

## Introdução

---

Esta tese tem como objetivo a análise do apagamento do sujeito na clínica psiquiátrica por meio da redução do psíquico ao cerebral. A motivação para a compreensão das condições de possibilidade para o apagamento do sujeito na psiquiatria está associada às inquietações originadas no trabalho em um ambulatório de hospital psiquiátrico público no Rio de Janeiro<sup>1</sup>. No ambulatório, chamava atenção que grande parte dos pacientes que procuravam o serviço adotava o termo “depressão” para nomear seu mal-estar. Em consonância com esse autodiagnóstico, reportavam-se ao ambulatório para obter tratamento farmacológico. Poucos eram os casos em que os pacientes se indagavam sobre o sentido de seu mal-estar ou procuravam psicoterapia. Diante desse modo de configuração da demanda, se fez necessário pesquisar se aquela era uma situação particular ou se refletia um fenômeno mais amplo.

A inquietante impressão de uma possível “epidemia de depressão” (Pignarre, 2001), acompanhada pelo uso crescente de psicofármacos, parecia ser efetivamente ratificada por pesquisas contemporâneas. Estudo com os 1324 pacientes acolhidos nos grupos de recepção desse ambulatório entre 2 de abril de 2007 e 31 de março de 2008 identificou que 25% dos casos foram diagnosticados com depressão<sup>2</sup> (Valverde, 2008). Gonçalves et al. (2014) também demonstraram que de 20 e 30% da clientela atendida na atenção primária apresentam depressão. Para os autores, aos quadros de depressão se somariam os quadros de ansiedade, que fariam com que incríveis 50 a 60% da população tivessem os chamados transtornos mentais comuns!<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> O ambulatório tinha cerca de 20 profissionais de nível superior, metade deles psiquiatras, e contava com aproximadamente 4000 pacientes.

<sup>2</sup> No CID X a depressão é nomeada como episódio depressivo (F32) ou como transtorno depressivo recorrente (F33).

<sup>3</sup> O termo “transtorno mental comum” é utilizado nos estudos epidemiológicos para identificar a prevalência de quadros marcados por queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração e que não necessariamente preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão, ansiedade e transtorno somatoforme (Fonseca et al., 2008).

Esses números talvez expliquem o crescimento expressivo de consumo de antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos no Brasil. Somente entre 2011 e 2012 houve alta de 8,72% na quantidade de caixas vendidas, o que significa que os gastos com esses medicamentos passaram de 38,04 milhões para 42,33 milhões no período. Esse padrão de gastos coloca o Brasil dentre os países que mais consomem psicotrópicos no mundo (Jornal Estado de Minas Gerais, 2013).

A prevalência dos transtornos mentais comuns ratifica sem ressalvas a constatação feita pela Organização Mundial de Saúde na década passada, onde a depressão foi considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública (OMS, 2001). Estudo recente estima que a depressão afeta mais de 350 milhões de pessoas e que, em 2030, será a principal responsável pela carga global da doença no mundo, ou seja, pelos anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacitação (OMS, 2012).

Esses dados impressionantes devem ser avaliados com cautela. É recomendável refletir sobre um possível viés diagnóstico, que diz respeito a categorizar como depressão casos que talvez fossem melhor classificados como variações normais do humor, retirando o caráter patológico das queixas apresentadas e relacionando-as a um traço do sujeito ou a eventos estressantes da vida.

É necessário assinalar que, na experiência ambulatorial, a classificação como depressão de 25% dos quadros clínicos apresentados prevaleceu mesmo em um contexto onde havia preocupação com o risco de medicalização da demanda e com os efeitos subjetivos da atribuição diagnóstica. Os profissionais estavam advertidos quanto aos riscos da localização do mal-estar em uma classe, ainda que para fins administrativos (Vieira, 2001).

Naquela instituição pública a clínica psicanalítica pôde dialogar com a força do saber biomédico. Apesar do diálogo, talvez a equipe tenha reproduzido a tendência identificada por Shorter (2009) de privilégio da utilização da categoria depressão em lugar de categorias diagnósticas menos patologizantes. Esse privilegiamento leva à produção de falso-positivos para depressão, ou seja, de diagnósticos de depressão em quadros onde a doença de fato não existe.

É possível interrogar se a tendência à produção de falso-positivos não constitui um efeito necessário da lógica dos manuais classificatórios psiquiátricos. Neles, a dimensão subjetiva é tomada como acessória em relação aos sintomas. Diante dessa racionalidade, não parece fortuito que cada vez mais pessoas cheguem aos ambulatórios públicos (e também aos consultórios privados) dizendo-se deprimidas e em busca de medicamentos para curar seus males.

