

1

O Mal-Estar na Atualidade

1.1

A Normalização do Mal-Estar

Vivemos, hoje, em uma cultura do mal-estar íntimo, “*culture du malheur intime*” (Ehrenberg & Lovell, 2001: 18), que tem sua contrapartida na medicina do bem-estar, “*médecine du mieux-être*” (Ehrenberg & Lovell, 2001: 18). Esta última atende a uma demanda de saúde mental que há 20 anos se difunde nas nossas sociedades (Ehrenberg, 2004), indicando que ao mal-estar psíquico é conferida importância crucial na administração da vida. Nesse processo de difusão da demanda de saúde mental, a medicina do bem-estar e a cultura do mal-estar íntimo apresentam-se como complementares. O mal-estar psíquico é, então, aquele aspecto da vida que vem sendo cultivado de modo particular nas sociedades ocidentais atuais; um processo que se apoia ora na linguagem científica, ora na popular, permitindo que cada um exprima um sofrimento psíquico qualquer e formule uma demanda de cuidado a profissionais heterogêneos, a tal ponto que a noção indefinida de mal-estar é, hoje, um campo maior de preocupação e de ação (Ehrenberg & Lovell, 2001). O que está em jogo está para além do tratamento de doenças mentais, incluindo a utilização de recursos – provenientes tanto do campo médico quanto de campos extracientíficos – para o melhoramento das performances individuais. A literatura (científica e não científica), programas de televisão e mesmo a publicidade de qualquer produto são frequentemente formulados como uma oferta de recurso para a performance individual, ao oferecerem meios que prometem eliminar prejuízos como a constipação intestinal, a insônia, o estresse e, até mesmo, a solidão. Há, de uma maneira geral, uma proliferação de apelos para que cuidemos de nossa saúde consumindo um produto para cada mal-estar a que possamos estar submetidos. É importante ressaltar que, dessa perspectiva, podemos nos referir à cultura atual

tanto pela via do bem-estar como ideal, quanto pela via do mal-estar, como objeto necessariamente identificado, capturado, controlado e, finalmente, multiplicado, rumo à suposta conquista do bem-estar. Nesse sentido, Ehrenberg & Lovell (2001) chamam atenção para a participação da medicina, que se encontra predominantemente voltada para a conquista do bem-estar, na cultura do mal-estar.

O bem-estar como meta pode ser identificado na própria noção de saúde oficialmente estabelecida pela Constituição adotada pela Conferência Internacional da Saúde, assinada em Nova York, em 1946. Nessa ocasião, a saúde foi definida como o “... estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade...” (*“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”*⁶). Não basta não estar doente, é preciso desfrutar de um estado de completo bem-estar para julgar-se saudável. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde foi inaugurada⁷. Desde então, o conceito de saúde adotado pela OMS – a partir do qual são traçados todos os planejamentos para a promoção da saúde mundial – diz respeito tanto ao organismo quanto à subjetividade dos humanos, bem como à vida coletiva. A definição de saúde, assim, versa sobre a qualidade da saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. É possível conferir a permanência de tal definição na Constituição de 2006 da Organização Mundial de Saúde⁸. Portanto, há 66 anos, o conceito oficial de saúde a define como um estado de bem-estar pleno. O esforço em definir a saúde conduz à definição do que é considerado normal – em oposição ao patológico –, projeto passível de ser levado adiante de maneiras diversas. Nas sociedades ocidentais, desde a segunda metade do século XVIII, o processo de normalização passou a ser determinado por estudos que supostamente capturam a naturalidade dos fenômenos da população (Foucault, 1979a). Assim, o normal passou a ser definido pelo conhecimento do normal produzido pelos estudos, e a conferência de normalidade passou a colaborar para que as normas se fixem e desempenhem seu papel operatório (Foucault, 1978). Ou seja, no mundo ocidental moderno, o

⁶http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

⁷<http://www.who.int/about/history/en/index.html>

⁸http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

processo a partir do qual as normas são definidas depende do conhecimento objetivo da normalidade.

