



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Sub-Área: Planejamento e Gestão de  
Sistemas e Serviços de Saúde



# **Biopsiquiatria e Bioidentidade**

## Política da Subjetividade Contemporânea

por

Anderson Luiz Barbosa Martins

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do  
Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida  
Co-Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, Março de 2005

**Exame de Dissertação de Mestrado**

**Biopsiquiatria e Bioidentidade**  
Política da Subjetividade Contemporânea

por

**Anderson Luiz Barbosa Martins**

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida (ENSP/FIOCRUZ) Orientador

---

Prof. Dr. Paulo Duarte C. Amarante (ENSP/FIOCRUZ) Co-Orientador

---

Prof. Dra. Cristiana Facchinetti (COC/FIOCRUZ)

---

Prof. Dr. Fernando Salgueiro Passos Telles (ENSP/FIOCRUZ)

---

Prof. Dra. Ana Teresa A Venancio (COC/FIOCRUZ)

---

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera (ENSP/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro, Março de 2005

## Agradecimentos

Ao Prof. José Luiz Telles de Almeida, que me orientou e me acompanhou, pela confiança, paciência e generosidade durante as várias etapas desse trabalho.

Aos professores, Paulo Amarante, Silvio Yasui, Francisco Ortega, Cristiana Facchinetti e Ana Venancio, pelas valiosas sugestões e trocas nesse percurso.

Aos professores, Auterives Maciel, Eduardo Passos, Cristina Rauter e Regina Benevides, pelo mundo de idéias novas iniciadas.

Aos colegas da turma de mestrado e ao grupo de estudo no LAPS “Segunda em Questão” que me ajudaram de diferentes maneiras.

Aos amigos, Deison, Ândrea, Marília, Luciana, Joana, Pedro, Felícia, Luisa, Flávia, Flavoca e Sâmara, pela torcida, carinho, cumplicidade e força que sempre me deram.

A Taluana Nunes, amiga e companheira de luta no campo da reforma psiquiátrica que me faz acreditar a cada instante na criação guerreira, potente e singular de novas possibilidades de vida.

A Ana Silvia, pelo cuidadoso trabalho de tradução e revisão do texto.

Aos meus pais por tudo.

Por fim, agradeço ao CNPq, pelo apoio financeiro.

*“Cada vez que tentei fazer um trabalho teórico, foi sempre a partir de elementos de minha própria experiência: sempre em relação com processos que eu via se desenvolver em volta de mim. Certamente porque eu acreditava reconhecer nas coisas que eu via, nas instituições com as quais lidava, nas minhas relações com os outros, rachaduras, sacudidelas surdas, disfuncionamentos, eu empreendia um tal trabalho, algum fragmento de autobiografia”*

*Michel Foucault*

## *Resumo*

O objetivo desta dissertação foi cartografar os modos de funcionamento dos discursos e práticas que produzem a Psiquiatria Biológica como um dispositivo do biopoder. Procuramos situar sua emergência como um efeito das transformações da sociedade capitalista que, a partir da segunda metade do século XX, passa a constituir a realidade através de novos modos de funcionamento, culminando com a chamada pós-modernidade. Para nos debruçarmos sobre esta influência recíproca entre a biopolítica e a clínica psiquiátrica, investigamos o modo de operar da prática diagnóstica, através da relação entre marcadores biológicos e exames laboratoriais, procurando mostrar o processo de gestão do corpo e medicalização da saúde como formas de controle que encarnam o biopoder na contemporaneidade. Para tanto, buscando pensar o exercício deste dispositivo do biopoder, nos servimos da força intercessora dos conceitos filosóficos de Michel Foucault e Gilles Deleuze. No percurso desenvolvido, procuramos situar as relações entre a medicina mental e as tecnociências, mostrando os efeitos desta biopolítica no processo de produção da saúde e subjetividade. Em contraposição ao discurso da psiquiatria biológica, concluímos discutindo a necessidade de uma reorganização teórico-prática de resistência à medicalização da vida cotidiana propondo a produção de uma biopolítica em favor das potencialidades de criação de outros modos de subjetivação.

Palavras chaves: Biopolítica, Psiquiatria Biológica, Medicalização, Subjetividade, Sociedade.

## Abstract

The objective of this thesis is to outline how discourses and practices that produce the Biological Psychiatry operate as a biopower device. We tried to establish their emergence as an effect of transformations in capitalist society that, from the late 1900s on, came true by means of new functioning modes, culminating in the so-called post-modernity. In order to analyse the reciprocal influence between biopolitics and psychiatric clinic, we investigated the way diagnostic practice operates, through the relation between biological markers and laboratory examinations, trying to describe the process of body management and medicalization of health as controlling forms which represent biopower nowadays. In this sense, in an attempt to think the exercise of this biopower device, we based our study on the strength of Michel Foucault' and Gilles Deleuze's philosophical concepts. We tried to contextualize the relations between mental medicine and techno-sciences, showing the effects of this biopolitics in health production and subjectivity processes. Finally, in opposition to biological psychiatry's discourse, we discussed the need for a theoretical-practical re-organizaton to resist daily life medicalization, proposing the production of biopolitics for creation potentialities and other subjectivation ways.

Keywords: Biopolitics, Biological Psychiatry, Medicalization, Subjectivity, Society.

# Sumário

Introdução.....	08
Capítulo 1: Biopoder na Sociedade de Controle.....	16
1.1 A emergência da Sociedade de Controle.....	17
1.2 A nova ordem mundial: Império.....	20
Capítulo 2: Biopsiquiatria: a psiquiatria remedicalizada.....	41
2.1 A remedicalização da psiquiatria.....	42
2.2 O DSM-III e a mudança no campo psiquiátrico.....	51
Capítulo 3: A Gestão Biomédica dos Corpos.....	62
3.1 O medicamento é um marcador biológico.....	63
3.2 Um marcador biológico ausente.....	68
3.3 Modulações de uma categoria de diagnóstico sindrômico.....	73
3.4 O gerenciamento dos riscos.....	80
Capítulo 4: A produção de bioidentidades.....	85
4.1 A medicalização da saúde.....	86
4.2 O imperativo da saúde perfeita.....	94
4.3 A produção farmacológica de si.....	100
Considerações finais.....	109
Reflexões Finais.....	110
Clínica e Biopolítica.....	112
Finalmente.....	116
Referências Bibliográficas.....	119

## *Introdução*

*Uma teoria é exatamente como uma caixa de ferramentas. Nada a ver com o significante...É preciso que isso sirva, é preciso que isso funcione (...) como um par de óculos voltados para fora; pois bem, se eles não lhe caem bem, peguem outros, encontrem vocês mesmos seu aparelho que, forçosamente, é um aparelho de combate.*

*Gilles Deleuze*

Numa entrevista, de 1978, intitulada “*A Sociedade Disciplinar em Crise*”, Michel Foucault (2003) anuncia a crise da disciplina nos países industrializados nos quais tanto a sociedade como os indivíduos passam por uma mudança que os torna cada vez mais independentes e menos submetidos às instituições de confinamento tal como descritos por suas pesquisas. Ao enfatizar essa mudança, Foucault afirma a importância das análises sobre os micropoderes: “o que é importante são essas relações de poder que funcionam independentemente dos indivíduos que têm o poder de Estado” (Foucault, 2003:268).

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por um intenso processo de mudanças relacionadas às práticas de cuidado em saúde mental, envolvendo o questionamento dos conceitos instituídos e a construção de novos referenciais teóricos e políticos no contexto da reforma psiquiátrica. Neste sentido, Costa-Rosa *et al* (2003) apontam para a configuração de um novo paradigma de atenção psicossocial substitutivo ao modelo iatrogênico e cronificador do manicômio, tendo como estratégia de transformação a desinstitucionalização dos saberes e práticas psiquiátricas compreendidas como um processo histórico e social de apropriação da loucura e do seu mandato social de tutela, controle e segregação.

A constituição de uma nova práxis de atenção psicossocial tem por objetivo buscar formas de atuação que impliquem no desafio de lidar com a complexidade dos múltiplos planos do sofrimento existencial do “paciente psiquiátrico” e possibilitar a produção de novos territórios existenciais através da relação cotidiana com a família, com o trabalho, com os equipamentos sociais, etc., reforçando-se a idéia de que a desinstitucionalização da loucura deve ser estendida para o campo sócio-cultural, pois é nele que existem forças vivas que se configuram como elementos importantes para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas e para a transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade.

Podemos perceber, por outro lado, a partir de algumas pesquisas recentes sobre o campo da saúde mental que o processo de desinstitucionalização tem sido acompanhado de novos desafios e impasses na experiência contemporânea. Cada vez mais começam a surgir trabalhos (Serpa, 1998; Barreto, 1998; Henning, 1998; Carvalho, 1999; Russo, 1999; Birman, 1999; Bezerra, 2000; Serpa, 2000; Henning, 2000; Monteiro, 2002; Aguiar, 2002; Ponciano, 2002; Araújo, 2003; Venancio, 2003; Rodrigues, 2003) que se mostram

preocupados com o processo de medicalização da vida cotidiana, devido à expansão e difusão da Psiquiatria Biológica no tecido social e aos seus efeitos reducionistas na compreensão das diferentes formas do sofrer.

Ao lado destas pesquisas, temos observado que o discurso da psiquiatria biológica vem proliferando nas manchetes da “página de ciências” dos jornais, nos suplementos dominicais, nos programas de reportagens da televisão em horário nobre, nas revistas de divulgação científica, enfim, na mídia de uma forma geral, como um sistema explicativo que pretende dar conta das novas formas de sofrimento do corpo que tanto tem desafiado as práticas clínicas.

No importante livro, intitulado *Mal-Estar na Natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria* (1998), Octavio Domont de Serpa Júnior afirma que o campo prático e teórico da psiquiatria biológica é ainda bastante fragmentário, muito mais do que deixa supor esta nova forma de saber que se pretende científica e hegemônica no âmbito psiquiátrico. Em sua análise crítica sobre alguns aspectos da teoria e prática da psiquiatria, Serpa Jr. relaciona a emergência desta prática com as mudanças econômicas e sociais, com as novas exigências e práticas técnicas, com as novas ideologias religiosas e políticas que constituem a pós-modernidade. Assim, o autor vai juntando algumas peças, selecionando e articulando diferentes recortes e contextos, como sugere o historiador Paul Veyne (1998):

“são os acasos da história, as saliência e reentrâncias das práticas vizinhas e de suas transformações que fazem com que a gramática política de uma época consista em amimar crianças ou, então, a administrar os fluxos: não é uma razão que edifica um sistema coerente. A história não é a utopia: as políticas não desenvolvem, sistematicamente, grandes princípios (‘a cada um de acordo com suas necessidades’, ‘tudo para o povo e nada por ele’); são as criações da história e não as da consciência ou da razão” (Veyne, 1998:253).

Embora ainda não haja um enquadramento teórico encompassador capaz de conta de todos os dados provenientes dos vários campos de pesquisa, Serpa Jr. adverte que para não escorregarmos em críticas simplistas, é preciso notar que a aliança entre a psiquiatria e

a biologia, vem aprofundando cada vez mais, em um trabalho complexo e infinito, a inclusão de artefatos técnico-científico no funcionamento dos corpos. Pois, no interior da promessa de liberação do corpo de qualquer sofrimento, incluindo o desvelamento de todos os erros e artifícios do passado, interiorizam-se novas normas e estratégias de controle das condutas.

Nossa época, como escreveu a historiadora Denise de Sant' Anna, é talvez “a que mais” tem perturbado “o silêncio dos órgãos” e devassado “a intimidade de tudo aquilo que, dentro da pele, se mantém na obscuridade” (Sant' Anna, 1995:11). Na medida em que a medicina mental iluminada pelo saber tecnocientífico se destina a definir a verdade do corpo, da saúde e das doenças desencadeia-se o surgimento de preocupações em relação ao funcionamento corporal outrora inexistentes.

A constatação do fato que o mundo mudou e continua mudando vertiginosamente leva-nos a considerar que esse novo quadro impõe a necessidade de pensarmos em outras estratégias analíticas sobre os discursos e as práticas do que tem sido chamado por psiquiatria biológica no campo da saúde mental. É no horizonte dessas constatações que o presente trabalho busca, então, contribuir com essa discussão cartografando o modo de funcionamento deste dispositivo do poder na sociedade contemporânea.

Segundo Pelbart (2000), uma modalidade cartográfica é intensiva e exploratória, isto é, uma prática mais aberta e construtivista que possibilita acompanhar os movimentos que formam uma realidade. Ao traçarmos as linhas que compõe a psiquiatria biológica procuramos analisar as condições de possibilidade que a fizeram emergir na sociedade contemporânea. Para abordarmos esta questão, fez-se necessário a exploração de diversas forças e dos diferentes processos que atuam não só no campo da psiquiatria, mas que também constituem o *socius* de maneira mais ampla.

Vale frisar que consideramos a psiquiatria enquanto um campo de saber não como algo natural, mas “como materialidade, como prática, como acontecimento - como peça de um dispositivo político que, enquanto dispositivo se articula com a estrutura econômica” (Machado, 1999: XXI). Neste sentido, a função da análise se desloca da busca da verdade natural (essência) da psiquiatria biológica para cartografar o sentido móvel das produções, onde as verdades se apresentam em sua provisoriidade, em estreita correlação com a configuração das forças de cada momento histórico.

Sendo assim, ao adotarmos uma atitude crítica em relação ao modo de pensar dominante presente na psiquiatria contemporânea somos levados a buscar instrumentos conceituais que nos possibilitem pensar diferentemente. Nesta perspectiva, encontramos nas teorias de Michel Foucault, Gilles Deleuze & Félix Guattari, Michel Hardt & Toni Negri e seus intercessores, uma “caixa de ferramentas” (Deleuze apud Foucault, 2003:39) que nos permite desnaturalizar a clínica psiquiátrica como totalidade, abrindo espaço para pensar quais os efeitos desse dispositivo do poder na produção de subjetividade.

E se falamos de uma função da análise gerada pela epistemologia de Foucault, Deleuze e Guattari, nos interessa exatamente ressaltar aí a emergência de uma zona de indeterminação, onde os saberes se atravessam e, sobretudo, onde a clínica experimenta sua inclinação transdisciplinar. (Barros & Passos, 2000). Podemos dizer que é a função da análise que nos permite tal transversalização entre os domínios da clínica, da filosofia e da história, no sentido que Foucault, Deleuze e Guattari dão tanto a filosofia, a clínica, como a história. Cabe ressaltar que ao traçarmos uma cartografia da psiquiatria contemporânea, o faremos no entrecruzamento de muitas vozes, não havendo qualquer pretensão de fidelidade autoral no sentido da afirmação de um próprio individual da obra. Respeitando os autores citados procuraremos manter o rigor conceitual na via dos processos de diferenciação, tomando as construções teóricas destes pensadores como instrumentos que podem nos servir para pensar e viver diferentemente.