Já há algumas décadas ganha força a tese de que a subjetividade deve ser definida em termos corporais e que os fenômenos mentais têm causalidade física. Sentimentos, expectativas, comportamentos, escolhas são creditados prioritariamente à fisiologia cerebral, em uma clara desconsideração ou desvalorização da cultura e do psiquismo. Essa transição no campo *psi* parece acompanhar a mudança mais ampla na biomedicina e na sociedade, relativa ao desenvolvimento da cultura somática (Novas e Rose, 2000; Costa, 2004) e à naturalização da mente ou do pensamento (Ehrenberg, 2004, 2008; Bezerra Jr., 2013; Russo e Ponciano, 2002; Canguilhem, 1980/2006; Winograd, 2006, 2010). Esta tese investiga o modo pelo qual a psiquiatria biológica relaciona-se a esse processo de naturalização da mente e ao apagamento do sujeito na clínica contemporânea.

Para dar conta dessa proposta de investigação, a psiquiatria biológica é considerada como uma formação discursiva, um saber, não uma ciência propriamente dita. A análise do domínio discursivo distancia, em um primeiro momento, a tese da compreensão das condições de possibilidade da cientificidade dessa especialidade médica. Em vez disso, é feita a escolha de analisar o campo psiquiátrico como *saber*, ou seja, como um discurso. Com esse deslocamento, a tese aceita inicialmente a démarche metodológica de Foucault, que recusa o uso da epistemologia para estudar os saberes (Machado, 1982).

Segundo Machado, é a singularidade da psiquiatria, assim como da medicina, com relação “aos conhecimentos propriamente científicos como a física e a química que impede que elas sejam estudadas de modo eficaz em uma perspectiva epistemológica” (Machado, 1982, p. 12). Com esse deslocamento, Machado argumenta que a psiquiatria detém propriedades intrínsecas que permitem compreendê-la enquanto uma formação discursiva.

O afastamento da análise epistêmica não necessariamente significa desconsiderar o alcance do projeto normativo da medicina. Pelo contrário, é necessário reconhecê-lo a despeito da cientificidade imperfeita da medicina face ao modelo das ciências formalmente constituídas (Foucault, 1969/2012). Portanto, a preservação da análise conceitual, como utilizada por Canguilhem, é crucial e serve de referência teórica para a compreensão desse projeto normativo.

Nesse sentido, o estudo da psiquiatria biológica e do apagamento do sujeito na clínica contemporânea ampara-se na reflexão de Canguilhem sobre o positivismo médico. No livro *O Normal e o Patológico*, Canguilhem questiona o esforço da medicina para alinhar-se à epistemologia positivista, segundo a qual o conhecimento é expressão de um real absoluto, onde não há lugar para a discussão de valores (Soares e Camargo Jr, 2007). Para Canguilhem, o conhecimento pode ser relativizado porque existe um valor fundamental, ontológico, na própria vida. Em consonância com essa premissa, o autor argumenta a favor de um campo específico da normalidade e da patologia que escapa ao domínio da ciência. Considera os conceitos “normal” e “patológico” como expressão de valores, não aceitando pressupostos da medicina que os tomam como expressão do conhecimento objetivo e neutro.

O autor recusa a concepção estritamente positivista na medicina, bem como seu viés experimental e quantitativo. Ao fazê-lo, defende que o essencial da medicina é “a clínica e a terapêutica, ou seja, uma técnica de instauração e de restauração do normal que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento estatístico” (Canguilhem, 1966/1982, p. 16).

Se assim o fosse, seus efeitos seriam nefastos, como adverte Lecourt:

se a norma aparece como fato, inscrita em uma natureza e suscetível de dar lugar a uma formulação estatística, as consequências sobre o indivíduo são graves. Com efeito, o indivíduo se arrisca a cair sob o império de uma concepção despótica da saúde. (Lecourt, 2006, p. 298).

Ao rejeitar a posição de Comte e Claude Bernard sobre a conceituação de doença como uma realidade objetiva acessível ao conhecimento, Canguilhem revela um erro central da abordagem positivista: a definição da doença como uma simples alteração *quantitativa* da normalidade, como expressão exagerada,

diminuída ou anulada de sua função normal correspondente. Essa definição, estabelecida no século XIX, tinha por objetivo suprimir da técnica médica qualquer indício de aferição subjetiva ou valorativa dos estados normal e patológico. Considerava-se que, ao atribuir um conteúdo experimental e quantitativo ao conceito de normal, se garantiria à medicina um enfoque científico acerca da normalidade.