Demonstrando o quanto as tentativas modernas que buscam determinar quantitativamente o normal recaem em explicações qualitativas, Canguilhem (1966) promoveu um distanciamento entre a realidade biológica e os conceitos de normal e patológico, defendendo que estes últimos não são determinados pela realidade biológica em si. Em sua tese de doutorado em medicina, o autor não considera que a medicina seja uma ciência, na medida em que “... não é um método objetivo que qualifica como patológico um determinado fenômeno biológico.” (Canguilhem,1966:177). Embora a objetividade possa estar presente na intenção do patologista, a patologia, não é “... uma matéria desprovida de subjetividade.” (Canguilhem,1966:177). Para esse autor, a delimitação do objeto do patologista diz menos respeito ao fato do que ao valor, menos a descobertas do que ao estabelecimento de normas, à normatização. O sujeito adoece, e é a necessidade terapêutica que convoca alguma teoria ontológica da doença. Assim, “... sem ser ela própria uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências a serviço das normas da vida.” (Canguilhem,1966:176).

Apesar da introdução de métodos de racionalização científica, para Canguilhem (1966) o essencial da medicina são a clínica e a terapêutica, tratando-se de uma “... técnica de instauração e de restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento.” (Canguilhem,1966:7). A normalização da doença à qual o autor se refere é característica do homem moderno, para quem é possível dominar a natureza, capturar sua naturalidade. No contexto moderno da normalização – onde o estabelecimento de normas depende da definição do normal – para dominar a doença se faz necessário conhecer o estado normal, a fim de restaurá-lo: trata-se da “possibilidade de vencer tecnicamente o mal” (Canguilhem,1966:11,12), tarefa da medicina moderna, científica, portanto, com pretensões de objetividade (Camargo Jr., 1997).

Para Canguilhem (1966), o estabelecimento de normas não depende do conhecimento do estado normal. A normalização, ou a moderna decisão normativa, depende menos do conhecimento da objetividade do normal do que da exigência de conferência de normalidade. Sua tese é a de que a capacidade de

criar normas é essencial à própria vida, no sentido de que “... a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível.” (Canguilhem,1966: 86), enquanto que a definição do normal obedece ao critério da maioria; o normal é definido pelos aspectos da saúde manifestados pela maioria da população. Nesse sentido, a atividade normativa traduziria algo de essencial à vida: a “polaridade dinâmica da vida” (Canguilhem,1966: 87) ou o fato de que, enquanto há vida, há luta pela vida. Assim sendo, o restabelecimento da saúde é um movimento natural da vida que não é sinônimo de retorno à normalidade ou à “inocência biológica” (Canguilhem,1966:176), mas de criação de novas normas de vida. O que se opõe ao patológico não é, pois, o normal e sim a capacidade normativa da vida. Por isso, em detrimento do conceito de normal, Canguilhem prefere o de “normatividade biológica” (Canguilhem,1966:175), o que representa o reconhecimento por parte desse autor de que a vida se submete ao meio e institui o meio simultaneamente, estabelecendo, assim, valores no meio e no próprio organismo.

Em suas “Novas Reflexões Referentes ao Normal e ao Patológico”, escritas 20 anos após a elaboração das ideias sobre o normal e o patológico, acima dispostas, Canguilhem reconhece o termo “normal” como popularização do termo “norma”, este, escolástico. (Canguilhem,1966:199)⁹. Assim, o autor não apenas confere valor à saúde e à própria vida, como inverte a lógica moderna segundo a qual a norma é definida pelo conhecimento do estado normal. E afirma:

“... o normal é, ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma. Ele multiplica a regra, ao mesmo tempo que a indica. Ele requer, portanto, fora de si, a seu lado e junto a si, tudo o que ainda lhe escapa. Uma norma tira seu sentido, sua função e seu valor do fato de existir, fora dela, algo que não corresponde à exigência a que ela obedece.” (Canguilhem,1966:201)