Em *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar* (2002), Vasconcelos sustenta a importância de construirmos um conhecimento crítico capaz de articular as múltiplas dimensões de luta dos diversos movimentos sociais e populares atuais, em escala local, nacional e global, respeitando as diferenças e perspectivas particulares destes movimentos sociais. Cabe destacar que a articulação entre os diversos campos de saberes (psicanálise, psicologia, sociologia, etc) e paradigmas particulares (estético, filosófico e científico) constitui uma estratégia epistemológica crítica e importante capaz de ao mesmo tempo, superar as estratégias epistemológicas modernistas convencionais, insensíveis ao pluralismo e à diversidade sócio-cultural e paradigmática, e simultaneamente “evitar” a fragmentação pós-moderna.

Vasconcelos afirma que dentro das estratégias epistemológicas transdisciplinares e do paradigma ético-estético-político, a “contribuição guattariana tem constituído uma

abordagem fundamental para a luta popular-democrática nas práticas individuais, grupais e institucionais”, e seus defensores constituem “aliados importantes nos movimentos sociais em que se inserem, com ênfase particular no campo da saúde mental, tanto no Brasil como na França, onde mais se difundiu” (Vasconcelos, 2002:67).

Deste modo, escolhemos o método exploratório, por se tratar de uma pesquisa, com uma temática de foco mais amplo e aberto, ou seja, uma investigação que possibilita analisar as implicações políticas da psiquiatria biológica na produção dos acontecimentos. A exploração da dimensão dos fenômenos e dos processos complexos, torna possível a constituição de um texto híbrido que se nutre dos campos das artes, das ciências e da filosofia. Segundo Vasconcelos, esse tipo de pesquisa, permite a utilização de fontes diversas como: artigos de revistas e jornais, poesias, romances clássicos, filmes, documentários, *papers* acadêmicos, manuais técnicos e de divulgação científica, livros teóricos, teses e páginas da internet. O método exploratório é mais afeito à formulação de perguntas do que à elaboração de respostas, articulando questões que possibilite desenvolver olhares mais criativos e complexos para o mundo que nos cerca e para nós mesmos, e com isso sermos capazes de propor novas formas de transformação social e existencial.

Para tanto, analisamos no primeiro capítulo as mudanças do capitalismo, a partir da Segunda Guerra Mundial, momento em que Deleuze formulou como sendo a passagem de uma sociedade disciplinar, segundo o diagnóstico de Foucault, para uma sociedade de controle, conforme a expressão de Burroughs. Enquanto a sociedade disciplinar forjava moldes fixos e circuitos rígidos, a sociedade de controle funciona por redes moduláveis. Na esteira de Foucault e Deleuze, Michel Hardt e Toni Negri ampliam o alcance da análise destes autores construindo uma cartografia do cenário sociopolítico contemporâneo, através do qual viveríamos sob uma nova estrutura de governo, pós-moderna, descentralizada e desterritorializada, correspondendo a atual fase do capitalismo globalizado que os autores caracterizaram pelo conceito de Império. Destacamos neste contexto, o engendramento de uma nova forma de poder, o biopoder. Esta noção, inicialmente forjada por Foucault no final dos anos 70, toma outra dimensão na sociedade imperial de controle: a biopolítica. Trata-se de uma forma de controle que invade a profundidade das consciências e dos corpos

da população, atravessando as relações sociais, não apenas para moldá-las , mas sobretudo para fabricá-las.

Diante das transformações na sociedade pós-moderna, em que vemos desaparecer a distinção entre vida privada e vida pública, e mesmo entre a vida subjetiva e o simples viver, as subjetividades tomadas pela sensação de ameaça de fracasso, despersonalização, enlouquecimento ou até de morte, procuram anestesiar a vibratibilidade do corpo ao mundo e, portanto, seus efeitos consumindo um número variado de drogas oferecidas pelo mercado globalizado promovendo uma espécie de toxicomania generalizada. Dentre as várias drogas oferecidas veremos a disseminação do discurso da psiquiatria biológica que nos fazem acreditar que o efeito dessas transformações sentidas no corpo não passa de uma disfunção hormonal ou neurológica, produzindo cada vez mais uma medicalização da saúde e da vida.

No segundo capítulo, analisamos as relações de forças que possibilitaram após a Segunda Guerra Mundial a remedicalização da psiquiatria. Com o desenvolvimento das ciências da vida e das biotecnologias a elas correlatas, numerosas pesquisas de ponta sobre a questão da localização da mente e das faculdades mentais no cérebro passaram a ser realizadas com uma ancoragem reducionista e fisicalista sobre a anátomo-patologia. Neste contexto, as seguradoras e os planos de saúde começaram a pressionar os profissionais envolvidos com trabalhos em saúde mental sobre uma certa vagueza nas definições diagnósticas baseadas nas psicoterapias. Diante destas forças, o campo da nosologia psiquiátrica começa a sofrer uma modulação na busca de maior “credibilidade, confiabilidade e unanimidade” na busca de obter maiores recursos para pesquisas com base na genética e a bioquímica dos transtornos mentais. “A necessidade de conseguir créditos de pesquisa e contratos com seguradoras fala mais alto” (Serpa Jr., 1998:240). A necessidade de uma maior padronização dos procedimentos diagnósticos possibilitou que o DSM-III fosse disseminado pelo mundo, transformando-se rapidamente numa espécie de bíblia psiquiátrica levando à globalização da psiquiatria norte-americana.

No terceiro capítulo examinamos no plano da clínica psiquiátrica a gestão dos corpos através do exame diagnóstico. Destacamos que diferentemente da clínica médica, na psiquiátrica não há marcadores biológicos que permitam fazer a realização do diagnóstico através dos exames laboratoriais. Para tentarmos compreender melhor a ausência de um marcador biológico na clínica psiquiátrica, efetuamos um estudo de caso da categoria

diagnóstica “síndrome do pânico”. A partir do DSM-III, a abordagem clínica de um paciente passa a ser baseada apenas na observação de sintomas e comportamentos “sindrômicos”, sem qualquer construção teórica etiológica explícita. Esta indeterminação faz com que o próprio medicamento acabe funcionando como um marcador no diagnóstico dos transtornos mentais. Destacamos também, que as estimativas de risco em interface com os *mass media* e a “indústria da ansiedade” tem funcionado, como suporte aos discursos e práticas de intervenção da clínica psiquiátrica, promovendo uma medicalização do estado de saúde sob risco, constituindo uma tecnologia de gestão e de controle das subjetividades.

No quarto capítulo analisamos os efeitos da psiquiatria biológica na produção dos modos de existência. Discutimos que no processo de biomedicalização a saúde deixou de ser a “vida no silêncio dos órgãos” para se constituir na nova utopia biopolítica da saúde perfeita. Esse deslocamento produziu a exigência de uma autoconsciência de ser saudável, ou seja, uma saúde que deve ser exibida, afirmada continuamente e de forma ostentosa, constituindo um princípio fundamental de identidade subjetiva. Problematizamos também que a combinação entre a desestabilização exacerbada de um lado, produzida pelos recentes avanços tecnocientíficos e, de outro, a persistência ao referencial identitário faz com que os vazios de sentidos produzidos pelo desmanchamento dos modos de existência na sociedade imperial de controle sejam insuportáveis. Para sustentam essa ilusão de identidade são consumidos “*kits de perfis-padrão*” disponíveis nas vitrines e nos meios de comunicação para serem descartados rapidamente.

Nas considerações finais do nosso trabalho apontamos para a necessidade de uma reorientação das práticas de resistência aos poderes que atravessam o campo da saúde mental no Brasil, para que sejam produzidas novas análises e lutas contra a medicalização da vida. Propomos, como indicação de prática de resistência pensar a clínica como uma biopolítica, como propõe os pensadores e militantes italianos Antonio Negri e Maurizio Lazzarato, invertendo o sentido pejorativo do biopoder e da biopolítica, que originalmente incidiria sobre a produção e reprodução da vida, para podermos pensar a partir do corpo biopolítico coletivo, onde se dá a produção e reprodução da vida, levando-se em conta sua potência de resistência e criação de novas possibilidades de subjetivação.

## *Capítulo 1*

# *Biopoder na Sociedade de Controle*

*Na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, um novo paradigma de poder é realizado, o qual é definido pelas tecnologias que reconhecem a sociedade como o reino do biopoder.*

*Michel Hardt & Antonio Negri*

## 1.1 A emergência da Sociedade de Controle

Em dois pequenos textos da década de noventa, "Controle e Devir" e "*Post-Scriptum: Sobre as Sociedades de Controle*", inseridos em *Conversações (1972-1990)*, Gilles Deleuze (1992) afirma que passamos hoje de uma sociedade disciplinar, segundo o diagnóstico de Michel Foucault, para uma sociedade de controle, cujo funcionamento não se daria mais primordialmente pelo confinamento, mas por “controle contínuo e comunicação instantânea”. Controle é a expressão que William Burroughs propõe para designar o novo monstro, e que Foucault reconhece como nosso futuro próximo.

A sociedade disciplinar era constituída por instituições de confinamento, como a família, a escola, o hospital, a fábrica, a caserna, a prisão. As instituições disciplinares, paradoxalmente, não se caracterizavam por excluir os indivíduos, mas por ligá-los a um processo de produção, formação e correção. Seu objetivo era garantir, através de uma determinada norma, a produção de corpos dóceis, eficazes economicamente e submissos politicamente. Entretanto, após a Segunda Guerra Mundial, as instituições disciplinares vêm passando por um processo de crise generalizada em todos os seus meios de confinamento, mas também nas formações do inconsciente, nas formações religiosas, míticas, estéticas, profissionais etc., enfim, em todos os interiores, cujos modos de organização e de sociabilidade constituíam a sociedade disciplinar.

Com o processo de desmoronamento dos muros dessas instituições, suas lógicas disciplinares não se tornaram ineficazes mas se encontram generalizadas como formas fluidas e flexíveis por todo o campo social. Assim, se antes o social era recortado e esquadrihado pelas instituições disciplinares, configurando um “espaço estriado”, agora deslizamos em um “espaço liso”, isto é, um espaço aberto e sem fronteiras demarcadas pelas instituições. O que conta nessa formulação deleuziana é a verificação de uma crise que abre passagem para a implantação “às cegas” de novos “tipos de sanções, de educação, de tratamento”, num regime de “controle incessante em meio aberto”. Ou seja, a implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação. Nas palavras de Deleuze:

“na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, os atendimentos a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos” (Deleuze, 1992: 220).

Enquanto a sociedade disciplinar forjava moldes fixos, através de práticas divisórias (o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os bons meninos), distintamente, a sociedade de controle funciona por redes moduláveis, como “uma modulação autodeformante que mudasse, a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudassem de um ponto a outro” (Deleuze, 1992: 221). Um dos exemplos de Deleuze: em alguns países os presos já não ficam confinados entre quatro paredes, num espaço fechado, mas circulam pela cidade livremente, com uma coleira eletrônica, capaz de localizá-los por toda parte e a qualquer momento. Ou seja, uma maior fluidez e mobilidade, acompanhada de maior controle: sociedade de controle. Assim, a lógica e a técnica carcerária, que antes estavam restritas à prisão, se estendem, progressivamente, para outros campos sociais, como se a própria sociedade estivesse se tornando uma prisão. Trata-se, no limite, da supressão paulatina dos trajetos e das diferentes temporalidades, conforme assinala Paul Virilio (1995) em um dos seus ensaios: nesta súbita “motorização do que vive”, o controle torna-se o próprio ambiente.

Deleuze lembra que na sociedade disciplinar os indivíduos não cessavam de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis: da família à escola, da escola à caserna, da caserna à fábrica, de vez em quando o hospital e eventualmente a prisão. Com o colapso generalizado dessas fronteiras, o funcionamento das instituições é, ao mesmo tempo, mais intensivo e mais disseminado mediante redes flexíveis e flutuantes. Portanto, a passagem para a sociedade de controle não significa que as disciplinas tenham acabado, mas que elas não se limitam mais a lugares estruturados de instituições sociais: não é mais o homem confinado, afirma o autor, mas o homem endividado (Deleuze, 1992).

Deste modo, não há mais uma lógica de formação e avaliação restrita ao regime escolar; a sociedade torna-se ela mesma uma escola interminável; cria-se um processo de formação e qualificação permanente, que requer, de um número cada vez maior de pessoas, o domínio das últimas novidades tecnológicas, a leitura do livro mais recente, a busca de

imagens de competência, as roupas de grife, o carro da moda, que vão laminando os sujeitos no campo da falta, da desqualificação e segregação cotidianas. “Não há mais a produção restrita à fábrica, ou lazer restrito aos espaços de lazer, ou consumo reservado aos espaços de consumo: ao produzirmos estamos ao mesmo tempo consumindo e nos entretendo, ou vice-versa” (Pelbart, 2000: 30).

Segundo Neves (1999), a constituição da sociedade de controle, da volatilidade e da dispersão está associada a uma era denominada, no campo da economia, de “acumulação flexível do capital”, que no nível da política e da ideologia é conhecida como neoliberalismo. Oriundo do combate ao Estado de Bem-estar e planejador dos anos quarenta, consolidou-se como razão governamental no final dos anos sessenta, a partir do esgotamento do regime fordista. Sob o ideário que prometia a reanimação do capitalismo avançado, mediante a restauração das taxas de crescimento e o reinvestimento na produção, engendrou uma política econômica que produziu uma sociedade marcadamente mais desigual, competitiva e otimizadora.

Entretanto, Deleuze afirma que na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, a empresa substituiu a fábrica, e ela é uma alma, um gás. Pois, no capitalismo de sobreprodução, o objetivo não é mais a compra de matéria-prima ou a venda de produtos prontos, que ele delega para os países de Terceiro Mundo, mas, ao contrário, sua função agora é de repasse, através da venda de serviços e da compra de ações. Compra produtos prontos ou decompostos em peças, para posteriormente montá-los. Trata-se de um repassador de produtos terceirizados, um gestor de trabalho. O serviço de vendas torna-se o centro ou a “alma” da empresa. Neste processo, afirma Deleuze: “os anéis de uma serpente são ainda mais complicados que os buracos de uma toupeira” (Deleuze, 1992: 226).