Canguilhem, contudo, afirma a diferença de natureza *qualitativa* entre as noções de normal e patológico. Sustenta que a ambição de anular o patológico como um fenômeno de natureza específica desconsidera que um sintoma ou mecanismo funcional deve ser relacionado à totalidade do comportamento individual do qual faz parte. O conhecimento acerca da doença, diz o autor, tem sua origem na “experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio” (Canguilhem, 1966/1982, p. 65).

O mesmo ocorre com a saúde. Ela é uma noção que também depende da apreciação do indivíduo sobre seu estado e sobre o modo como ele experimenta a dinâmica da separação entre saúde e doença. Essa dinâmica se apresenta em primeiro lugar como individual. É em relação a um estado anterior de saúde que um indivíduo se declara doente. Ele assim o avalia porque considera que sua capacidade de responder ao meio apresenta-se diminuída. Em contraposição, um indivíduo acredita-se em boa saúde quando tem segurança (ainda que ilusória) de que pode cair doente e que se restabelecerá. Nessa perspectiva “a saúde se apresenta não como a conformidade a uma norma dada, mas como a manutenção de um poder normativo tão flexível quanto possível em relação ao meio” (Lecourt, 2006, p. 297). Expressa diferentes padrões e não se limita à adaptação a um padrão objetivamente definido.

Assim, saúde e doença não são definidos exclusivamente por referência à normalidade como fato, à normalidade no sentido estatístico e descritivo, àquilo que é prevalente em uma determinada população e que pode ser objetivamente mensurável. Elas são definidas também por referência à normalidade como valor. Nessa segunda acepção, diz-se que determinado organismo ou indivíduo é ou está normal quando ele é normativo, ou seja, capaz de mostrar-se plástico, criativo frente às injunções da vida.

Esse modo de pensar a normalidade oferece novas possibilidades para a compreensão da saúde e da doença, pois ambas implicam certa norma de vida. Especialmente importante é que o patológico deixa de ser concebido como desvio em relação a um parâmetro objetivamente definido. Ele é entendido como expressão de uma potência normativa constrangida, uma resposta criativa, mas “infeliz” às injunções da vida no meio em que o ser vivo se encontra (Bezerra Jr., 2006, p. 101).

A compreensão da normalidade a partir da normatividade também permite rever as noções de anomalia e de mutação. Elas deixam de ser patológicas *per se* para tornarem-se fatos biológicos insólitos que expressam outras formas de vida possíveis, mais ou menos normativas. Distinguir anomalia e estado patológico, bem como retirar da variedade biológica o valor de negatividade permitem que Canguilhem enuncie a tese segundo a qual “atribui-se ao próprio ser vivo, considerado em sua polaridade dinâmica, a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença” (Canguilhem, 1966/1982, p. 144).

Cabe especialmente chamar atenção, para o desenvolvimento desta tese, que Canguilhem advoga a reformulação da prática clínica da medicina. Propõe que o ser humano e sua experiência de sofrimento e impotência, seu “sentimento de vida contrariada” sejam colocados no centro da prática médica (Canguilhem, 1966/1982, p. 187). Nessa perspectiva, a supressão da doença e a redução dos constrangimentos impostos por ela - metas da medicina - não se ancorariam exclusivamente em dados biológicos e estatísticos. Elas também teriam por referência a experiência dos indivíduos, aquilo que eles reconhecem como limites à sua existência (Bezerra Jr., 2006). Assim escreve Canguilhem:

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. (...) O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (Canguilhem, 1966/1982, p. 145).

A importância da perspectiva do doente no pensamento de Canguilhem deve-se, sobretudo, à ideia de que a doença é uma experiência vivida por um indivíduo, é criação de uma nova norma. Nessas bases, o diagnóstico e o tratamento deveriam considerar a perspectiva do doente, e não apenas as técnicas

de exame. A terapêutica deveria respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal.

Bezerra Jr. considera que as ideias de Canguilhem deveriam estar no “centro da reflexão clínica” dos profissionais de saúde. Porém, diante do domínio da perspectiva positivista na medicina, o autor constata que os profissionais

acabam por assimilar os conceitos e pontos de vista sobre a saúde e a patologia que refletem o imaginário social e teórico vigente, transformando-se – à sua revelia – em agente de um processo crescente de medicalização da existência e patologização do normal. (Bezerra Jr., 2006, p. 93).

A conclusão de Bezerra Jr. explicita duas questões teóricas importantes: 1) a natureza do campo científico como espaço de disputa pela autoridade científica; 2) o problema da medicalização. É necessário discuti-las, no âmbito desta tese, para mostrar que a ausência da reflexão sobre os conceitos de normalidade, saúde, doença, vida e singularidade na biomedicina provoca deslocamentos importantes em direção à patologização daquilo que escapa ao normal como fato (Bezerra Jr., 2006).

