que ele encerra, desconhece a subjetividade, ou seja, desconhece o discurso do sintoma, suas origens e as formas de decifrá-lo. É um saber que privilegia o corpo-cadáver, aquele desprovido da linguagem, cuja única palavra que importa é a do clínico, porque contém a "magia" do saber (Poder). Esta forma de operação do olhar permitiu, no século XIX, a inclusão da medicina nas ciências exatas pela correlação: investigação clínica e investigação anátomo-patológica.

A abordagem inicial de Charcot sobre os fenômenos histéricos foi um exemplo vivo do olhar puro, mas a partir desta tentativa de explicação, Sigmund Freud fez uma ruptura epistemológica com o saber pré-existente, fundando um novo saber, um novo modo de olhar e de intervir. Agora, a lógica não é mais de uma intencionalidade inconsciente, mas sim de uma determinação inconsciente da qual o sujeito é o único responsável. Da dispersão à unidade, ele vai se constituindo enquanto subjetividade, o que só é possível com o apoio da linguagem. A esse respeito, TRILLAT⁶ é bastante elucidativa ao admitir que:

"Charcot tornou-se cego pelo visível e Freud transformou-se em vidente pe-

lo invisível. Aí, tem-se então um descobrimento que se opera a partir de uma outra parte que se põe num jogo de espelho e numa relação dual com a histórica".

Disso depreende uma aproximação de um olhar que vê o sintoma como constituição de uma história fabulosa. De uma subjetividade que emerge a partir de **Outro** (humano) e o **seu nome** (sujeito), diferentemente do nome (da doença) tratado pelo olhar puro. Obviamente o faz por colocar o sujeito em causa. Nesse olhar, instrumentalizado por um saber psicológico o sujeito (paciente) é produtor do saber embora não saiba que sabe. FREUD⁴, destaca que:

"...muitas vezes o que está em questão é uma experiência que o paciente não gosta de discutir, mas principalmente porque é verdadeiramente incapaz de recordá-la e, frequentemente nada desconfia da conexão causal entre o fato desencadeante e o fenômeno patológico".

E, o único instrumento capaz de cortar o corpo e desvelar o sintoma, não é mais o bisturi, é a palavra.

O terapeuta, segundo LACAN⁵, não é mais o sujeito da certeza e sim do suposto saber, pois nem saber real sobre o paciente ele tem, o que faz é testemunhar a reconstituição da história daquele que realmente **sabe** de suas determinações e responsabilidades em relação ao sintoma - o paciente.

"...O Sujeito revive, rememora, no sentido intuitivo da palavra, os eventos formadores de sua existência. Este fato não é em si mesmo importante. O que conta é que disso ele reconstrói..."

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se fez foi tentar correlacionar as operações que o olhar provoca em duas abordagens nitidamente distintas. Entretanto, entendendo que são dois momentos do olhar: um que silencia e outro que intervem, mas que entre ambos há um vínculo de necessidade, ou seja, para aquisição do olhar intervenção há sempre que se passar pelo olhar puro.

Privilegia-se assim o olhar equipado por entender ser pertinente as metas traçadas no âmbito da prática. As indagações extraídas da literatura orientou para estabelecer questões entre os dois métodos de operações do olhar:

- a) privilegiar a abordagem dialética, enquanto relação poder-saber que remete o terapeuta e o paciente a um lugar determinado (eu-Outro);
- b) Aprofundar o conhecimento no que se refere à clínica psicológica enquanto modelo teórico-prático;
- c) Compreender que o olhar na clínica psicológica não interpreta

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 9. ed.. Petrópolis: Vozes, 1991.
- 2 ———. *Microfísica do Poder*. 9. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- 3 ———. *Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense - Universitária. 1977.
- 4 FREUD, S., BRENER, S., *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. Comunicação Preliminar*. (1893). Rio de Janeiro: Imago, 1974 p.43.
- 5 LACAN, J. *Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- 6 TRILLAT, E. Miradas sobre a Histeria. In: KRELL, J. (comp). *La Escucha, la histeria*. Buenos Aires: Paidós, 1984 p.38