Em *A Sociedade Mundial de Controle* (2000), palestra proferida por Michael Hardt no Colóquio Gilles Deleuze, ocorrido no Brasil em 1996, o autor afirma que “ao anunciar tal passagem, Deleuze formula, após a morte de Foucault, uma idéia que não encontrou expressamente formulada na obra de Foucault”. Contudo, Hardt salienta que Deleuze nos propõe uma bela e poética imagem dessa passagem, mas que ainda não nos permite compreender suficientemente a nova forma de sociedade. O autor procura desenvolver a natureza dessa passagem, estabelecendo relações com uma série de outras passagens que foram propostas para caracterizar a sociedade contemporânea, como a passagem da

sociedade moderna para uma sociedade pós-moderna, expressa na obra de autores como Fredric Jameson, mas também com o “fim da história”, descrito por Francis Fukuyama, entre outros. “O que gostaria de sugerir é que a forma social tomada por esse novo Império é a sociedade de controle mundial” (Hardt, 2000: 357-358).

## **1.2 A Nova Ordem Mundial: Império**

Na obra *Império* (2004), Michael Hardt & Antonio Negri ampliam o alcance da análise deleuziana e comentam que não só passamos de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle, como também de uma sociedade moderna para uma sociedade pós-moderna e, sobretudo, do imperialismo ao Império. Segundo os autores, o Império, diferentemente dos velhos imperialismos europeus, é concebido como uma nova forma de organização política do modo de produção capitalista. A nova lógica surge em ritmo veloz depois da queda das barreiras soviéticas, quando o mercado global e os circuitos globais irresistíveis e irreversíveis das trocas econômicas e culturais começam a estruturar a nova ordem mundial. Em resumo: “O Império é a substância política que, de fato regula essas permutas globais, o poder supremo que governa o mundo” (Hardt & Negri, 2004: 11).

Diferentemente daqueles que sustentam que a globalização da produção e da permuta capitalista refletiria um declínio da soberania política, Hardt & Negri reconhecem no processo de globalização o declínio da soberania dos Estados-nação, mas afirmam que isso não quer dizer que a soberania como tal esteja em declínio:

“Nossa hipótese básica é que a soberania tomou nova forma, composta de uma série de organismos nacionais e supranacionais, unidos por uma lógica ou regra única. Esta nova forma global de economia é o que chamamos de Império” (ibid.: 12).

A noção de Império é definida como algo completamente distinto de imperialismo. Segundo os autores, a pedra angular do imperialismo na idade moderna era a soberania do Estado-nação. As fronteiras definidas pelo sistema de Estado-nação foram fundamentais para a expansão econômica, pois os limites territoriais do país delimitavam o centro do

poder a partir do qual era exercido o controle sobre os fluxos da produção e circulação de mercadorias entre as outras potências européias e suas colônias. Deste modo, a soberania dos Estados-nação constituiu-se como um Leviatã de Thomas Hobbes, que impunha um domínio social sobre os territórios para fiscalizar a pureza de sua identidade e excluir tudo o que representasse a diferença. “O imperialismo era, na realidade, uma extensão da soberania do Estados-nação europeus além de suas fronteiras” (ibid.: 12).

Em contraste com o imperialismo, o Império não se caracteriza por um centro territorial de poder, nem por fronteiras ou barreiras fixas. Trata-se de uma forma de organização política que produz “descentralização” e “desterritorialização”, buscando incorporar gradualmente o mundo inteiro dentro de suas fronteiras abertas e em expansão. Por meio de estruturas reguladoras, o Império administra entidades híbridas, hierárquicas e flexíveis. Contudo, não se trata apenas de uma expansão geográfica e extensiva do modo de produção capitalista. Na economia globalizada, a produção de riquezas tende cada vez mais a uma produção da própria vida social, fazendo com que as esferas econômicas, políticas e culturais cada vez mais se sobreponham e se completem umas às outras.

Hardt & Negri salientam que a noção de Império não é usada como uma metáfora, o que estabeleceria semelhanças com outros impérios constituídos na história, mas como conceito teórico. Segundo os autores, o conceito de Império caracteriza-se fundamentalmente: 1) pela ausência de fronteiras e poder ilimitado; 2) como um modo de governo, cuja pretensão à eternidade o faz apresentar-se não como um momento transitório no desenrolar da história, mas como um regime atemporal, que se situaria fora da história ou no fim da história; 3) o poder imperial funciona em todos os registros da ordem social, administrando não só o território e sua população, mas também criando o próprio mundo. O Império procura reger diretamente a natureza humana e não apenas regular as interações entre os homens; e 4) o conceito de Império funcionaria sempre em um regime de paz, “uma paz perpétua e universal fora da História” (ibid.: 15).

Cabe ressaltar que não realizaremos uma análise das configurações jurídicas do Império, ou seja, a cartografia das novas formas jurídicas internacionais que transferiram o direito soberano dos Estados-nação para os centros supranacionais do poder político, como as Nações Unidas e suas instituições afiliadas. O que nos interessa primordialmente são as transformações do novo paradigma de governo. Nossa análise, neste capítulo, deve ir ao

nível dessa materialidade e investigar as forças de produção da realidade que constituem o mundo imperial e as subjetividades que a animam. Queremos destacar aqui as transformações no modo de funcionamento da máquina capitalista, a partir da segunda metade do século XX, bem como apreender as condições de possibilidade que fazem emergir a psiquiatria biológica na sociedade pós-moderna.

Segundo Hardt & Negri, a investigação do modo de funcionamento da máquina imperial deriva do reconhecimento, na obra de Foucault, da transição histórica das formações sociais que constituem o que Deleuze formulou como sendo a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. Destaca-se, de forma mais geral, que toda a primeira fase de acumulação capitalista (na Europa e em outras partes) foi conduzida sob o paradigma do poder disciplinar. Entretanto, nessa passagem há uma mudança de ênfase no modo de exercício do poder que Foucault chamou de biopoder. Dito de outro modo, a sociedade de controle deve ser entendida como aquela (que se desenvolve nos limites da modernidade e se abre para a pós-modernidade) na qual o império se apresenta como uma nova forma de poder, cujos “mecanismos de comando se tornam cada vez mais ‘democráticos’, cada vez mais imanentes ao campo social, distribuídos por corpos e cérebros dos cidadãos” (ibid.: 42).

Desta forma, a sociedade de controle opera por uma intensificação dos mecanismos de monitoramento disciplinares, que se estendem de forma mais difusa, flexível, móvel e imanente sobre os corpos e mentes da população, prescindindo das mediações institucionais antes necessárias, e que de qualquer forma entraram progressivamente em colapso. No novo regime de controle, de espaço liso e aberto, as novas formas de poder-saber são exercidas através de sistemas de comunicação, redes de informação, atividades de enquadramento que organizam, cada vez mais, as maneiras de sentir, amar, desejar, criar, perceber, imaginar, sonhar, mas também de vestir-se, se embelezar, habitar, fruir etc., num processo que é interiorizado e reativado pelos próprios sujeitos, o qual os autores chamam de um estado de alienação autônoma.

Prolongando uma intuição foucaultiana, os autores assinalam que o poder não é algo que se efetua pela proibição, constrangimento ou castigo<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> Machado (2004) esclarece que tradicionalmente, na teoria marxista - com poucas exceções, como Gramsci e Althusser - o poder é concebido como uma máquina de repressão, cuja imagem é o aparelho de Estado, que asseguraria às classes dominantes sua dominação sobre a classe operária, para submetê-la ao processo de extorsão da mais-valia, ou seja, à exploração capitalista. Entretanto, o poder, assim entendido, acaba sendo

“pois se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, à maneira de um grande super-ego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos a nível do desejo e também a nível do saber” (Foucault, 1979[1999]: 148).

Afirma Foucault (1995): “o exercício do poder não deveria ser buscado do lado da violência e da luta, nem do lado do contrato ou da aliança voluntária”. Pois o poder “é menos da ordem do afrontamento entre dois adversários, ou do vínculo de um com relação ao outro, do que da ordem do ‘governo’” (1995: 244). A noção de governo é tomada em sua significação bastante ampla, não se referindo apenas às formas de governo político, mas recobrando modos de ação mais ou menos refletidos e calculados, destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos outros indivíduos. Governar, neste sentido, consiste em “conduzir condutas” e “ordenar a probabilidade”. O termo “conduta” deve ser entendido, ao mesmo tempo, como o ato de conduzir os outros e dispor a maneira de se comportar num campo aberto de possibilidades. Ou seja, governar constitui uma nova racionalidade de gestão das subjetividades.

Sua especificidade consiste num exercício do poder, não como uma simples relação entre “parceiros” individuais ou coletivos, mas como um modo de ação de alguns sobre outros. Isto que dizer também que o poder não é da ordem do consentimento, transferência de direito ou renúncia a uma liberdade. O poder, assim pensado, só se exerce sobre um “sujeito livre”, isto é, o sujeito que tem diante de si um campo aberto de possibilidades, para escolher<sup>2</sup> e experimentar novas maneiras de viver. Não há, portanto, um confronto entre poder e liberdade, numa relação de exclusão. Nesse jogo a liberdade aparece como

---

reduzido ao aparelho de Estado: o chefe de Estado, o governo, a administração, o exército, a polícia, os tribunais, a prisão etc.

<sup>2</sup> Maciel (2002) problematiza a questão da escolha, articulando-a aos impasses subjetivos suscitados pelos dispositivos do biopoder na atualidade. Segundo o autor, nas sociedades contemporâneas as escolhas são impostas pelo campo sociopolítico, ou seja, acreditamos que escolhemos, quando na verdade consumimos escolhas predeterminadas, o que nos impedem de criar um novo modo de existência. Cabe destacar que escolher é muito mais do que simplesmente escolher entre um campo de possibilidades previamente estabelecidas pelas instituições, pelos meios de comunicação, pelos aparelhos de estado etc. A escolha é aqui pensada como uma experiência-limite, onde não há qualquer solução possível. Trata-se, como afirma Badiou, “de uma escolha livre de qualquer outra suposição senão a de ter que escolher uma escolha sem marcas” (Badiou apud Maciel, 2002: 5).

condição de existência do poder, pois, para que este se exerça, é necessário que haja liberdade. Contudo, ela também aparece como aquilo que se opõe a um exercício de poder. Mais do que um “antagonismo”, talvez fosse melhor falar de um “agonismo”, ou seja, de uma relação que é, ao mesmo tempo, de incitação recíproca e de luta; trata-se, como afirma Foucault, de uma permanente provocação:

“Uma sociedade ‘sem relações de poder’ só pode ser uma abstração. O que, diga-se de passagem, torna mais necessária, do ponto de vista político, a análise daquilo que elas são numa dada sociedade, de sua formação histórica, daquilo que as torna sólidas ou frágeis, das condições que são necessárias para transformar umas, abolir as outras. Pois, dizer que não pode existir sociedade sem relação de poder não quer dizer nem que aquelas que são dadas são necessárias, nem que de qualquer modo o ‘poder’ constitua, no centro das sociedades, uma fatalidade incontornável; mas que a análise, a elaboração, a retomada da questão das relações de poder, e do ‘agonismo’ entre relações de poder e intransitividade da liberdade, é uma tarefa política incessante: e que é exatamente esta a tarefa política inerente a toda existência social” (Foucault, 1995: 246).

Dentro dessa natureza relacional, a escravidão não se constitui como uma relação de poder, mas uma relação física de coação. Uma relação de violência age sobre um corpo e sobre as coisas; ela submete, quebra, destrói. Em seu extremo, a violência age sobre um corpo que não pode agir, no qual todas as possibilidades de ação são excluídas, restando-lhe apenas a passividade frente à submissão e à destruição tão característica de seu exercício. Para que uma relação de poder se exerça, é necessário que o sujeito sobre o qual a ação se exerce “seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (Foucault, 1995: 243). Cabe salientar que a noção de governo elaborada por Foucault, no final dos anos 1970, é o desdobramento da noção de poder nietzscheana, entendida como relação de forças, para uma concepção de poder, orientada para uma teoria<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Em Sobre a História da Sexualidade (1979[1999]), Foucault afirma que suas pesquisas genealógicas não se constituíram em uma teoria geral do poder, isto é, não se trata de uma descrição acontextual e a-histórica que possa ser aplicada a todas as relações de poder existentes na sociedade, em qualquer contexto.

da ação. Nas palavras do autor, pensando o poder pelo novo prisma, torna-se possível afirmar que:

“Ele é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações” (Foucault, 1995: 243).

Por todas essas características, Foucault afirma que a análise das relações de poder numa sociedade não pode ser reduzida aos espaços “intra-institucionais”, pois corremos o risco de, na busca por uma origem<sup>4</sup> das relações de poder em seus mecanismos institucionais, privilegiar funções essencialmente reprodutoras do aparelho institucional e, assim, explicar o poder pelo poder. Segundo o autor, “não se trata de negar a importância das instituições na organização das relações de poder. Mas de sugerir que é necessário, antes, analisar as instituições a partir das relações de poder, e não o inverso” (ibid.: 245). Seu ponto de apoio fundamental, mesmo que elas se incorporem e se cristalizem numa instituição, deve ser buscado no conjunto da rede social.

Trata-se, assim, da dimensão biopolítica na sociedade de controle. Ela corresponde à entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos, no domínio dos cálculos explícitos do poder. Ou seja, uma forma de poder que regula a vida social por dentro, acompanhando-a, interpretando-a, absorvendo-a e reformulando-a. O poder não pode adquirir um domínio efetivo sobre a vida total da população, a menos que se torne uma

---

<sup>4</sup> Segundo Foucault, as pesquisas que buscam descobrir a origem das coisas têm como objetivo se esforçar para revelar a essência das coisas, sua identidade mais pura, sua forma imutável e anterior a tudo que é externo, acidental e sucessivo - “é querer tirar todas as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira” (Foucault, 1979[1999]: 17). O genealogista, por sua vez, aprende que as coisas em si não trazem uma identidade ou uma essência metafísica. Para Foucault, o que encontramos “no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem - é a discórdia entre as coisas, é o disparate” (ibid.: 18). Assim, a genealogia, como método de análise das relações de forças que se encontram em jogo na história, possibilita a compreensão das sucessivas formas e transformações que constituem as sociedades capitalistas, ou seja, “um mundo onde não há nem providência, nem causa final, mas somente ‘as mãos de ferro da necessidade que sacode o copo de dados do acaso’” (ibid.: 28).

função integrante e vital, na qual todos os indivíduos abraçam e reativam por sua própria conta e vontade. E, neste sentido, afirmou Foucault:

“seria necessário falar de ‘biopoder’ para designar aquilo que faz entrar a vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana [...] o homem moderno é um animal em cuja política sua vida, enquanto ser vivo, está em questão” (Foucault, 1995: 148).