O Campo Científico - A questão posta por Bourdieu associa prática científica e estratégia de dominação. A lógica dos campos científicos permite compreender as disputas epistêmicas como estratégias impositivas de autoridade científica. Estratégias antagônicas realizam disputas concorrenciais que resultam na subordinação de uma das forças oponentes. O campo científico é, portanto, um campo relacional de luta entre desiguais: os dominantes ocupando posições mais altas nas estruturas de distribuição de capital científico e os dominados acessando marginalmente os recursos científicos acumulados.

Nessa guerra de posição, os sistemas de classificação conceitual são expressão de interesses opostos no campo da produção simbólica. Ademais, os sistemas de classificação oferecem um sólido recurso de dominação, reforçando as posições sociais dos seus detentores e a autoridade cognitiva no campo científico (Wacquant, 1992, p. 14).

Ao longo da década passada, a literatura brasileira compreendeu a difusão da perspectiva biológica como uma luta pelo monopólio do saber. Os autores utilizam

a categoria de fisicalismo reducionista, um dos tipos de naturalismo, para sintetizar a posição sectária da psiquiatria acerca do mal-estar.

O fisicalismo é uma maneira de descrever a existência do ser e da realidade que dispensa o recurso a alguma ordem que não a natural. No que diz respeito à relação corpo e mente, a posição fisicalista sustenta que mesmo as propriedades mentais ou abstratas dependem diretamente da existência de coisas físicas. Quando o fisicalismo é associado ao reducionismo, considera-se que a mente não é nada além de circuitos neuronais (Bezerra Jr., 2000).

Serpa Jr. afirma que, na perspectiva fisicalista da psiquiatria biológica:

“não se trata de oferecer uma descrição alternativa, mas de prescrever uma forma descritiva que, por pretender-se mais científica, acredita-se mais próxima da verdade e em condição de avaliar pejorativamente quaisquer abordagens dos fenômenos mentais não adequadas aos seus cânones, indicando que o único lugar destinado a estas é o lixo do esquecimento” (Serpa Jr., 1998, p. 239).

Com a mesma preocupação, Costa esclarece que esse tipo de fisicalismo é reducionista porque tenta fazer com que todo enunciado não fisicalista da vida mental seja “desdobrado em enunciados quantitativos e equiparado a leis nomológicas previsíveis e controláveis experimentalmente” (Costa, 1998, p. 14). O fisicalismo é também eliminativista porque compreende que “todo enunciado mentalista sobre o psíquico, nas ciências humanas ou na psicologia popular, pode ser substituído, sem perda de sentido e eficácia fundamental, por enunciados fisicalistas” (Costa, 1998, p. 14).

Frente a eventuais limites para essa substituição, o fisicalismo eliminativista procura ignorar o enunciado. Furta-se ao diálogo com outras formas de investigação, preferindo tratar a questão como ilusória ou mesmo inexistente (Bezerra Jr., 2013). Assim, na perspectiva reducionista eliminativista da psiquiatria biológica só é pertinente aquilo que é passível de explicação em termos fisicalistas.

As considerações sobre o fisicalismo fazem da reflexão acerca da psiquiatria biológica uma necessidade, pois o reducionismo eliminativista é um recurso de dominação simbólica. Ele tem efeito no modo como o discurso médico-psiquiátrico responde à condição de mal-estar. É preciso questionar a pretensão psiquiátrica de descrever a vida mental, a experiência subjetiva e os fenômenos



psicopatológicos como sendo, em sua verdadeira essência ou natureza, de ordem fisicalista (Bezerra Jr., 2000). Atentar para o reducionismo eliminativista significa questionar o projeto biopsiquiátrico de reduzir a experiência humana a efeitos de operações físico-químicas. Essa compreensão tem consequências clínicas graves, que apagam o sujeito. Além disso, restringe a leitura sobre o homem e sobre os modos de lidar com seus impasses.

Medicalização – O conceito é definido como o processo por meio do qual a jurisdição da medicina foi ampliada pela definição de fatos e experiências cotidianos em termos médicos. A reflexão sobre medicalização teve início na década de 1960, no contexto da contracultura. Ganhou expressão nos anos 70 com as obras Freidson (1970) e Zola (1972), que chamaram a atenção para o controle social da medicina e a extensão da jurisdição da profissão médica para questões tradicionalmente remetidas à religião e à justiça. A medicalização, para esses autores, retrata o domínio da profissão médica tanto em relação a comportamentos considerados desviantes, a exemplo da loucura, alcoolismo, homossexualidade, infertilidade, quanto ao que concerne a processos naturais como nascimento, desenvolvimento infantil, menopausa, morte.