E ainda, “... norma é aquilo que fixa o normal a partir de uma decisão normativa.” (Canguilhem,1966:208). A decisão normativa, então, coloca fora de si, a seu lado e junto a si, tudo o que escapa à exigência da conferência de normalidade. O

⁹Aqui, Canguilhem (1966:199) faz referência à distinção kantiana dos conceitos em escolásticos e cósmicos, questão que não será abordada no presente trabalho. Aliás, a exploração de Canguilhem (1966) sobre a questão do normal e do patológico não é abordada aqui em toda a sua riqueza e complexidade, devido à seleção metodológica de alguns pontos que servem à presente investigação.

conceito de normatividade biológica indica a possibilidade de que normas sejam constituídas em um processo onde também se constituem os valores. Nesse sentido, a normatividade proposta por Canguilhem (1966) difere do moderno processo de normatização, ou seja, do processo de normalização, no qual o suposto conhecimento do normal é o que define as normas.

Podemos identificar a decisão normativa característica da normalização como uma delimitação da desordem, no sentido dado a esta última por J. A. Guilhaon Albuquerque (1978) como aquilo que põe “... em perigo a coerência da imagem que a sociedade oferece dela mesma.” (Guilhaon Albuquerque, 1978: 34). Para esse autor, o apontamento da desordem dá a reconhecer a ordem social em questão (Guilhaon Albuquerque, 1978). Em sua análise da institucionalização da loucura, o autor afirma que, no final do século XVIII, início do XIX, a função social da loucura era a de sinalização da desordem, servindo como instrumento de classificação subordinado à noção de ordem. O mesmo autor nota que a institucionalização da doença mental se deu através da multiplicação das metáforas da desordem, legitimadas pelo conhecimento científico positivo (Guilhaon Albuquerque, 1978). A partir dos polos normal/patológico e ordem/desordem, Canguilhem (1966) e Guilhaon Albuquerque (1978) promoveram críticas semelhantes à modernidade, nas quais apontam para os impactos que a exigência de racionalização – que se proliferou no séc. XIX – teve sobre a noção ocidental de saúde.

Voltemos à noção de saúde utilizada e reafirmada pela OMS. Apesar da notável ausência da palavra “vida” tanto na Constituição de 1946 quanto na de 2006, entendemos, hoje, a questão da saúde como crucial para a manutenção da vida. Podemos identificar, a partir da formalização da noção de saúde, a legitimação do bem-estar como referência à vida. No entanto, o privilégio do bem-estar como referencial de vida não se limita às determinações dos órgãos oficiais de saúde. Embora a questão da saúde esteja inextricavelmente ligada à problemática do bem-estar na cultura contemporânea, a psiquiatria e a medicina geral representam apenas uma parte de um imenso mercado do equilíbrio interior onde bem-estar, qualidade de vida, acompanhamento são palavras-chave (Ehrenberg & Lovell, 2001). Ou seja, a medicina do bem-estar faz parte de um

amplo e complexo contexto cultural onde bem-estar e saúde aparecem estreitamente vinculados na dinâmica estabelecida entre os polos do normal e do patológico.

1.2

“Cultura Somática”