Portanto, a vida se torna um objeto de poder, não só na medida em que o poder envolve a vida totalmente, atravessando-a de um lado a outro e em todas as esferas, cognitivas, psíquica, física, biológica, genética, mas sobretudo quando esse procedimento é retomado por cada um de seus membros. Portanto, o que está em jogo nesse regime de poder é a produção e a reprodução da própria vida. Dito de outro modo:

“não é só o domínio sobre um território, ou sobre a produção de riqueza, nem apenas a administração da reprodução da vida com a finalidade de garantir a produção da riqueza, mas é a própria vida que é visada, no seu processo de produzir e de reproduzir-se” (Pelbart, 2003: 82).

Em seu livro *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*, Giorgio Agamben (2002) desenvolve a questão formulada por Foucault sobre a integração da vida nos mecanismos e nos cálculos do poder estatal, fazendo da política uma biopolítica. A vida, que Foucault toma como alvo de incidência do poder, tem um sentido preciso que Agamben esclarece no início de sua pesquisa. Segundo o autor, os gregos tinham dois termos para vida: *zoé* e *bíos*. O primeiro sentido diz respeito ao simples fato do viver comum a todos os seres vivos (animais, homens ou deuses). O segundo sentido refere-se à vida como forma ou maneira específica de viver peculiar a um indivíduo ou grupo particular, a vida qualificada. Para Agamben, a novidade do último Foucault com o conceito de biopolítica foi “o ingresso da *zoé* na esfera da *pólis*, a politização da vida nua como tal constitui o acontecimento decisivo da modernidade e marca uma transformação radical das categorias político-filosóficas do pensamento clássico” (Agamben, 2002: 12).

Cabe destacar que o termo biopolítica<sup>5</sup> aparece pela primeira vez, na obra de Michel Foucault, em sua conferência proferida no Rio de Janeiro, em 1974, intitulada *O Nascimento da Medicina Social* (1979[1999]). Segundo Foucault, o capitalismo de produção, desenvolvido no final do século XVIII e início do século XIX, não teria acarretado, como se poderia pensar, uma privatização da medicina, mas ao contrário, produziu uma socialização do corpo. Deste modo, Foucault afirma:

“o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (Foucault, 1979[1999]: 80).

Dois anos depois, no último capítulo de *A Vontade de Saber* (1988[1999]), intitulado “Direito de morte e poder sobre a vida”, publicado em 1976, como na “aula de 17 de março de 1976”, ministrada no curso do Collège de France (1975-1976) e publicado posteriormente com o nome *Em Defesa da Sociedade* (2002), Foucault situa a biopolítica como uma segunda forma do biopoder que começa a aparecer durante a segunda metade do século XVIII, época das Luzes. Diferentemente do poder disciplinar que se dirigia ao corpo, ao homem-corpo, a segunda tomada de poder que, por sua vez, não descarta a primeira, mas a integra, se dirige ao homem ser vivo, ao homem-espécie. Assim, se as disciplinas se dirigiam à multiplicidade dos homens enquanto indivíduos sujeitos à vigilância, ao treino e eventualmente à punição, vemos surgir uma biopolítica da espécie humana que tenta reger a multiplicidade dos homens enquanto massa global, afetada por processos próprios da vida, como

---

<sup>5</sup> Segundo Caliman (2002), os termos Biopoder e Biopolítica, na obra de Foucault, são ora utilizados como sinônimo, ora como derivação do segundo pelo primeiro, recebendo contornos diversos e por vezes ambíguos. Entretanto, as ambigüidades que envolvem a questão do biopoder, não devem ser pensadas em termos de desvalorização, decréscimo ou redução da importância nas análises do autor. Contrariamente, afirma a autora, devemos ver nessa ambigüidade a função política e estratégica de um poder que abrange vários domínios, diversas tecnologias e táticas que são analisáveis por caminhos variados, o que aponta para o caráter inconclusivo e expansivo de tal tecnologia.

“a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população” (Foucault, 1988[1999]: 131).

A nova racionalidade política do biopoder conectada ao nascimento das ciências humanas e sociais possibilitou “nada menos do que a entrada da vida na história - isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder - no campo das técnicas políticas” (ibid.: 133). Pela primeira vez, o biológico incide sobre o político, o poder não será exercido sobre os sujeitos de direito, cujo limite é a morte, mas sobre seres vivos, de cuja vida ele deve encarregar-se. Se as interferências da vida na história, por meio das epidemias e da fome, podem ser chamadas de “bio-história”, agora devemos designar por biopolítica a entrada da vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos, do saber-poder na transformação da vida humana. Quando o poder já não incide sobre um território mas sobre uma população, a vida biológica e a saúde da nação se tornam problemas políticos, que fazem o governo ser governo dos homens. Disto resulta uma proliferação de estratégias abertas e de técnicas racionais que articulam o exercício dos poderes, com o objetivo de produzir um estado de vida, a vida saudável. Essa transformação é assim explicada, segundo Foucault:

“A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, no decorrer da época clássica, das disciplinas diversas - escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um ‘biopoder’” (ibid.: 131).

Articulando as duas linhas da obra de Foucault, Hardt & Negri (2004: 43) afirmam que “só a sociedade de controle está apta a adotar o contexto biopolítico como terreno

exclusivo de referência”, pois na sociedade disciplinar os efeitos das tecnologias biopolíticas eram ainda parciais, de acordo com suas lógicas relativamente fechadas, geométricas e quantitativas. Por outro lado, na sociedade de controle o conjunto da vida social é abarcado pelo poder e desenvolvido nas suas virtualidades. Logo, a sociedade é subsumida na sua integralidade, até os gânglios da estrutura social. Trata-se de um controle que invade a profundidade das consciências e dos corpos da população, atravessando as relações sociais, integralizando-as.

Karl Marx, no século XIX, já falava da subsunção do formal para a subsunção real do trabalho ao capital; posteriormente, os filósofos da Escola de Frankfurt analisaram a subordinação da cultura à figura totalitária do Estado dentro da dialética do Iluminismo. Entretanto, na transição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, tal como Deleuze havia tematizado, na esteira de Foucault, e na perspectiva que Hardt & Negri entendem:

“é fundamentalmente desigual porque, em vez de concentrar-se na unidimensionalidade do processo, tal como descrito por Marx e reformulado e ampliado pela Escola de Frankfurt, a transição foucaultiana lida fundamentalmente com o paradoxo da pluralidade e da multiplicidade - e Deleuze e Guattari desenvolveram essa perspectiva com clareza ainda maior” (Hardt & Negri, 2004: 44).

Trata-se da subsunção real, entendida como envolvendo não apenas as dimensões da economia, da cultura, mas também do próprio *bios* social a um poder que engloba todos os elementos da vida social mas que, paradoxalmente, desfaz a figura linear e totalitária do desenvolvimento capitalista, revelando no novo contexto biopolítico um novo *milieu* do evento. Nas palavras de Pelbart:

“Na subsunção formal, certos domínios da vida, como o tempo de lazer, a fé, as relações familiares não eram ainda inteiramente penetrados pelo que constitui o eixo do capitalismo, a relação mercadoria/consumidor e trabalhador/capitalista. Ou seja, aquilo que se costuma definir como ‘privado’ preserva ainda alguma autonomia. Eram como que oásis não

inteiramente exploráveis pelo capital, como o assinala Brian Massumi. A subsunção real, em contrapartida, estende os pontos densos do capitalismo a todo o campo social, não só extensivamente, num novo colonialismo (o globo inteiro) mas intensivamente, numa espécie de endocolonização, conforme a expressão de Virilio. O resultado é que a pós-modernidade comporta a presença do eixo consumidor/mercadoria em todos os pontos do espaço-tempo social. Tudo pode ser comprado, mesmo a vida (suas formas ainda inexistentes já são comercializadas no mercado da engenharia genética), até o tempo” (Pelbart, 2000: 33).

Hardt & Negri assinalam que na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, e do imperialismo para o Império, é cada vez menor a distinção entre o dentro e o fora. Trata-se de uma mudança geral na maneira pela qual o poder marca o espaço, na passagem da modernidade para a pós-modernidade. Essa transformação pode ser entendida através da noção de soberania moderna, concebida em termos de território (real e imaginário) e da relação desse território com o seu lado de fora. Segundo os autores, para os primeiros teóricos sociais modernos - por exemplo, de Hobbes a Rousseau -, a ordem civil era entendida como um espaço limitado e interior, em oposição à ordem externa da natureza. Ou ainda, a psicologia moderna compreendia os impulsos, as paixões, os instintos e o inconsciente, em termos espaciais, como um fora no interior do homem, um prolongamento da natureza no fundo de nós. Neste caso, a soberania do indivíduo repousava entre a ordem natural das pulsões e a ordem civil da razão e da consciência.

No mundo pós-moderno, aboliu-se a distinção entre a ordem civil e a ordem natural, entre o público e o privado, entre o eu e o outro. Segundo Fredric Jameson (2002), o chamado capitalismo tardio teria penetrado e colonizado dois enclaves até então aparentemente invioláveis, a natureza e o inconsciente. O inconsciente foi açambarcado pela ascensão da mídia e da indústria de propaganda, através da “estetização da realidade”, com a adoção de estilos de vida associados às mercadorias. Num mundo pós-moderno, todos os fenômenos e forças são artificiais, fazem parte da história, não sendo mais vistos como originais e independentes do artifício da ordem civil. Assim, “o pós-modernismo é o que se tem quando o processo de modernização está completo e a natureza se foi para sempre” (Jameson, 2002: 13).

Para Jameson, o pós-modernismo é uma concepção histórica, um demarcador de período, e não somente um termo estilístico. A produção cultural dos anos sessenta e outras transformações sociais e econômicas que vieram à tona naquele período, como forma de reação contra os movimentos modernistas anteriores, são definidas pelo autor como o momento em que emergiu a reestruturação sistemática do capitalismo, que hoje acontece em escala global. Uma das características do pós-modernismo assinaladas pelo autor é o fim do sujeito centrado, ou do ego burguês, bem como o fim das psicopatologias desse ego, cujo sintoma é o esmaecimento dos afetos caracterizado pelo desbotamento da grande temática do tempo, da memória e do passado. Assim, o autor sugere uma hipótese:

“conceitos como ansiedade e alienação (e as experiências a que correspondem, como em o grito) não são mais possíveis no mundo do pós-moderno. [...] os casos notórios de autodestruição e burnouts do final dos anos 60 e a proliferação das experiências com as drogas e a esquizofrenia parecem não ter mais quase nada em comum com as históricas e neuróticas do tempo de Freud, ou com aquelas experiências canônicas de isolamento radical e solidão, de revolta individual, de loucura como a de Van Gogh, que dominaram o período do alto modernismo. Essa mudança na dinâmica da patologia cultural pode ser caracterizada como aquela em que a alienação do sujeito é deslocada pela sua fragmentação” (Jameson, 2002: 42).

No contexto dessa breve etiologia, Joel Birman (1999) comenta que a concepção de sujeito fora-de-si não se confunde mais, de maneira absoluta, com a concepção de loucura, tal como a identificada no pensamento ocidental por Montaigne, passando por Descartes, Kant, Hegel e estabelecida, pelo discurso psiquiátrico no início do século XIX, como alienação mental. Cabe destacar que se a concepção de sujeito dentro-de-si demarcava a noção de interioridade, hoje não define mais o ser do sujeito, rompendo com uma longa tradição iniciada no início da modernidade. Isso implica reconhecer que a fronteira que delineava o limite entre o dentro-de-si e o fora-de-si desapareceu, esvaziando as noções de alteridade e de intersubjetividade, ou seja, entre o sujeito e o outro. No apagamento das fronteiras entre o dentro-de-si e o fora-de-si, a idéia de história e de temporalidade, assim

como a noção de memória se evapora, sendo substituídas pela categoria de espaço, em que a subjetividade é definida por superfícies lisas de contato e de superposição.

Trata-se, assim, de uma mudança na maneira de conceber o sujeito, que tem conseqüências fundamentais na construção do discurso da psicopatologia pós-moderna e também nas formas de intervenção clínica. Articulando o problema do dispositivo analítico aos impasses subjetivos, expressos na bulimia, anorexia, alcoolismo, toxicomania, no pânico e nas disposições depressivas suscitadas pela biopolítica contemporânea, Jô Gondar (2003) afirma que a noção de sujeito como categoria de estrutura é lenta para dar conta de um percurso pouco estriado e sem atrito da sociedade de controle. Para percebermos as sutilezas e diversidades de modulações subjetivas e levá-las em conta, a despeito do alisamento do circuito, “é preciso trabalhar com noções mais móveis e processuais, como as de modos de subjetivação ou de produção de subjetividades, que permitem alargar o campo estrito do sujeito” (Gondar, 2003: 87).

Em *Micropolítica - Cartografias do Desejo* (2000), Félix Guattari pensa a produção de subjetividade por instâncias individuais, coletivas e institucionais, e adverte que falar em produção não significa falar em determinação por uma instância dominante, por relações hierarquizadas. Concebe a subjetividade, em sua dimensão maquínica, a partir de múltiplos componentes heterogêneos, como as instituições, os objetos técnicos, os saberes, a mídia, a violência das cidades, a música, o cinema, a dança e as artes plásticas, a experiência com as drogas, a participação nos movimentos sociais e muitos outros vetores de subjetivação. A subjetividade não se confunde com o sujeito, não é individual, pessoal, pois essa produção não pode ser definida como simples produção realizada por um sujeito, mas é o próprio sujeito que aparece como um produto, isto é, como resultado de um processo de produção que é sempre da ordem do coletivo. Nas palavras de Guattari & Ronik:

“A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de semiotização - ou seja, toda a produção de sentidos, de eficiência semiótica - não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egóicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extra-individual (sistemas

maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, enfim sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagens, de valor, de modos de memorização e de produção idéica, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos etc.)” (Guattari & Rolnik, 2000: 31).

A subjetividade é então concebida como pré-subjetiva, constituída por múltiplos vetores heterogêneos, a partir dos quais pode ganhar consistência um território existencial, pode emergir um sujeito. Contudo, a ênfase não é mais colocada sobre o sujeito, sobre o território, mas sobre o processo de subjetivação, ou seja, toda uma maquinação polifônica, rizomática<sup>6</sup>, heterogênea e complexa de criar novos modos de existencialização. Posto que o ser não precede a essência maquínica, mas é o processo que precede a heterogênese do ser, a emergência concreta de sujeito, no espaço e no tempo, é entendida como uma espécie de fechamento da subjetividade sobre si mesma. Fechamento pragmático, contingente e temporário, sem garantia de universalidade ou de transcendência e que não abole, portanto, o contato com o que lhe é exterior, o que garante a continuidade de sua existência enquanto processo.