As reflexões sobre a medicalização foram seguramente fortalecidas com a publicação do livro “A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina”, de Illich (1975/1976). O autor afirma que a empresa médica é danosa, pois ameaça a saúde, aliena os meios de tratamento nas ações técnico-especializadas e monopoliza o conhecimento acerca do processo saúde/doença. Situa a medicina como uma política, um instrumento que visa conservar a capacidade produtiva e transformar os indivíduos em demandantes de ações e serviços médicos. Para o autor, o processo pelo qual se instaura nos indivíduos esse desejo de tratamento e de regulação médica é nomeado *medicalização da vida*. Na perspectiva de Illich, a medicalização é um fator central na dificuldade dos indivíduos para lidarem com o sofrimento, incidindo de modo um tanto inexorável sobre a população.

Na década de 90 a reflexão sobre a medicalização foi retomada por influentes sociólogos, dentre eles destaco a produção intelectual de Conrad (1992, 2007), que compreende a medicalização como um processo social complexo,

ambíguo e passível de contestação ou de reforço pela população leiga. Diferente dos primeiros teóricos, Conrad rejeita a ideia de que a medicalização é um empreendimento prioritariamente médico. Compreende-a como um processo sociocultural que pode ou não envolver a profissão médica. Chama a atenção para a dimensão interativa da medicalização, que sofre interferência de atores diversos como associações de pacientes, empresas do complexo médico-industrial e burocracias públicas<sup>4</sup>.

Essa pluralidade de interesses faz com que o processo de medicalização assuma graus diversos de acordo com o suporte da profissão médica, a disponibilidade de modos de intervenção e tratamento, a cobertura pelo plano de saúde e a presença de grupos que contestam a definição médica. Ela ocorre em três níveis: conceitual, pela utilização de vocabulário ou modelo médico para regular ou definir um problema; institucional, via adoção de enfoque médico para lidar com um problema no qual a organização se especializa, e interativo, quando a medicalização é efeito direto da interação médico-paciente.

Conrad (1992) considera que a chave do controle social da medicina está no nível conceitual, pois é dali que advém a autoridade para definir comportamentos, pessoas ou coisas como fatos médicos. Além da questão conceitual, o autor também chama a atenção para o *status* e o monopólio da medicina. Para ele, quanto mais elevados o *status* e o monopólio médicos, maior a capacidade da profissão de legislar sobre eventos que possam ser definidos como saúde ou doença. Na penetração da medicina no cotidiano, o autor localiza alguns efeitos danosos: assunção da neutralidade moral médica, dominância por especialistas, despolitização do comportamento, deslocamento de responsabilidade, uso de tecnologias médicas e exclusão social.

Rosenberg (2006) associa-se ao debate sobre a medicalização e também contesta as análises dos anos 70, que obscureceriam a natureza complexa, contingente e passível de debates e disputas da medicalização. Para o autor, entretanto, o fato mais relevante em termos de medicalização diz respeito à tendência a explicar sentimentos, comportamentos, males físicos em termos

---

<sup>4</sup> Paradoxalmente, as associações de pacientes podem atuar decididamente no sentido do reconhecimento de seu problema como uma patologia, em geral com o fito de obter cobertura previdenciária e assistencial, especialmente dos planos de saúde, ou de tratamento especial no trabalho ou na escola (Conrad, 1992).

somáticos, fisicalistas. A adoção do modelo somático é acompanhada da desconsideração de impasses afetivos e sociais, em um reducionismo que é especialmente pernicioso nos problemas cuja expressão é comportamental ou emocional.

No debate sobre medicalização, cabe finalmente destacar a leitura de Rose (2003, 2006, 2013), que enfatiza os efeitos da biomedicina na cultura e nos indivíduos. O autor considera que, nos países desenvolvidos, a medicina tem desempenhado papel decisivo na produção de pessoas ao moldar o regime ético, as relações que temos para conosco, os julgamentos acerca do tipo de pessoas que desejamos ser. Assim, a medicalização não tem se restringido à redefinição de problemas em termos médicos; “fez de nós o que somos” (Rose, 2007a, p. 700).

A leitura de Rose sobre o processo de medicalização inspira-se claramente na obra de Foucault, para quem a medicalização é parte do biopoder, tipo de poder que toma a vida como objeto a fim de *fazer viver*. No biopoder, interessa reforçar a vida, controlá-la, vigiá-la, majorá-la, pois assim se obtém a disciplina dos corpos e a gestão das populações (Foucault, 1997/1999).