É interessante notar que, apesar do sofrimento subjetivo – ou o que há de subjetivo no sofrimento – ser o objeto capturado na cultura do bem-estar/mal-estar, é o corpo que aparece como objeto a ser burilado por importantes ferramentas contemporâneas de administração da vida. Para compreendermos o atual papel desempenhado pelo corpo em nossas sociedades, devemos entendê-lo como um objeto historicamente constituído. Nesse sentido, Winograd (2006) nos lembra que “... não há um corpo, mas vários. São corpos-conceito que talham e retalham corpos-acontecimento, dando-lhes identidade, subjetivando-os.” (Winograd, 2006: 179). Partindo da formulação foucaultiana segundo a qual, a partir do final do séc. XVIII, o corpo humano tornou-se objeto privilegiado de incidência dos bio-saberes-poderes) – convertendo-se em uma realidade biopolítica¹⁰ (Foucault, 1976a; 1979a) – a autora percorre a construção da “imagem maquínica” (Winograd, 2006: 192) do corpo, marcadamente vinculada aos discursos médicos, e a posterior extensão da “maquinização do humano” (Winograd, 2006: 192) para o campo do psíquico. Tema posto em relevo por Canguilhem (1990) em sua análise das aproximações político-epistemológicas entre cérebro e pensamento. O papel do corpo, objeto privilegiado no exercício de governo do mal-estar proposto pela cultura do bem-estar pleno, faz parte da história dos saberes sobre o corpo – embora, rigorosamente, esta última não seja tema deste trabalho.

Atento aos desdobramentos da modernidade, Costa (2004) se refere à ciência e aos avanços das tecnologias médicas como domínios do saber decisivos para o modo peculiar através do qual o corpo é valorizado na formação das

¹⁰Dedicaremos o segundo capítulo aos desdobramentos das noções foucaultianas de biopoder e biopolítica.

identidades contemporâneas.¹¹ Trata-se da produção de saberes sobre o corpo que compartilham a função de “... chamar a atenção para certos desempenhos do corpo físico implicados no bem-estar orgânico, emocional e moral.” (Costa, 2004: 86). A medida ética do interesse pelo corpo não está na quantidade e diversidade de cuidados dedicados a ele, mas na significação que tais cuidados assumem na atualidade. “O sujeito, assegurado de que seu sofrimento será acolhido em um discurso outro que não o dos sentimentos, investe em seu corpo de outra maneira.” (Costa, J, 2004: 86). Tais saberes cumprem então a função de fornecerem um repertório semântico legítimo para o sofrimento humano. Costa (2004) utiliza a expressão “cultura somática” para se referir ao privilégio concedido ao corpo na construção das identidades pessoais. Nas suas palavras:

“... estamos nos habituando a entender e a explicar a natureza da vida psíquica e das condutas éticas pelo conhecimento da materialidade corporal.” (Costa, 2004: 203) “O mal do século é o mal do corpo.” (Costa, 2004: 200)

O conhecimento da materialidade corporal constituiu-se como a principal via de acesso à natureza humana, fato que traz implícita a promessa de que tal conhecimento seja capaz de detectar e, conseqüentemente, extirpar o sofrimento humano. Identificamos no corpo certo privilégio quanto à localização e à delimitação do mal presente nas sociedades contemporâneas. Isto porque:

“... o suposto mal é passível de ser interpretado de maneiras diferentes, conduzindo então a discursos e práticas diversas, que se propõem a regulá-lo e que têm até mesmo a pretensão de extirpá-lo. Esses discursos e práticas se configuram em diferentes modalidades. Estas, com efeito, podem ser de ordem ética, religiosa e terapêutica, de acordo com as diferentes concepções e interpretações sobre o mal em questão, que foram forjadas ao longo da história do Ocidente.” (Birman, 2007: 530)

Vemos que para abordar a temática do mal – existente efetivamente nas representações de diversas tradições culturais (Birman, 2007: 530) – se faz necessário considerá-lo inscrito em um contexto histórico-cultural.

¹¹Costa (2004) cita outros fatores responsáveis pela alteração na percepção cultural do corpo, tais como aqueles de ordem política, espiritual e intelectual, no entanto, não nos remeteremos às respectivas reflexões do autor neste trabalho.

1.3

Ainda Somos Modernos?