A crise da historicidade, acompanhada pela fragmentação da vida social, entretanto, se inscreve de forma sintomática em outra característica do novo espaço pós-moderno. A ascensão das mídias, da indústria de propaganda e da rede computadorizada, formas sociais que exprimem menos uma evolução tecnológica e, mais profundamente, uma mutação do

---

<sup>6</sup> Em *Mil Platôs* (1996), o conceito rizoma é trabalhado por Deleuze & Guattari como uma imagem do pensamento. Diferentemente do pensamento raiz ilusionado pela transcendência, submetido aos dogmas e com pretensões de ser fechado, o pensamento rizomático é a-centrado e não-hierárquico. Criador de diferenças, consistência e sentido (sistema aberto apto a montar cadeias, ou seja, um pensamento não acabado que busca realizar ressonâncias entre planos distintos). A multiplicidade heterogênea que valoriza a construção conceitual, a imanência do conceito (suas ligações, conexões) e a invenção do sentido. Deleuze não se preocupa com o verbo ser (não quer criar uma imagem dogmática do pensamento - o pensamento arborificado), e sim com a conjunção "e" (quer perpetrar um campo de multiplicidades, usar o pensamento como experimentação - o pensamento rizomático aberto e disposto a realizar intercâmbios), não tem interesse em dizer o que uma coisa é e nem está ligado à vontade de verdade, o que interessa para Deleuze & Guattari são os acontecimentos, a experiência paradoxal, a intensidade limite que leva à criação e à formação de sentido.

capitalismo, são compreendidas por Jameson como uma rede global de poder e de controle, que penetra fundo em nossas experiências psíquicas, em nossas linguagens, produzindo uma “desdiferenciação” ou “indistinção” entre a economia e a cultura. O efeito alucinógeno dessa deshistorialização, característica do mundo do capitalismo tardio, reflete não só a crescente inviabilidade de um estilo pessoal, mas também a ausência de qualquer grande projeto coletivo.

Deste modo, a dialética moderna do dentro e do fora, que definia a relação entre o público e o privado, também declinou na sociedade contemporânea. Os espaços públicos da sociedade moderna, que constituíam o lugar da vida política, tendem a desaparecer no mundo pós-moderno. O fora era o lugar próprio da política, onde as ações dos indivíduos modernos eram expostas na presença de outros e onde eles buscavam ser reconhecidos. Entretanto, hoje esses espaços públicos são cada vez mais privatizados, e a paisagem do espaço público está se mudando para os espaços fechados dos *shopping centers*, das *freeways*, das academias de ginásticas e dos condomínios fechados.

Complementando esse quadro, a arquitetura e o planejamento urbano de megalópoles, como Los Angeles e São Paulo, tendem a limitar o acesso e a interação pública, de modo a evitar o encontro casual de populações diferentes. A criação cada vez maior de interiores protegidos e de espaços isolados reforça a valorização da privacidade, do individualismo e de atitudes “hedonistas” no tecido urbano. Essa perspectiva expressa os signos de um espaço público que foi a tal ponto privatizado em nossa sociedade imperial pós-moderna que pode ser caracterizada por um déficit do político. “Numa sociedade em que ninguém consegue ser reconhecido pelos outros, cada indivíduo se torna incapaz de reconhecer sua própria realidade” (Debord, 1998: 140).

Sob esse aspecto, a análise crítica da moderna sociedade de consumo, feita pelo filósofo francês Guy Debord, em 1967, na obra *A Sociedade do Espetáculo* (1998), escrita há mais de trinta anos, parece cada vez mais urgente e oportuna, pois, segundo Hardt & Negri, na sociedade imperial de controle o espetáculo é um não-lugar da política, de tal maneira que se torna difícil distinguir um dentro e um fora - o natural do social, o privado do público. Para Debord, o espetáculo é o seqüestro da vida, ou seja, “o momento em que a mercadoria ocupou totalmente a vida social” (Debord, 1998: 30). Na perspectiva de suas análises, as necessidades e fantasias humanas estão aprisionadas no mundo das imagens,

inibindo as forças do desejo e da liberdade de criar novas formas de vida. Nesse mundo cindido, falsificado, a contemplação passiva das imagens consolida a adesão positiva das multidões à ordem espetacular. Em suas palavras:

“[...] quanto mais ele contempla, menos vive; quanto mais aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo. [...] É por isso que o espectador não se sente em casa em lugar algum, pois o espetáculo está em toda parte” (Debord, 1998: 24).

Entretanto, Debord afirma que o funcionamento dessa máquina não se resume às agências ou aparelhos ideológicos do Estado que garantem a reprodução sistêmica. Pelo contrário, ele marca uma alteração profunda e uma nova dinâmica no modo de produção capitalista, ou seja, algo que não deve ser minimizado na vastidão e abrangência do fetichismo das mercadorias, uma vez que confere novos sentidos e altera o ambiente em que se processa a reprodução:

“As imagens que se destacaram de cada aspecto da vida fundem-se num fluxo comum, no qual a unidade dessa mesma vida já não pode ser restabelecida. A realidade considerada parcialmente apresenta-se em sua própria unidade geral como um pseudomundo à parte, objeto de mera contemplação. A especialização das imagens do mundo se realiza no mundo da imagem autonomizada, no qual o mentiroso mentiu para si mesmo. O espetáculo em geral, como inversão concreta da vida, é o movimento autônomo do não vivo” (Debord, 1998: 13).

O fim do fora na sociedade de controle constitui a realização da expansão do capitalismo a todos os lugares do planeta e a todas as esferas da existência. Na análise de Hardt & Negri: “A realização do mercado mundial constituiria o ponto de chegada dessa tendência. Em sua forma ideal, não há exterior para o mercado mundial: o globo inteiro é seu domínio” (Hardt & Negri, 2004: 209). Os autores lembram que o mercado capitalista é uma máquina que sempre foi de encontro a qualquer divisão entre o dentro e o fora, ele prospera através da inclusão crescente de diferentes esferas da vida social. Consolida-se

assim, na sociedade imperial de controle, “a liberdade ditatorial do Mercado, temperada pelo reconhecimento dos Direitos do homem espectador” (Debord, 1998: 11).

Félix Guattari (1981) já chamava a atenção para essa preponderância dos fatores subjetivos na lógica capitalista. Para Guattari, o capitalismo contemporâneo, que ele denominou de Capitalismo Mundial e Integrado (CMI), opera por um processo intenso de desterritorialização, de modo que não se impõem limites geográficos nem tampouco limites com relação à expansão de si mesmo, objetivando um esquadramento de toda atividade humana e do setor de produção. Para a fabricação de subjetividades “capitalísticas”, o CMI se serve de sistemas de informação e de manipulações psicológicas em grande escala, por intermédio dos meios de comunicação de massa, das pesquisas de opinião, que operam no coração da subjetividade humana, não só em sua memória e em sua inteligência, mas também em sua sensibilidade, seus afetos, seus fantasmas inconscientes. Segundo Guattari, para que tal operação de produção possa cobrir o conjunto do campo social, é preciso entender que:

“O exercício do poder por meio das semióticas do capital tem como particularidade proceder concorrentemente, a partir de um controle de cúpula dos segmentos sociais, e pela sujeição de todos os instantes de cada indivíduo. Se bem que sua enunciação seja individuada, nada menos individual que a subjetividade capitalista. A sobrecodificação, pelo capital, das atividades, dos pensamentos, dos sentimentos humanos, acarreta a equivalência e a ressonância de todos os modos particularizados de subjetivação. A subjetividade é nacionalizada. O conjunto de valores de desejo é reorganizado numa economia fundada na dependência sistemática dos valores de uso em relação aos valores de troca, a ponto de fazer com que esta categoria de valores de uso perca seu sentido” (Guattari, 1981: 191).

Assim, se a modernidade em seus espaços estriados construiu um jogo dialético com o fora, por outro lado, na soberania imperial o espaço é liso, ou seja, livre das divisões binárias ou dos estriamentos das fronteiras modernas. Nesse sentido, a crise da modernidade, definida pelos contornos limitados das instituições disciplinares, cede lugar

na pós-modernidade para uma sucessão de crises menores e mal-definidas, uma *oni-crise*, ou corrupção (na etimologia latina: *cum-rumpere*, partir-se). Cabe ressaltar que esse conceito não se refere a uma acusação moral ou um desvio do que é considerado correto, bom e puro. Ele remonta a Aristóteles e é caracterizado como deformação, fluidez da forma. Com efeito, enquanto na condição moderna a subjetividade era produzida na fábrica social, ou seja, nas diversas instituições disciplinares (a casa, a capela, a sala de aula, a loja), agora na pós-modernidade, as instituições sociais podem ser percebidas em um processo fluido de engendramento e de corrupção da subjetividade.

Desta forma, a progressiva indeterminação entre o dentro e o fora na modernidade sucumbiu, esvaziando qualquer noção de uma subjetividade pré-social, de modo que na passagem para a sociedade pós-moderna “toda subjetividade é reconhecida como artificial” (Hardt & Negri, 2004: 216). A subjetividade não é um dado prévio ou original; em vez disso, ela é formada no campo de forças das grandes instituições sociais. O que mudou, na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, foi o lugar de produção de subjetividade, que não é mais definido da mesma maneira. Dito de outro modo, essa crise significa “que hoje os cercados que costumavam definir o espaço limitado das instituições foram derrubados, de modo que a lógica que funcionava principalmente dentro das paredes institucionais agora se espalha por todo o terreno social” (ibid.: 216). Portanto, com a derrocada geral das instituições disciplinares na pós-modernidade, a produção de subjetividade na sociedade imperial de controle tende a não se limitar mais a qualquer lugar específico.

Cabe, no entanto, observar que essa *oni-crise* das instituições varia muito, conforme o caso. Segundo Francisco Ortega (2002), assistimos, desde a década de 1960, a um processo de desterritorialização da instituição familiar, ou seja, a tão citada “crise da família”. O modelo de família tradicional burguesa, célula da sociedade, doadora de sentido e matriz da socialização, portadora de valores cívicos, morais e educativos, está se desmanchando. O autor aponta três fatores que confirmam essa crise: 1) a descontinuidade de valores entre pais e filhos; 2) a instabilidade da vida conjugal, refletida no aumento das taxas de divórcio; e 3) o desmantelamento da vida nuclear, a partir da “libertação feminina” (Ortega, 2002: 158). Entretanto, se a família está em crise, sua anunciada decadência serviu

para extrapolar o dispositivo familiar para o campo social e difundir a ideologia familialista por todo o tecido social. Michel Hardt (2002) adverte:

“não se deveria pensar que a crise da família nuclear tenha acarretado um declínio das forças patriarcais; pelo contrário, os discursos e as práticas que invocam os ‘valores da família’ parecem investir todo o campo social. [...] continuamos ainda em família, na escola, na prisão, e assim por diante. Portanto, no colapso generalizado, o funcionamento das instituições é, ao mesmo tempo, mais intenso e mais disseminado. Assim como o capitalismo, quanto mais elas se desregam, melhor elas funcionam” (Hardt, 2002: 369).

Ortega complementa a explicação:

“Nossa sociedade possui um caráter familiar, nossas instituições estão permeadas, saturadas, da ideologia familialista. Os valores familiares são evocados constantemente como a cura para todos os males, adições, violências e patologias do cotidiano, desempenhando um papel fundamental na organização e no ethos das instituições. A mídia aparece saturada de vida em família, imagens da felicidade conjugal são criadas e recriadas constantemente. O familialismo faz parte da retórica política e constitui amiúde uma metáfora de políticas econômicas governamentais” (Ortega, 2002: 159).

No processo geral de decomposição das instituições disciplinares, em que vemos desaparecer a distinção entre vida privada e vida pública, e mesmo entre a vida subjetiva e o simples viver, diante dos avanços biotecnológicos para se regrar as formas do corpo e reduzir a distância entre o que quer o pensamento e o que quer o corpo, engendram-se novas maneiras de viver e adaptar-se ao mercado em sua lógica de pulverização e globalização. As transformações na cartografia contemporânea são tão grandes que produzem uma desestabilização nas “identidades locais fixas” para dar lugar a “identidades globalizadas flexíveis”. Entretanto, Suely Rolnik (1997) explica que tais mudanças não implicam forçosamente o abandono da referência identitária. As subjetividades tomadas

pela sensação de ameaça de fracasso, despersonalização, enlouquecimento, ou até de morte, tendem a insistir em sua figura moderna de uma representação de si dada *a priori*. Desta forma, a autora explica que o desassossego trazido pela desestabilização se torna traumático, ganhando caráter diabólico:

“Para proteger-se da proliferação de forças e impedir que abalem a ilusão identitária, breca-se o processo, anestesiando a vibratilidade do corpo ao mundo e, portanto, seus efeitos. Um mercado variado de drogas sustenta e produz essa demanda de ilusão, promovendo uma espécie de toxicomania generalizada” (Rolnik, 1997: 21).

Dentre as várias drogas oferecidas pelo mercado globalizado para sustentar “a ilusão de identidade”, cabe destacar as “fórmulas da psiquiatria biológica que nos fazem crer que essa turbulência não passa de uma disfunção hormonal ou neurológica” (ibid.: 22) e, para incrementar o coquetel, uma diversidade inédita de aparelhos, serviços, publicações, roupas, cirurgias plásticas, moléculas ativas, alimentos dietéticos, *body building* e medicamentos, destinados sobretudo à majoração da saúde. Entretanto, o processo constituinte do corpo eficaz, saudável, belo, jovem etc., ao mesmo tempo em que redefine, a doença, a feiúra e a velhice, também revela “novas zonas de descontrolo, de mistério e de risco” (Sant’Anna, 1995: 15).

Assim, as práticas de conforto e prazer nos quais o corpo é amplamente engajado pela sociedade de controle implicam uma sofisticação dos mecanismos de biopoder, cuja aliança entre a psiquiatria e as ciências biológicas vem aprofundando cada vez mais, num trabalho complexo e infinito, a inclusão de artefatos técnico-científicos no funcionamento dos corpos. No “seio da promessa de liberação do corpo de qualquer sofrimento, incluindo a revelação de todos os erros e artifícios do passado, interiorizam-se novas normas e afinam-se as estratégias de controle das condutas” (ibid.: 14). A partir desse novo contexto biopolítico, teceremos nos próximos capítulos algumas considerações de natureza analítica acerca da biopsiquiatria contemporânea, ou seja, a psiquiatria biológica como um dispositivo<sup>7</sup> do biopoder.