O poder sobre a vida comporta duas tecnologias distintas e complementares: a anátomo-política do corpo humano e a biopolítica das populações. A primeira tem por base a disciplina do corpo individual e é operada por meio de técnicas, dispositivos, mecanismos, instrumentos de poder que “permitem um controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (Foucault, 1975a/1977, p. 126). A essa tecnologia se associam as instituições que visam à socialização do indivíduo – família, escola, fábrica –, bem como aquelas que tratam dos desvios, como o hospital, o asilo, a prisão. A disciplina ali exercida serve ao adestramento dos indivíduos, à ampliação de suas aptidões, à extorsão de suas forças, em um empreendimento que se baseia na vigilância, no exame, no treinamento contínuo e perpétuo.

A anátomo-política do corpo humano “é a disciplina enquanto ela reduz uma massa confusa, dispersa do homem a um quadro especial capaz de captar os corpos em sua individualidade” (Sugizaki, 2008, p. 191). Ao distinguir o indivíduo da massa, individualizá-lo, o poder disciplinar não opera somente na

negatividade, na coerção, na destruição do indivíduo. Ele é positivo, produz o homem como objeto de saber-poder. Como afirma Machado,

O adestramento do corpo, o aprendizado do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação dos discursos, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção de poder. (Machado, 1982, p. 198).

A segunda tecnologia, a biopolítica das populações, se dirige à multiplicidade dos homens afetada por processos que são próprios da vida, como nascimento, morte, doenças, reprodução, incapacidades biológicas etc. A biopolítica lida aqui com a população, tomando-a como um problema ao mesmo tempo científico e político, como um problema biológico e de poder.

Diferentemente da anátomo-política que, por meio da disciplina, vigia e treina os corpos, individualizando-os, a biopolítica dirige-se à população a fim de gerir e administrar seus processos biológicos e biossociológicos. Para isso usa mecanismos reguladores ou regulamentadores e não disciplinares. Adota previsões, estimativas estatísticas e medições globais. Intervém no nível das determinações dos fenômenos que afetam a população. Assume uma função preditiva, que visa antecipar e controlar os eventos fortuitos que podem ocorrer na população, colocando-a em risco. Além disso, procura compensar eventuais desequilíbrios que ameacem a pretensa homeostase populacional (Foucault, 1997/1999).

Segundo Foucault, ao articular biopolítica das populações e anátomo-política do corpo humano, o biopoder fez com que a vida caísse, ao menos em parte, no campo de controle do saber e da intervenção do poder. Ele o fez mediante o jogo duplo das tecnologias disciplinares e das tecnologias regulamentadoras, que, conjugadas, investiram todo o espaço de existência, definindo o que deve ser feito e como deve ser feito (Foucault, 1976/1988; 1997/1999). Com isso, o biopoder produziu, para Foucault, uma sociedade normalizadora, que qualifica, mede, avalia, hierarquiza comportamentos e afetos.

As conclusões sobre a guerra de posição no campo científico, medicalização e biopoder parecem indicar que efetivamente vive-se sob a plena hegemonia

positivista no campo da medicina. O papel normativo da medicina consolidou-se graças ao avanço científico ocorrido no final do século XVIII e início do século XIX (Foucault, 1963/1977). O desenvolvimento da anátomoclínica trouxe um significado adicional para o campo médico: a doença deixou de ser uma espécie mórbida para localizar-se no *corpo*, como expressão de uma lesão. A redefinição conceitual possibilitou uma mudança expressiva na produção do conhecimento: o cadáver, antes signo do fracasso médico, tornou-se fonte de saber. Com isso, a anatomia patológica e, depois, a fisiologia assumiram lugar central ao fazer do corpo objeto de pesquisa e intervenção. Essa transformação foi decisiva para os rumos da medicina, doravante centrada no corpo e nas lesões (Camargo Jr. 2005).

Cabe chamar atenção que, nessa transformação, as pesquisas biológicas experimentais permitiram à medicina ajustar-se à racionalidade científica. Com a biologia experimental, a medicina tem buscado fixar as leis que regulam o corpo, estipulando enunciados universais que independam do contexto e da particularidade individual (Luz, 1988). A relação entre o conhecimento científico produzido no campo da biologia e a medicina estreitou-se a ponto de criar uma nova denominação para a medicina contemporânea, designada como *biomedicina* (Camargo Jr, 2003).