Embora já possamos testemunhar a emergência de modos de vida e formas de organização diversas daquelas criadas pelas instituições modernas, ainda não vivemos num universo social pós-moderno (Giddens, 1991)¹². Vejamos como podemos caracterizar o advento da modernidade. Birman (2006) entende que os acontecimentos modernos podem ser dispostos em dois momentos distintos, dois movimentos, um que pode ser identificado pela primazia da racionalidade e da consciência e outro que promoveu o descentramento da consciência (Birman, 2006).

Ainda no século XVII, René Descartes propôs um sistema de saber dedicado ao mundo cristão. A formulação “penso, logo existo” (Descartes, 1637/2001) indica o pensamento como condição para a verdade e para a existência. Na relação entre o sujeito e a verdade proposta por esse pensador, a existência de Deus desempenha papel fundamental. Descartes (1647/2000) colocou em dúvida a capacidade das sensações do corpo de atingirem a verdade e de demonstrar a certeza que apenas o espírito, através do pensamento, pode possuir de sua própria existência, e assim, concluiu serem o espírito e o corpo substâncias distintas umas das outras. Apenas o espírito humano é capaz de conhecimento verdadeiro, sendo a existência de Deus a garantia de tal capacidade. Segundo Descartes (1647/2000), a ideia de Deus que os homens possuem só pode ter o próprio Deus como causa. Dessa forma, o próprio conhecimento teria sido instituído por Deus no espírito humano, ideia cartesiana que sugere uma relação íntima entre o sagrado e o conhecimento verdadeiro, aquele que habita o espírito humano¹³. Assim, Descartes atesta a origem sagrada do conhecimento e concebe o ato de pensar como o fundamento do espírito humano, lógica que confere ao erro a condição de conhecimento defeituoso, incompleto (Descartes, 1647/2000).

¹²A separação entre o tempo e o espaço promovida pelo desenvolvimento de mecanismos de desencaixe e a apropriação reflexiva do conhecimento são processos da modernidade cujos desdobramentos ainda funcionam como critérios de análise sociológica da atualidade (Giddens, 1991).

¹³Foucault (1982) reconhece que tal relação entre o sujeito e a verdade foi instituída no próprio advento do cristianismo, tema que será de nosso interesse no tópico 3.3 do presente trabalho.

Segundo essa lógica – conforme a qual o espírito humano é capaz de alcançar o conhecimento verdadeiro, com a condição de se desfazer de todas as dúvidas possivelmente existentes – apenas o discurso da ciência poderia conferir soberania e autonomia ao homem diante da natureza e do mundo divino, o que fez com que os enunciados e juízos fossem considerados verdadeiros de acordo com a racionalidade científica (Birman, 2006).

Nesse contexto filosófico de soberania da razão, o saber médico se apoderou da loucura – entre o final do século XVIII e o início do século XIX – tendo como principal estratégia o asilo, ou seja, o confinamento dos corpos, conforme indica Castel (1978), autor que destrinchou as implicações políticas do movimento alienista instaurador da ordem psiquiátrica.

A transformação da loucura em alienação mental, ocorrida na tradição ocidental, consistiu no domínio da razão sobre a desrazão, processo que culminou na desqualificação da loucura em relação ao seu potencial de dizer a verdade. A medicalização da loucura, caracterizada pelo espaço asilar, determinou a tradição psiquiátrica emergente na modernidade. O movimento moderno de soberania da razão envia a desrazão para o papel de Outro da razão, e a loucura para a marginalidade da cultura ocidental. Na cena social do séc. XVII, a loucura já era confinada em hospitais gerais e instituições do Antigo Regime, onde eram aglomeradas diferentes categorias marginais, como os criminosos, por exemplo. O que se passou no séc. XIX foi a criação de um saber específico sobre a loucura que incluía sua separação espacial, fato que inaugura a psiquiatria como saber legítimo, coroamento do domínio da razão sobre a desrazão. (Birman, 2000)