<sup>7</sup> Segundo Deleuze (1996), um dispositivo é antes de mais nada uma meada, um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferentes. No dispositivo, as linhas (de visibilidade, enunciação, força, subjetivação, brecha, fissura e fractura) não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria

---

conta, mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio e que ora se afastam, ora se aproximam umas das outras. Desenredar as linhas de um dispositivo é construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que Foucault chama “trabalho no terreno”. Pertencemos a dispositivos e nele agimos. À novidade de um dispositivo em relação aos que o precedem, chamamos actualidade do dispositivo, a nossa actualidade. Desta forma, devemos separar as linhas do passado recente e as linhas do futuro próximo; a parte do arquivo e a actual, a parte da história e a do devir, a parte da analítica e a do diagnóstico.

## *Capítulo 2*

# *Biopsiquiatria: a psiquiatria remedicada*

Hoje a arte de controlar os espíritos está em via de tornar-se uma ciência. Os praticantes desta ciência sabem o que estão fazendo e por quê. São guiados na sua obra por meio de hipóteses firmemente estabelecidas sobre uma grande massa de dados experimentalmente constatados.

*Aldous Huxley*

### **2.1. A Remedicalização da Psiquiatria**

Diante das transformações políticas na sociedade do pós-guerra, Birman (1999) afirma que a psiquiatria contemporânea vem assumindo novas composições e modos de funcionamento heterogêneos que têm possibilitado a produção e sustentação de identidades

globalizadas. Atravessada por um novo diagrama de forças, a medicina mental, que desde o seu nascimento, no século XIX, sempre se encontrou numa posição incômoda no campo da medicina, pretendendo ser uma especialidade médica nunca conseguiu se fundamentar com os saberes advindos da racionalidade médica. Agora, pôde se aproximar da medicina somática, através de um processo de remedicalização. Com isso, completa-se o sonho do saber psiquiátrico de se “trans-formar não apenas numa ciência, mas numa especialidade médica” (Birman, 1999: 2).

Em *Mal-Estar na Natureza* (1998), Octavio Domont de Serpa Jr. argumenta que, desde a década de 1980, começa a se impor e a assumir a hegemonia uma versão “remedicalizada” da psiquiatria, chamada “psiquiatria biológica”. Segundo o autor, a “remedicalização” pode ser considerada uma espécie de “efeito rebote” diante das fortes perspectivas de “desmedicalização” (de afastamento da psiquiatria do modelo médico), representadas pelo *boom* do movimento psicanalítico que dominaram o campo psiquiátrico nas décadas de 50, sessenta e setenta em diversos países, principalmente nos Estados Unidos.

O período também foi marcado por dois grandes momentos de reestruturação do campo teórico-assistencial da psiquiatria. O primeiro momento foi marcado pelos grandes movimentos de reformas asilares iniciados, com as experiências das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e com o movimento de Psicoterapia Institucional (França), que conduziram o processo para o resgate da “função curativa” do manicômio, através da reforma da instituição psiquiátrica. O segundo foi realizado pela Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) e a Psiquiatria de Setor (França), que desdobraram o dispositivo psiquiátrico para o espaço público, tendo como meta a prevenção e a promoção da saúde mental. Cabe destacar que os movimentos da antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália) surgiram, a partir dos anos sessenta, com o objetivo de promover uma ruptura com as relações de poder entre os pacientes e as instituições, tanto com o modelo tradicional Pineliano quanto com o modelo reformado dos dois primeiros períodos (Birman & Costa, 1994).

Entretanto, Serpa Jr. afirma que situar a década de oitenta como o marco cronológico de expansão da psiquiatria biológica não significa que outras formas de tratamento biológico não tenham sido empregadas antes desse período. Antes disso,

práticas chamadas de “psiquiatria organicista” já eram empregadas, cada uma com sua concepção de loucura. No entanto, o autor adverte que não devemos tomar a psiquiatria biológica do final do século passado como uma mera ressurgência, mais sofisticada, de antigas doutrinas abandonadas, uma espécie de “neofrenologia” ou “neodegenerescência” - ou seja, não se trata de uma continuidade entre a teoria da degenerescência e a genética das doenças mentais, mas de descontinuidade<sup>8</sup>, pois “não há, através do tempo, evolução ou modificação de um mesmo objeto que brotasse sempre no mesmo lugar. Caleidoscópio e não viveiro de plantas [...]. Como diria Deleuze, as árvores não existem: só existem rizomas” (Veyne, 1998: 269).

Embora o processo de remedicalização da psiquiatria decorra em parte dos acontecimentos ocorridos em décadas anteriores, cabe ressaltar que o termo psiquiatria biológica refere-se ao campo de pesquisa desenvolvido a partir dos anos 70, cuja principal característica consiste na tentativa de descobrir o correlato biológico das desordens psiquiátricas, com o objetivo de estabelecer sua etiologia, terapia e diagnóstico. A psiquiatria biológica desenvolve-se na relação de áreas fronteiriças, onde a psiquiatria e as ciências biológicas se cruzam, tais como endocrinologia, neuroquímica e bioquímica clínica. Posteriormente ela se ramifica, constituindo um campo autônomo, desenvolvendo seus próprios jornais, teorias, práticas e provas (Charlton apud Henning, 1998).

Desta forma, a psiquiatria biológica se insere num contexto mais amplo, que diz respeito ao campo da biologia. Esta deixa de ser uma ciência de contemplação da natureza ou de elucidação de mecanismos vitais, para se tornar no cenário atual uma ciência aplicada, candidata ao posto de “ciência-paradigma”. Se as descobertas da física quântica influenciaram a maneira de ver o mundo, o modo de configurar questões, a forma de descrever objetos, e mesmo o vocabulário de diversas disciplinas científicas, algo parecido está acontecendo com a biologia. Pois, com o desenvolvimento das ciências da informação

---

<sup>8</sup> Segundo Rago (1995), o efeito-Foucault provocou uma mudança na historiografia brasileira, com a noção de descontinuidade. Em suas pesquisas arqueológicas (1961-1969), Foucault chamou a “atenção para as metáforas biológicas que organizavam o discurso histórico, através das quais fazíamos velhas perguntas ao passado e dávamos explicações antigas, mais preocupados em construir linhas de continuidades entre os fatos, articulando-os à custa de aplainamento forçados”. Para Foucault, “a descontinuidade era o estigma da dispersão temporal que o historiador se encarregava de suprimir da história. Ela se tornou, agora, um dos elementos fundamentais da análise histórica, onde aparece com um triplo papel” (Rago, 1995: 76).

e das tecnologias computacionais, o modelo da física enquanto ciência paradigmática estaria cedendo lugar ao modelo do organicismo calcado na biologia (Bezerra Jr., 2000).

Para melhor situar esses processos bastante amplos e compreender a atuação da psiquiatria biológica sobre os corpos, cabe fazer um pequeno recuo no tempo, começando pela emergência de dois campos disciplinares no início da década de 1930: a genética e a bioquímica, “ambos tomando a vida e os seus determinismos como objeto” (Serpa Jr, 1998: 180). Enquanto a primeira calcava suas explicações na existência de genes capazes de não só determinar as estruturas e funções da célula, mas de reger a vida, a segunda fundamentava suas hipóteses nas substâncias do núcleo celular que dão suporte à vida, identificadas pelas proteínas e ácidos nucléicos. Da confluência prática e epistemológica das duas ciências, vai-se constituir a biologia molecular, entendida como “o conjunto das técnicas que permitiram a análise molecular dos processos mais íntimos do ser vivo, daqueles que lhe asseguram a perenidade e a reprodução” (Morange apud Serpa Jr. 1998: 181).

No início dos anos cinquenta, as pesquisas de Watson & Crick sobre a estrutura de DNA, mostrando que uma molécula genética era formada por uma estrutura quaternária com seqüência binária, foram essenciais para compreender o funcionamento dos genes. O efeito dessas descobertas para os pesquisadores em biologia molecular foi que o DNA era a “substância” dos genes, o suporte da hereditariedade. Essas “descobertas” conferiram materialidade aos genes, que há muito tempo eram percebidos como uma espécie de “maestros” da vida, e produziram em vários pesquisadores a sensação de que os “segredos da vida” começavam a ser desvelados.

O período entre 1965-1972 é apontado por Serpa Jr. como de expansão da biologia molecular, acompanhada de uma perspectiva reducionista. O autor refere-se a uma “molecularização” de outros ramos da biologia e mesmo da medicina, através da dotação orçamentária preferencial para as linhas de pesquisa em biologia molecular, da criação de novas revistas ou mudança de linhas editorial das antigas e da certa conquista hegemônica na formação universitária. Morange aponta que os sucessos da biologia molecular conduziram a uma deriva reducionista que pretendia retraduzir os fenômenos estudados por outras disciplinas em termos moleculares. “São razões científicas que explicam a aceitação da nova disciplina, mas seu desenvolvimento rápido foi também o fruto de uma estratégia

política precisa conduzida por alguns dos seus líderes” (Morange apud Serpa Jr, 1998: 187).

Outra descoberta fundamental, ocorrida em 1973 e apontada por Sibilía (2003), foi a de dois cientistas californianos que conseguiram reatar ou “recombinar” trechos do código de uma bactéria, após terem incluído na seqüência um gene de sapo. Trata-se da técnica do DNA recombinante, que tornou possível alterar o programa genético, manipulando a informação vital para obter diversos resultados. Nesse processo, em que os domínios de saber-poder procuram desvendar os fundamentos da existência, para torná-los utilizáveis para determinados fins, a natureza é decomposta e recriada, não mais de acordo com um regime mecânico-geométrico da física clássica, mas segundo o modelo informático-molecular:

“todas as células de todos os seres vivos contém um ‘manual de instruções’ escrito no mesmo código, o que lhes permite reproduzir-se conservando intacta a sua informação genética. O código é idêntico para todos os seres vivos, enquanto as instruções nele escritas variam para cada espécie: em cada caso, elas conformam um conjunto específico de informações chamado genoma” (Sibilía, 2003: 76).

Na opinião de Gros, as experiências sobre a estrutura molecular do câncer, realizadas pela biologia molecular entre os anos de 1975 e 1985, possibilitaram a emergência de uma “nova genética”, caracterizada pelas pesquisas de purificação e fabricação em escala industrial de moléculas concernentes à saúde do homem e dos animais, por métodos diagnósticos de terapêutica genética e por plantas e animais transgênicos. No que se refere aos métodos diagnósticos, estes podem ser divididos em dois grandes grupos: o “diagnóstico pré-natal” e a “detecção de agentes patogênicos”. Assim, os estudos da nova genética envolvem não só os conhecimentos da biologia molecular e da genética formal mas, também de outras áreas, como a zoologia e a neurobiologia, pois como sugere o autor:

“[...] não se trata mais apenas de apreender o determinismo de um caractere em uma dada célula mas o que rege a formação, o

funcionamento e a reunião dos subgrupos, no sentido morfológico ou fisiológico do termo. Trata-se, então, de uma certa maneira, de uma genética das arquiteturas biológicas, que enquanto tal, preocupa-se tanto com a especificação dos materiais quanto com o agrupamento destes, permitindo a construção programada dos indivíduos ou das partes que os compõem” (Gros apud Serpa Jr., 1998: 193).

Segundo Serpa Jr, na “nova genética” podem ser agrupadas as pesquisas que se interessam tanto pelos mecanismos de aquisição da forma nos organismos organizados, quanto às pesquisas genéticas do cérebro ou mesmo do comportamento. Um passo importante para a arquitetura cerebral foi a constatação, pelas pesquisas em biologia molecular, de que, no cérebro, o número de genes transcritos em RNA mensageiro é de três a cinco vezes maior do que em outro órgão. Diante desses dados, as pesquisas em biologia molecular dirigiram seus esforços para a pesquisa do cérebro.

“se a intimidade da estrutura do ADN e o conhecimento do código genético pareciam encaminhar a elucidação dos mistérios da vida, no cérebro deveriam encontrar-se as chaves da compreensão da ‘humanidade’ do homem” (ibid.: 205).

Entramos aqui no domínio das neurociências, que vem procurando determinar uma leitura naturalizante e materialista da mente humana, através da substituição da visão dualista do humano, baseada na afirmação de um plano “psíquico” distinto do orgânico, por outra monista, que pretende fornecer uma leitura orgânica do que até então tem se chamado psíquico (ou mental). Junto com a genética e a biologia molecular, esses campos constituem as principais áreas de investigação sobre as quais a psiquiatria biológica se fundamenta e, mais do que isso, constituem o conjunto daquilo a que se refere o “biológico”, que adjectiva a psiquiatria “remedicalizada”. Atravessada por uma concepção neuronal e/ou genômica do ser humano, a “pressuposição central da psiquiatria biológica é a de que o cérebro é o ‘órgão da mente’”. Deste modo, “estrutura e função cerebrais estão no centro do seu sistema conceitual” (ibid.: 240).

Dentro da perspectiva monista caracterizada por um reducionismo fisicalista da subjetividade, há no seu horizonte a ambição teórica de eliminar a dimensão social dos fenômenos psicopatológicos, o que traz conseqüências importantes para as intervenções clínico-políticas, quaisquer que sejam elas. Com o reducionismo dos problemas sociais às suas dimensões biológicas, todas as formas de sofrimento psíquico passam a ser suscetíveis de redefinições genéticas. Assim, a implantação hegemônica de uma descrição estritamente biológica dos fatos psíquicos é um empreendimento que pretende estabelecer a “‘fórmula química’ do conjunto dos genes presentes nos cromossomos.” (Gros apud Serpa Jr., 1998: 195). Desta forma, a biologia contemporânea se torna:

“um dos empreendimentos reducionistas mais significativos entre todos aqueles que já foram tentados no que concerne à espécie humana. [...] Ele representa, a seu modo, a mais ousada extrapolação de uma concepção do homem, que se desejaria essencialmente ‘genômica’, esforçando-se para descrever o mestre do planeta segundo uma formulação puramente cromossômica” (ibid.: 195).

O período de 1980-1985 foi marcado por importantes progressos tecnológicos, em particular nos domínios dos microcomputadores e na automação de manipulações microquímicas. Nesse período surge a idéia de seqüenciar e mapear as bases do genoma humano por inteiro - o *Projeto Genoma Humano*. Tal “empreendimento” começou a ser delineado no EUA em 1984, mas foi em 1987, com a direção da Agência de Pesquisa em Saúde e Meio-Ambiente, do Departamento de Energia, que se deu início à verdadeira “corrida do ouro”, com o financiamento de pesquisas desenvolvidas nos mais importantes laboratórios de biologia molecular dos EUA.