A busca da origem das enfermidades no organismo foi consolidada com a identificação da estrutura celular, o conhecimento dos principais processos fisiológicos e a postulação da teoria evolutiva das espécies na segunda metade do século XIX. Além disso, a descoberta dos micro-organismos pela bacteriologia no final do século XIX permitiu à medicina revelar os agentes etiológicos associados às enfermidades infecciosas e parasitárias (Rosen, 1958/1994, 1974/1979; Adam e Herzlich, 1994/2001). A bacteriologia postulou que os processos infecciosos eram gerados pela ação de vírus ou bactérias que se alojavam no corpo humano, provocando adoecimento. Assim, ela estabeleceu o modelo da doença específica, segundo o qual cada patologia infecciosa tinha um agente motivador próprio, como na relação entre o bacilo de Koch e a tuberculose.

O sucesso desse modelo reforçou as teorias unicasais, que ultrapassaram o âmbito das infecções e foram replicadas no que dizia respeito às mais diversas patologias, inclusive psiquiátricas (Rosenberg, 2006; Healy, 1997). As teorias unicasais ratificaram a ênfase no corpo e na doença inaugurada com a

anatomoclínica, fazendo avançar a tese de que a elucidação do adoecimento deveria ancorar-se na biologia (Helman, 1984/1994; Camargo Jr, 2003; Castiel, 1999).

Camargo Jr resume bem os efeitos dessa opção ao afirmar que a biomedicina é orientada por um suporte comum, não claramente enunciável, onde as doenças são consideradas como “coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa” (Camargo Jr, 2005, p. 186). Assim, elas se expressariam por um conjunto de sinais e sintomas, manifestações de lesões, que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta: medicamentosa ou cirúrgica. Desse modo, as questões relacionadas à saúde e à doença tendem a ser objetivadas como problemas técnicos, que devem ser resolvidos por meio de procedimentos tecnológicos ou biotecnológicos. Esses procedimentos são os exames de imagem, técnicas de transplante, técnicas de reprodução, próteses, manipulação genética, além das ações rotineiras, como anamnese, exame físico, administração de injeções e prescrição de medicamentos (Lock & Nguyen, 2010).

A habilidade de tratar os corpos fora do contexto tem permitido à biomedicina intervir e reconfigurar a vida em todos os lugares. Essa habilidade se ampara nas suposições de que os corpos são essencialmente os mesmos e de que as taxonomias das doenças e condições médicas são aplicáveis em qualquer lugar. Le Breton (1990/2011) indica, adicionalmente, que a biomedicina não se restringe à descontextualização do corpo e da doença. A biomedicina coloca o homem em posição de exterioridade em relação ao seu próprio corpo. Reduz o corpo a um conjunto de engrenagens, pois é esse corpo – esvaziado de subjetividade – que serve ao controle da medicina, aos seus procedimentos clínicos e tecnológicos.

Diante dos avanços da biomedicina, o alerta de Canguilhem sobre o lugar do paciente no processo terapêutico repercutiu de modo residual. A adoção da perspectiva de Canguilhem implicaria em duas consequências fundamentais: 1) a colocação da experiência do sofrimento no centro da terapêutica: nenhum dado objetivo, parâmetro ou evidência poderia colocar em segundo plano a essência da *ars curandi*; 2) a transferência ao indivíduo da última palavra em matéria de sofrimento em contraposição ao objetivismo reinante na biomedicina (Bezerra Jr., 2006, p.106-108). Nessa situação, o indivíduo estaria em melhor posição do que a

biomedicina para indicar a existência e a extensão de suas limitações e o alcance de suas possibilidades (Serpa Jr., 2003).

### Desenho do estudo

Esta tese investiga o modo pelo qual o alinhamento à biomedicina conduziu ao afastamento da experiência do paciente na clínica psiquiátrica. Para responder a este desafio, analisa a formação discursiva da psiquiatria biológica. A tese localiza a psiquiatria no âmbito da constituição histórica das “ciências do homem” na modernidade, enquanto um saber (Foucault, 1969/2012). Nesses limites, esta investigação inspira-se nos trabalhos de Foucault *As Palavras e as Coisas* e *Arqueologia do Saber* para delimitar a revisão do campo discursivo e das práticas sociais da psiquiatria biológica, ainda que reconheça a inexistência de uma unidade metodológica em Foucault. Como adverte Machado “qualquer livro [do autor] é, do ponto de vista metodológico, sempre diferente do livro anterior”, levando-o a falar em “trajetória da arqueologia” na obra de Foucault (Machado, 1982, p. 13).

Na *Arqueologia do Saber* a análise da formação discursiva para a compreensão dos saberes e da ciência aparece seguramente explicitada como domínio de pesquisa. Foucault escreve que:

no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade, diremos, por convenção, que trata de uma formação discursiva – evitando, assim, palavras demasiado carregadas de condições e consequências, inadequadas (...) tais como *ciência* ou *ideologia*, ou *teoria* ou *domínio de objetividade*. (Foucault, 1969/2012, p. 47).