O segundo momento da modernidade diz respeito ao movimento de descentramento do sujeito, de “consciência crítica da modernidade” (Birman, 2006: 44), do qual destacaremos a participação de Freud e da criação da psicanálise, em meados do séc. XIX. O conceito de inconsciente como determinante da vida psíquica mantém íntima relação com o movimento moderno de descentramento, que muitas vezes é identificado como a “morte do homem” ou a “morte de deus”. Problemática que diz respeito ao deslocamento do fundamento do espírito da consciência para o inconsciente (Birman, 2000). O homem que morreu foi aquele do projeto humanista, no interior do qual a filosofia cartesiana

pode ser considerada como uma referência privilegiada do papel soberano que a razão desempenha no pensamento filosófico predominante no primeiro movimento da modernidade. A capacidade ilimitada de conhecimento, pela qual a razão seria a responsável, sofreu certas transformações que culminaram no reconhecimento de limites inerentes ao espírito humano. Reconhecimento que caracteriza o segundo momento da modernidade como aquele onde a questão da finitude ganhou destaque em diversos campos de conhecimento.

Deleuze (1986) caracteriza o pensamento clássico, pré-moderno, pela maneira de pensar o infinito. O século XVII não ignorava a distinção entre infinito e indefinido, mas fazia do indefinido o menor grau do infinito (Deleuze, 1986). A tentativa de ordenar o infinito dizia respeito à relação entre as forças do homem e as forças do *fora*¹⁴ que o atravessam, a saber, Deus e a Natureza. No mundo clássico, mundo da representação infinita, as forças do homem estavam em relação com as forças do *fora* de tal maneira, que compunham uma forma-Deus e não uma forma-Homem (Deleuze, 1986). Assim, ainda no século XVIII, as científicas clássicas – a história natural (disciplina anterior à Biologia), por exemplo – construíam séries ilimitadas na tentativa de ordenar a infinidade de seres vivos (Deleuze, 1986). A composição das forças do homem e das forças do *fora* de elevação ao infinito, constituíam o homem na “forma-Deus” (Deleuze, 1986), homem que detinha capacidade ilimitada de representar o infinito.

A modernidade acrescentou à capacidade ilimitada de conhecimento a contestação infinita do próprio conhecimento. A partir de uma transformação das relações das forças do homem com as forças do *fora*, Divinas e Naturais, o conjunto das forças que constituía o homem na forma-Deus foi sobreposto pelo conjunto das forças que constituem o homem na forma-Homem, momento em que o homem pôde tomar consciência de sua própria finitude (Deleuze, 1986). A transformação ocorrida no século XIX diz respeito às novas forças do *fora* com as

¹⁴Aqui, Deleuze (1986) se refere à multiplicidade das relações de forças que mantém uma ligação específica com o enunciado. Segundo o autor, esta é uma idéia presente nos textos de Foucault. Trata-se da irredutibilidade dos enunciados às visibilidades: enquanto os enunciados consistem em uma multiplicidade discursiva, as visibilidades consistem em uma multiplicidade não-discursiva. Ao mesmo tempo, as multiplicidades discursivas e não-discursivas estão abertas a uma terceira multiplicidade de relações de forças. O *fora* diz respeito à multiplicidade de relações de forças que se encontram ligadas à multiplicidade de relações de forças que compõem o discurso (Deleuze, 1986).

quais as forças do homem se relacionam. As novas forças do *fora* são as forças da finitude: a vida, o trabalho e a linguagem. As limitações da vida, do trabalho e da linguagem fraturaram os contínuos das clássicas forças da infinitude, ameaçando as ordens da representação infinita, ameaçando, assim, a capacidade do homem clássico de tudo representar, ou seja, de ordenar o campo do infinito. “Tripla raiz da finitude, que faz nascer a biologia, a economia política e a linguística.” (Deleuze, 1986: 134). São disciplinas que se caracterizam pelo que Foucault (1966) denomina “pensamento do fora” (Foucault, 1966, 480), ou pensamento reflexivo, ou seja, um tipo de contestação infinita que se sobrepõe à certeza interior. Assim, a reflexão é um tipo de pensamento surgido na cultura ocidental moderna que pretende operar do exterior da subjetividade em direção à captura do segredo da interioridade humana (Foucault, 1966).