Com a aliança entre a tecnologia e o mercado, novos ramos foram desenvolvidos: informática, tecnociência, tecnobiologias, biociências; e também a fusão de quatro setores: a biotecnologia, a vida artificial, a eletronomia molecular e as nanotecnologias. Os novos dispositivos de saber-poder, com suas descobertas e aplicações no domínio da saúde do homem, permitiram ao projeto genoma expandir-se por todo o planeta. Prometendo beneficiar os doentes reais ou virtuais e melhorar a condição de vida cotidiana, a nova moral científica pretende descobrir no fundo do ser “a verdade por trás das aparências,

detectar o que está oculto, predizer, então” (Sfez, 1995:160). Com o desenvolvimento dos testes genéticos, tudo hoje passa a ser suscetível de ser testado e a questão essencial em medicina é a da predizibilidade, ou seja, uma antecipação do futuro. Mais ainda, lembrando Foucault: “os testes não são apenas um procedimento médico, mas um meio de criar categorias sociais” (Foucault apud Sfez, 1995: 161).

No quadro das vertiginosas transformações operadas no âmbito da engenharia genética a partir da decifração do código genético humano e com o desenvolvimento das ciências da vida e das biotecnologias a elas correlatas, numerosas pesquisas de ponta sobre a questão da localização da mente e das faculdades mentais no cérebro têm sido realizadas com uma ancoragem reducionista e fisicalista sobre a anátomo-patologia. Segundo Serpa Jr, um fato que representa bem as ambições intelectuais de redescrição da subjetividade, que são reencontradas em muitos textos “programáticos” da chamada psiquiatria biológica dos anos 1980/1990, foi a publicação do livro *O Homem Neuronal*, de J. P. Changeux, em 1983.

“[...] este livro, até em função do seu sucesso junto ao público e crítica, representa uma das mais bem sucedidas tentativas recentes de oferecer uma redescrição, de ambição reducionista e eliminativista, da subjetividade em termos cerebrais, ou, por outra, em termos neuronais” (Serpa Jr, 1998: 206).

No terceiro capítulo do livro de Changeux, discute-se a transmissão do impulso nervoso ao longo dos circuitos neuronais através dos mediadores químicos: acetilcolona e noradrenalina, reconhecidas no sistema nervoso periférico e no sistema nervoso central como as estruturas e dispositivos necessários à sua efetuação. Após a descoberta da clorpromazina, em 1952, logo vieram os medicamentos psicotrópicos, substâncias químicas capazes de modificar estados psíquicos, marcando o desenvolvimento da psicofarmacologia e provocando uma reinvenção da clínica e da terapêutica. Mas foi com a formulação do modelo da neurotransmissão, conhecido no plano da ação molecular e da neurofisiologia dos transmissores e receptores, que a psiquiatria passou finalmente a partilhar com o conjunto da medicina os mesmos esquemas referenciais ascendendo, então, a um estatuto científico (Bogochvol, 2004).

Para os defensores do reducionismo neuronal, como Changeux, a elucidação da singularidade da espécie humana deve advir nos termos de um vocabulário fisicalista. Esta é a crença e a ambição que o autor tenta descrever no quarto e quinto capítulos de seu livro. No quarto capítulo, dirigido ao estudo do comportamento do homem, o autor faz uma alusão zombeteira à psicanálise francesa, com título “Passagem ao ato”. Criticando o projeto behaviorista que almejou banir do discurso científico a experiência subjetiva, chamada jocosamente de “conteúdo da caixa preta”, o autor propõe como alternativa às descrições codificadas da passagem ao ato explicar as sensações e emoções do “bicho-homem” através de um modelo matemático aplicado no estudo de animais vertebrados em termos de codificação química acompanhadas nas células neuronais.

No quinto capítulo, Changeux dedica seus estudos a uma função mais específica do comportamento humano: o pensamento. O autor tenta descrever, através da materialidade neuronal, os elementos de um pensamento que seria anterior à linguagem. Representados pelo termo geral de “objetos mentais”, delinea-se uma cartografia tanto no nível celular, quanto no nível dos grupos neuronais. Segundo Serpa Jr, o propósito confessado desse capítulo é demonstrar a “substância” da mente a partir da identificação dos estados mentais a um conjunto de neurônios. Posicionando-se contra a “alternativa mentalista”, a conclusão dos estudos de Changeux é que o homem é acima de tudo um ser neuronal:

“Este conjunto de observações e de reflexões conduz não somente a levar em conta os mecanismos internos do comportamento, mas a adota, com relação a eles, um ponto de vista determinista. Não há mais nada que se oponha, a partir de então, a que as condutas do homem sejam descritas em termos de atividades neuronais. É chegado o grande momento do Homem Neuronal entrar em cena” (Changeux apud Serpa Jr., 1998: 213).

Acompanhando os avanços da genética e da neurociência, Serpa Jr afirma que as proposições que aparecem nas páginas do livro de Changeux são as encontradas nas publicações psiquiátricas na mesma época de sua publicação, e que progressivamente vêm sendo difundidas pelos meios de comunicação. Segundo Bogochvol (2004), a euforia associada às neurociências e à biologia é correlativa de uma marcante biologização do homem. Para a psiquiatria biológica, as várias formas de sofrimento, de mal-estar e de

distúrbio psíquico são concebidas como produto de um distúrbio neurofisiopatológico tratável farmacologicamente. Dito de outro modo, o sintoma seria a expressão de um transtorno da neurotransmissão cerebral. Nesse jogo de cartas marcadas, onde não há o menor espaço para a dimensão trágica da existência, onde tudo deve estar “assegurado” e a tolerância às diferenças e a solidariedade devem ser adquiridas por alto preço, “exprime-se uma sociedade de controle” (Serpa Jr, 1998: 200).

Em julho de 1990, o então presidente americano, George Bush, assinou uma proclamação declarando os anos noventa “a década do cérebro”. A proclamação foi fruto de uma Lei pública 101-58, proposta a partir de uma recomendação da comunidade neurocientífica, votada no ano anterior pelo Congresso norte-americano. O argumento que sustentava a lei se baseava no impacto socioeconômico produzido pelas diferentes doenças e afecções do cérebro na população norte-americana, cujas despesas estimadas são superiores a \$500 bilhões de dólares por ano, sendo a maior parcela devida às perturbações mentais: \$136 bilhões de dólares. Subjacente aos argumentos econômicos, sustentados pelos avanços científicos e tecnológicos em neurociência, uma concepção acerca do sujeito ganha força e poder: “as doenças mentais são doenças do cérebro” (Serpa Jr, 2000: 144).

Nesse contexto, Serpa Jr. assinala que a biologização das classificações psiquiátricas articuladas com o desenvolvimento das biotecnologias tem levado a uma compreensão fisicalista do ser humano. A partir dos pressupostos biológicos, as tecnologias fisicalista têm expandido seus domínios de atuação, englobando um número cada vez maior de perturbações mentais, assim como as regularidades de comportamentos consideradas desviantes ou socialmente problemáticas, ainda que não reconhecidas uniformemente como pertencentes a uma categoria de perturbação mental codificada. Deste modo, para compreendemos os processos que levaram à remedicalização da psiquiatria, analisaremos em seguida as mudanças e rearranjos no campo das classificações psiquiátricas, cujo marco foi a publicação, em 1980, do DSM-III, que possibilitou a ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial.

## **2.2. O DSM-III e a mudança no campo psiquiátrico**

Em *Humanos Demasiadamente Orgânicos: um estudo comparativo de diferentes versões de um manual psiquiátrico* (2003), Russo & Venancio assinalam que a Segunda

Guerra Mundial marcou a derrocada das teorias deterministas e hereditárias representadas pela psiquiatria alemã de Emil Kraepelin, e pela teoria da degenerescência de Bénédict-Augustin Morel, na França, que buscavam ancorar a doença mental em um substrato orgânico. Assistiu-se então ao triunfo de duas vertentes “morais” da psiquiatria: de um lado a psicanálise, com uma visão psicológica da perturbação mental; de outro, o movimento “antipsiquiátrico”, com sua visão psico-político-social. Nos dois casos, a compreensão da doença mental como fato biológico foi afastada.

Foi no contexto do pós-guerra que a psicanálise se constituiu nos Estados Unidos como um movimento e instituição hegemônica. Não obstante sua presença na sociedade norte-americana desde os anos vinte, por meio das sociedades psicanalíticas, foi apenas nos anos cinquenta e sessenta que a psicanálise se transformou num movimento de forte penetração no meio médico-psiquiátrico. Nesse período, era impossível para um psiquiatra americano fazer carreira sem ter feito formação em psicanálise. Assim, no início dos anos sessenta, todos os chefes de departamentos de psiquiatria das universidades americanas eram membros de sociedades psicanalíticas. Karl Meninger, um dos mais influentes psiquiatras americanos do período, nos fornece uma idéia precisa da concepção dominante sobre os transtornos mentais e sua abordagem na psiquiatria americana da época, marcada pela forte influência da psicanálise.

“Em vez de enfatizar tanto os diferentes tipos e apresentações clínicas de doenças, propomos pensar todas as formas de doença mental como sendo essencialmente as mesmas em qualidade, mas deferindo quantitativamente” (Meninger apud Aguiar, 2002: 58).

Assim como se passou nos Estados Unidos, com a psiquiatria dinâmica, também na Europa e principalmente na França, a psiquiatria esteve articulada à psicanálise. Foi o caso das comunidades terapêuticas anglo-saxônicas, da psicoterapia institucional francesa, da psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana e sua contrapartida francesa do setor, e das práticas terapêuticas com pequenos grupos. Da mesma forma que a psiquiatria, a extensão das práticas grupais centradas na transferência com o objetivo de construir enquadres terapêuticos com famílias e casais, emergiram na relação com a psicanálise, como a “teoria da comunicação e do duplo vínculo de Bateson” (Birman, 2001:21).

Na mesma época em que a psicanálise se fez discurso teórico de referência para a medicina, a psiquiatria, a saúde pública e a pedagogia, outro movimento notabilizou-se através da luta contra o nazi-fascismo na Europa, a partir dos movimentos contestatórios de 1968: são os movimentos antipsiquiátricos. A antipsiquiatria inglesa surgiu do processo de reforma psiquiátrica, como um movimento de contracultura que serviu para questionar os limites entre razão e a loucura, assim como para evidenciar a importância das contradições sociais e da alienação na produção da doença mental. Nesse contexto, foram produzidas importantes experiências, como a “Vila 21”, por David Cooper, e a do “Kingsley Hall”, por Ronald Laing, além de obras como o “Eu Dividido”, de Laing, que constatarem o caráter social da subjetividade (Desviat, 1999: 41).

Na Itália, Franco Basaglia e um grupo de profissionais de saúde influenciados pela contracultura, pelos movimentos de direitos humanos e pelos ideais marxistas, criaram o movimento “psiquiatria democrática”, que imprimiu uma mudança radical no trato com a loucura. O caráter radical da experiência tomou como percurso o processo de desinstitucionalização dos modos pelos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar seu sofrimento. Segundo Rotelli, a ênfase do processo torna-se a “existência-sofrimento” dos pacientes e sua relação com o corpo social, ou seja, o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência; em suma, de relações de poder que produzem o objeto doença. “O problema não seria mais a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de novos sentidos e de uma outra sociabilidade nos espaços coletivos” (Nicácio, 1990: 90).

Nesta direção, um conjunto de ações políticas, apoiadas por vários movimentos sociais da época, colocou em pauta a Lei 180 (aprovada em 1978). Esta proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes psiquiátricos, criou serviços substitutivos territoriais responsáveis pela saúde mental de uma determinada população e aboliu o estatuto de periculosidade social do doente mental, assim como as tutelas jurídicas, a internação coagida e o tratamento coagido. Foram criadas cooperativas de trabalho, lares abrigados e centros de atenção diária. Os desdobramentos da experiência italiana de desinstitucionalização influenciaram outros países, inclusive o Brasil.

No mesmo período surgiram importantes obras que se tornaram clássicos, como *A História da Loucura*, de Michel Foucault; *O Mito da Doença Mental*, de Thomas Szasz;

*Manicômios, Prisões e Conventos*, de Erving Goffman e o *Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*, de Gilles Deleuze e Félix Guattari, nos quais a psiquiatria era denunciada como um dispositivo de poder caracterizado por um processo de inclusão por exclusão - isto é, “se excluem os indivíduos de um certo convívio, o fazem incluindo-o em um aparelho de produção ou de normalização” (Foucault, 1973 [1999]:114).

Diante dessas transformações no campo psiquiátrico foi desenvolvido, em 1952, pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA), o DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Na época, a classificação das perturbações mentais era feita através da CID-06, produzida pela Organização Mundial de Saúde. Entretanto, os psiquiatras americanos consideravam esse sistema classificatório como tendo uso limitado e inadequado à prática clínica e o desenvolvimento de pesquisas realizadas nos Estados Unidos. Assim, o DSM foi utilizado como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID).

A primeira versão do DSM baseava-se numa compreensão “psicossocial” da doença mental, esta concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldades impingidas individualmente, como ilustra o termo “reação esquizofrênica”. Nessa concepção, a utilização do termo reação reflete a influência do psicobiologista Adolph Meyer, para quem os distúrbios mentais representavam reações da personalidade aos fatores psicológicos, sociais e biológicos (Venancio, 1998). Além dessa conceituação, cabe ressaltar o uso de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” na confecção do DSM-I. Nesta perspectiva, destaca-se a contribuição da Fundação Menninger, uma das principais agências de popularização da psicanálise nos EUA. Entretanto, será na versão subsequente do DSM que a influência da psicanálise se tornará mais marcante.

Em 1968 é publicado o DSM-II, como uma alternativa à oitava revisão promovida pela OMS do sistema internacional, a CID-08. A nova edição do DSM deve-se aos argumentos dos clínicos americanos de que certos transtornos existentes nos EUA não eram encontrados em outras sociedades, assim como certas desordens encontradas nas demais sociedades eram desconhecidas nos EUA. No DSM-II foi mantida a idéia afirmada no DSM-I, de que os transtornos mentais são a expressão simbólica de realidades psicológicas.

No DSM-II são abandonadas as noções de reação e a concepção biopsicossocial das doenças mentais, dando mais ênfase aos aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico. As diferentes formas de perturbação mentais passam a ser compreendidas como níveis de desorganização psicológica do indivíduo. Nesta perspectiva, a influência da psicanálise em sua nomenclatura se torna maior. O termo neurose, por exemplo, é a maior classe das perturbações presentes no DSM-II (Russo & Henning, 1999).

Ao que parece, a substituição da primeira pela segunda versão do DSM não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo. Ao contrário, a continuidade entre as duas versões, no que diz respeito à compreensão e ao tratamento da doença mental, demonstra a hegemonia da psicanálise como discurso teórico de referência. Contudo, no mesmo período em que se assistia à “psicanalização” (ou psicologização) da psiquiatria, ocorria uma espécie de revolução silenciosa, com o desenvolvimento da psicofarmacologia, que vai mudar a face da psiquiatria e enfraquecer o discurso e a ideologia psicanalítica no decorrer dos anos setenta.