Resta precisar como que determinados tipos de enunciação e conceitos podem pertencer à mesma ordem de discurso (Foucault, 1969/2012, p. 38). Para Foucault, as respostas para essa delimitação estão associadas a quatro possibilidades. Primeiro, quando os enunciados, diferentes em forma, dispersos no tempo, formam um conjunto ao se referirem a um único e mesmo objeto; segundo, quando um corpo de conhecimento enuncia uma mesma visão das coisas, um mesmo esquadramento do campo perceptivo, mesmo sistema de transcrição por vocabulário descritivo e metáforas; terceiro, quando é possível caracterizar e individualizar os enunciados dispersos e heterogêneos, assinalando

como se excluem e se supõem, a transformações sofridas, o jogo de seu revezamento e substituição. Por fim, quando é possível explicar a identidade que apresenta e a persistência do tema (Foucault, 1969/2012, p. 44-47).

Machado destaca que Foucault privilegia na *História da Loucura* as práticas institucionais de internamento, o saber que as acompanha e as transformações econômicas e políticas que a elas se articulam. Porém, ao abandonar provisoriamente essa perspectiva, retomada com a análise genealógica em *As Palavras e as Coisas*, ele estuda a constituição das ciências humanas a partir do estabelecimento de uma rede conceitual de saberes e situa de maneira sistemática o saber – e não mais a percepção – como nível próprio de análise. Com isso, abre uma ampla possibilidade para que a compreensão de determinados saberes a partir do seu interior, do que é exclusivamente discursivo (Machado, 1982, p.180).

A análise da formação discursiva trouxe como possibilidade a procura de respostas a problemas da pesquisa no *edifício filosófico* dos grandes formuladores e também nas expressões culturais que geram discurso sobre determinados temas. Para Foucault “há pensamento na filosofia, mas também num romance, numa jurisprudência, no direito, até mesmo num sistema administrativo, numa prisão” (Foucault, 1966b/2011, p. 144).

Esta tese privilegia o exame do desenvolvimento interno do discurso psiquiátrico, revisitando os seus grandes formuladores e a análise das suas práticas sociais. As versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais americano (DSM) serviram como referências centrais para circunscrever a expressão, enquanto prática social, do saber psiquiátrico na contemporaneidade. A análise do DSM permite identificar o esforço normativo da psiquiatria para definir conceitualmente os transtornos mentais e, mais recentemente, de alinhar-se à orientação fisicalista da biomedicina.

A larga difusão dos argumentos biomédicos e sua influência na cultura motivaram a pesquisa em revistas e jornais. A semanária brasileira Revista Veja e o jornal Folha de São Paulo foram escolhidas por serem os veículos de maior circulação nacional. Foram pesquisadas as versões impressas e eletrônicas das publicações. Foi feito um recorte temporal de cerca de 2 anos e meio, de 01 de



janeiro de 2012 a 30 de maio de 2014, e utilizados como descritores os termos psiquiatria, DSM, depressão e autismo.

Para dar sustentação aos argumentos da tese, o capítulo 2 discute a constituição de valores individualista e a noção de sujeito do inconsciente. Também questiona o projeto psiquiátrico de reduzir a subjetividade ao funcionamento cerebral ou ao determinismo genético. No capítulo 3 é apresentada a trajetória da psiquiatria desde o século XIX para ressaltar que a especialidade foi marcada por um jogo de revezamento e substituição entre as abordagens física e mental dos transtornos mentais, o que permitiu à psiquiatria acolher, em determinadas conjunturas, contribuições da psicanálise. No Capítulo 4 demonstra-se como a medicalização da psiquiatria foi acompanhada da ascensão de um reducionismo fisicalista de caráter eliminativista, que nega a contribuição conceitual da psicanálise e, portanto, a noção de sujeito do inconsciente. No Capítulo 5 a classificação psiquiátrica americana é compreendida como estratégia privilegiada da psiquiatria biológica para difundir uma leitura medicalizante do mal-estar. A limitação do projeto da psiquiatria biológica é retomada e problematizada nas considerações finais. No anexo são incluídos dois artigos escritos pela autora da tese antes e durante o doutorado. Os artigos estão na tese porque tratam da experiência que motivou o doutorado e fundamentalmente porque contemplam a tentativa de fazer uma clínica centrada no sujeito em um ambulatório público de saúde mental. Atestam que, mesmo em um cenário de crescente hegemonia da visão naturalista da mente, é possível trazer à cena propostas amparadas no sujeito do inconsciente, no um a um e não em categoriais diagnósticas universalistas, no reducionismo biológico ou na normalização de comportamentos e afetos.