Ainda que as limitações da vida, do trabalho e da linguagem fossem, de alguma maneira, reconhecidas pelo pensamento clássico, isso não impedia que suas qualidades tivessem sido elevadas ao infinito. Havia, assim, a possibilidade de representar suas qualidades. Esquemáticamente localizada no século XIX, houve uma ruptura que desliga a vida, o trabalho e a linguagem de suas qualidades, antes representáveis, enviando-os para o campo do inqualificável, do impossível de representar. Trata-se da morte na vida, do sofrimento e do cansaço no trabalho e da afasia na linguagem (Deleuze, 1986). Foi preciso, então, que as coisas, os viventes e as palavras se dobrassem sobre essa nova dimensão, que eles se curvassem diante das forças da finitude (Deleuze, 1986). O conhecimento, que no séc. XVII era do âmbito das generalidades, foi substituído pelo conhecimento comparado: anatomia comparada, filologia comparada, economia comparada (Deleuze, 1986). A finitude das forças do *fora* passaram a ser a finitude do próprio homem.

A marca da questão da finitude no pensamento moderno nos indica certa transformação na gestão do mal. Birman (2007) nos lembra que, na tradição greco-romana, a responsabilidade humana na gênese do mal não era primordial, enquanto que no cristianismo a responsabilidade e a culpa humanas foram inscritas na origem da experiência do mal. No contexto histórico do cristianismo se constituiu a moral da salvação, a partir da qual a promessa da vida eterna

deslocou e silenciou a questão crucial do confronto humano com a sua finitude. Assim, a relação do sujeito com o mal passou a se inscrever no registro eminentemente religioso (Birman, 2007). Dessa maneira, no cenário do cristianismo, a regulação do mal é operada pela moral da salvação. A emergência da modernidade e a constituição da medicina moderna (Foucault, 1968) enunciaram a problemática da cura como possibilidade de dominar e extirpar o mal em questão. A substituição do discurso da religião pelos da ciência e da política trouxe a questão da finitude de volta à cena (Birman, 2007). A passagem da moral da salvação para a moral da cura diz respeito à criação de estratégias de eliminação do mal forjadas no interior de discursos científicos que se inscrevem em um campo histórico-social e em um solo antropológico que, por sua vez, são transformados pelos discursos científicos (Birman, 2007).

Podemos entender o advento da modernidade, então, como transformador da inscrição do mal na cultura. Processo no qual a constituição da medicina moderna desempenhou papel decisivo, já que a reinscrição do mal na cena cultural teve como contrapartida inovações no gerenciamento da vida que trazem implícita a promessa da cura. Abordar o mal-estar psíquico na atualidade é identificar certa inserção estratégica do mal na cultura contemporânea. Pela via do mal-estar psíquico, acredita-se que o mal possa ser delimitado e regulado, graças ao desenvolvimento de saberes e práticas que atendem à demanda de gerenciamento da vida característica das sociedades ocidentais atuais.

Os saberes e práticas envolvidos no processo de regulação do mal-estar psíquico dos quais trataremos aqui – a saber, a psiquiatria biológica e a psicanálise – são criados no interior do dispositivo médico. Este último foi inaugurado na própria constituição da medicina moderna, científica, evento que se encontra relacionado a um complexo contexto cultural e político, onde, segundo Foucault, funcionava uma biopolítica. Para esse autor, a medicina é uma estratégia biopolítica (Foucault, 1979b). Portanto, é a análise de certo funcionamento do poder que nos servirá como ferramenta interpretativa das condições de possibilidade para que o mal-estar psíquico adquira função estratégica no gerenciamento da vida.