Segundo Ariel Bogochvol (2004), com a descoberta do clordiazepóxido, nos anos sessenta, iniciava-se a era dos benzodiazepínicos, que substituíram com grandes vantagens os barbitúricos no tratamento farmacológico dos estados de ansiedade. O primeiro benzodiazepínico foi o famoso Librium, que se tornou uma das drogas mais vendidas nos Estados Unidos; em 1963 o Diazepan, comercializado como Valium, surge no mercado, ultrapassando o Librium em 1969. Na década de 1970, ocorre a difusão do uso dos sais de lítio e de medicações inicialmente utilizadas na epilepsia (carbamazepina, ácido valproico) como estabilizadores de humor. Nos anos oitenta foram lançados os neurolépticos chamados atípicos e uma nova classe de antidepressivos, mais eficazes no tratamento de alguns distúrbios ligados à angústia, por exemplo, a síndrome do pânico. A extensão e o uso desses medicamentos provocou um corte epistemológico em ontologia. Ou seja, uma nova visão do homem e da compreensão do seu sofrimento e das formas de tratamento.

Diante das transformações promovidas pelos novos medicamentos e as mudanças no sistema de reembolso dos tratamentos médicos, as seguradoras e os planos de saúde começaram a pressionar os profissionais envolvidos com trabalhos em saúde mental sobre uma certa vagueza nas definições diagnósticas e devido ao tempo dos tratamentos baseados

nas diferentes modalidades de psicoterapias ser muito longo. Conseqüentemente, os gerentes executivos destas empresas passaram a questionar a capacidade dos psiquiatras para estabelecerem diagnósticos corretos e programarem tratamentos adequados, em tempo e custos os menores possíveis.

Na mesma época, os investimentos em pesquisa começam a se dirigir para uma maior objetivação e quantificação no domínio da psiquiatria. Diante dessas demandas, o campo da nosologia psiquiátrica começa a sofrer uma modulação, na busca de maior “credibilidade, confiabilidade e unanimidade” e a fim de obter maiores recursos para pesquisas sobre a base genética e a bioquímica dos transtornos mentais. “A necessidade de conseguir créditos de pesquisa e contratos com seguradoras fala mais alto” (Serpa Jr., 1998: 240).

Entre 1974 e 1979, uma nova versão do DSM começa a ser preparada, na mesma ocasião em que era lançada a CID-09. As explicações para a realização de uma revisão no manual (e, portanto, das classificações psiquiátricas) dizem respeito a uma insatisfação das entidades médicas nacionais de diferentes especialidades, dentre elas a Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA), em relação tanto à imprecisão na atividade classificadora quanto à presença, na profissão, de uma diversidade de tendências terapêuticas, orientações teóricas e mesmo perspectivas epistemológicas diferentes sobre a validade dos dados clínicos. Russo & Henning (1999) destacam que a problematização da diversidade aponta uma mudança política no campo psiquiátrico:

“é possível ver aí uma indicação de que o domínio psicanalítico no campo já estava razoavelmente enfraquecido, isto é, de que a visão psicanalítica competia com outras formas de compreender o adoecimento mental. E o que é mais importante, que a compreensão oferecida pela psicanálise já não era suficiente para promover um consenso entre os psiquiatras. O fato é que a insatisfação que dá origem ao DSM-III indicava o esgotamento do modelo psicanalítico enquanto base para o conhecimento e para a prática psiquiátrica” (Russo & Henning, 1999: 47).

Em 1980 é publicado o DSM-III. Sua publicação representou uma ruptura radical com as classificações até então utilizadas. Segundo Russo & Venancio (2003), a ruptura

teve dois lados: em primeiro lugar, rompeu com o ecletismo das classificações anteriores, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas principalmente uma única lógica classificatória; em segundo, representou uma ruptura com a classificação psicanalítica enquanto base hegemônica de saber-poder produzida no âmbito da psiquiatria americana.

O DSM-III vai ser caracterizado como um manual descritivo e de posição atórica, baseado em princípios de testabilidade e verificação em que cada transtorno passa a ser identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empírica. Seu caráter descritivo se fundamenta em uma crítica ao modo como eram feitas as classificações anteriores, cuja base seria uma pretensa etiologia dos transtornos mentais, isto é, em processos subjacentes, inferidos pelos clínicos, e não passíveis de uma observação empírica rigorosa. Sob a radical ruptura terminológica, há um movimento de distanciamento da compreensão psicológica e psicossocial das perturbações mentais, eliminando os modelos explicativos competitivos, implícitos e explícitos, contidos nas classificações precedentes, sobretudo o modelo psicanalítico.

Em *Neuroquímica da vida cotidiana*, Henning (2000) ressalta que a recusa aos modelos etiológicos como critério de classificação resultou no corte do termo neurose, o que provou acirrados embates entre psicanalistas e os membros da força tarefa encarregada pela APA da preparação da nova versão do DSM. A polêmica foi resolvida por meio de uma espécie de solução de compromisso, na qual o termo deixou de figurar como uma classe de transtornos, aparecendo apenas entre parênteses ao lado de algumas categorias, como um sinônimo. Exemplo: Transtornos de Ansiedade (ou Ansiedade Neurótica) e Transtorno Distímico (ou Depressão Neurótica).

Ainda com relação à neurose, mas também no que se refere ao próprio processo de cura, Mohl (1987) propõe uma redescrição reducionista de um vocabulário psicológico e psicanalítico em termos neuronais, culminando com a sugestão de que a psicoterapia deve ser considerada como mais uma forma de tratamento biológico. Assim, o trabalho analítico, por exemplo, pode ser redescrito da seguinte maneira:

“[...] o processo de associação livre deveria ser conceitualizado como a maneira pela qual o analista acede a uma rede de memórias interconectadas (sinapses fortemente facilitadas) e procura alterar algumas destas conexões sinápticas, desalojando algumas conexões que foram

ambientalmente facilitadoras (na infância). Embora o aprendizado tenha sido mala-daptativo, e adicionando novas conexões, cujas sinapses foram insuficientemente facilitadas, embora o aprendizado tivesse sido mais adaptativo” (Mohl apud Serpa Jr., 1998: 242).

Essa posição atórica implicou adoção de uma visão fisicalista da perturbação mental. Dito de outro modo, a objetividade dos sinais e sintomas corresponde idealmente à objetividade do substrato físico. Como consequência, o diálogo com o paciente sobre o seu sofrimento perde importância, bem como a preocupação com seu contexto psicossocial. Deste modo, a intervenção volta-se para uma única dimensão: o campo somático. O atoricismo é, de fato, a adoção da teoria biológica e/ou fisiológica das perturbações mentais.

Outra grande “novidade” do DSM-III foi o desenvolvimento de um “sistema multiaxial de avaliação” dividido em cinco eixos, cada qual relativo a diferentes esferas de conduta, em relação às quais o paciente deve ser avaliado. Estes incluem, respectivamente, no eixo I e II, os transtornos mentais, sendo que o primeiro agrupa os transtornos clínicos e o segundo os transtornos de personalidade e de desenvolvimento, ou seja, os transtornos que começam geralmente na infância ou na adolescência e persistem de forma estável (sem período de remissão ou exacerbação) na vida adulta; no eixo III, as condições e os “distúrbios físicos” que sejam potencialmente relevantes para atender ou dirigir o caso, mesmo que não apresentem sintomas etiológicos significativos; o IV eixo apresenta uma escala de gravidade para os assim chamados “estressores psicossociais” que ocorreram no ano anterior ao da avaliação e que podem ter contribuído para o desenvolvimento da doença mental em questão; e, no quinto eixo, uma “Escala de Avaliação Global do Funcionamento”, que permite ao clínico classificar seu julgamento sobre o modo de funcionamento “social” e “ocupacional” da pessoa no momento da avaliação e no ano precedente (Venancio, 1998: 133).

Entretanto, o DSM-III continuou a ser “atualizado” e sua edição de 1980 foi substituída por uma mais atual, em 1986: o DSM-III-R. De um modo geral, nele ainda se mantém a mesma racionalidade presente do seu antecessor. Nessa edição, continuou sendo reafirmado o princípio de uma abordagem etiológica atórica, com o fornecimento de “critérios diagnósticos” para a definição do conteúdo e dos limites das categorias que o

compunham. Sua organização também permaneceu pautada pelo “sistema multiaxial de avaliação”, com cinco eixos, mas com pequenas diferenças em relação ao DSM-III.

Segundo Venancio (1998), o DSM-III-R manteve uma hierarquização das classes diagnósticas, fundamentada no pressuposto de que um “distúrbio mais abrangente” ocupa um lugar elevado na escala classificatória, em comparação com “distúrbios menos abrangentes”. A autora destaca dois parâmetros que passaram a nortear as hierarquias diagnósticas:

“1) Quando um distúrbio mental orgânico pode responder pelos sintomas, ele precede o diagnóstico de qualquer outro distúrbio que possa produzir os mesmos sintomas; 2) Quando um distúrbio mais abrangente como a Esquizofrenia, tem comumente sintomas associados que são sintomas definidos de um distúrbio mais abrangente será diagnosticado no caso de seus sintomas tanto definidores quanto associados, estarem presentes” (Venancio, 1998: 134).

Dentro dessa perspectiva, há maior valorização dos aspectos físicos, “orgânicos”, na organização dos diagnósticos psiquiátricos, do que em relação aos aspectos morais, “psíquicos”. Mais do que isso, a tensão físico-moral que servia de base para a análise dos fenômenos psicopatológicos fora convertida no par de oposições orgânico/não-orgânico; assim, os diagnósticos passaram a ser organizados de modo decrescente: do mais orgânico para o menos orgânico.

Em 1994, a Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA) publica o DSM-IV, mantendo os mesmos parâmetros classificatórios do DSM-III-R. Ou seja, uma perspectiva descritiva e atórica, pautada por “critérios diagnósticos” e “hierarquia diagnóstica” fundamentada na oposição orgânico/não-orgânico e no “sistema multiaxial de avaliação”, é iniciada no DSM-III. Destaca-se o abandono da expressão “transtorno mental orgânico”, no intuito de evitar a falsa assertiva de que outros transtornos mentais não teriam uma base biológica. Cabe destacar que a elaboração do DSM-IV foi coordenada com a preparação do capítulo sobre transtornos mentais da CID-10, numa colaboração da APA com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

É interessante ressaltar que no DSM-IV aparecem a inclusão de um apêndice denominado “formulação cultural” e de um glossário de síndromes ligadas à cultura. O plano de “formulação cultural” visa a auxiliar o profissional a avaliar o impacto do “contexto cultural” no indivíduo. Com essas categorias, o clínico deve ficar atento para o grupo étnico ou cultural do indivíduo, assim como para as explicações que são fornecidas pelas culturas a respeito do aparecimento do sintoma. O glossário tem como objetivo descrever as “*culture-bound syndromes*” (“síndromes de fronteiras culturais delimitadas”).

Venancio (1998) explica que a categoria *culture-bound syndromes* que aparece no DSM-IV pode ser compreendida em dois sentidos. O primeiro corrobora a idéia de que as “outras” categorias classificatórias (a grande maioria delas) seriam livres de determinações culturais e, assim, essencialmente “universais”. O segundo sentido propõe uma equivalência entre *culture-bound syndromes* e as outras correntes diagnósticas psiquiátricas, subordinando as primeiras aos segundos, imprimindo uma equivalência entre elas. Nessa operação, as determinações culturais acabam sendo excluídas das *culture-bound syndromes*, como também da maioria das categorias classificatórias. O objetivo desse mecanismo é produzir um caráter “universal” às classificações psiquiátricas pretensamente incontestáveis.

Deste modo, podemos afirmar que a passagem do DSM-II para o DSM-III correspondeu a uma alteração fundamental no equilíbrio de forças no campo psiquiátrico, e que as disputas na elaboração do DSM-III refletem a hegemonia da psiquiatria biológica, sobretudo nos EUA. Desta forma, o chamado modelo biológico veio substituir a psicanálise enquanto força dominante na psiquiatria. Exemplo sobre a difusão da psiquiatria biológica é o debate sobre o DSM-III, promovido pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana em 1982. Gerald Klerman, um dos mais conceituados psiquiatras americanos do final do século XX, que fora chefe do Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration afirmou, na convenção nacional da associação, que o desenvolvimento do DSM-III:

“representa um ponto fundamental na história da profissão psiquiátrica americana. [...] A decisão da APA de desenvolver o DSM-III e, depois, de promulgar seu uso representa uma significativa reafirmação da parte da psiquiatria americana de sua identidade médica e de seu compromisso com a medicina científica” (Klerman apud Aguiar, 2002: 73).

Klerman continua:

“Nos últimos anos, tive a oportunidade de viajar extensivamente pelo mundo, particularmente durante o período em que eu estava no governo federal como chefe do Departamento de Álcool, Abuso de Drogas e Saúde Mental. Os colegas psiquiatras na Europa Oriental, Escandinávia, Oriente Médio, Ásia e China queriam imediatamente discutir as vantagens do DSM-III. No Japão, era um deleite ver os principais psiquiatras japoneses, particularmente os professores, carregando o mini-DSM-III e estudando-o com o vigor característico dos japoneses. Isso, por si só, representa um sinal do triunfo do DSM-III no cenário internacional” (ibid.: 73).

Deste modo, o surgimento e a difusão do sistema classificatório proposto pelo DSM-III correspondem à paulatina ascensão da chamada psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial. Diferentemente das duas primeiras versões do manual, que foram preparadas por pequenos comitês acusados de não serem científicos devido à incorporação de diversas tendências e modos de conceber o diagnóstico e a prática psiquiátrica, a construção do formato do DSM-III (com suas listas de sintomas definidas por critérios de inclusão/exclusão nas categorias diagnósticas) foi incentivada pelos grandes laboratórios farmacêuticos e pelas exigências da agência reguladora norte-americana, a FDA (Food and Drug Administration), que autoriza o lançamento de novos medicamentos.

A padronização dos procedimentos diagnósticos possibilitou que o DSM-III fosse disseminado pelo mundo, através dos periódicos científicos especializados, que publicam resultados de pesquisas. Com efeito, a delimitação de fronteiras entre os diferentes transtornos levou a uma superespecificação das categorias diagnósticas, resultando num aumento exponencial do número de categorias diagnósticas e principalmente na produção de novos medicamentos psiquiátricos. Desta forma, o DSM-III se transformou rapidamente numa espécie de bíblia psiquiátrica, levando à globalização da psiquiatria norte-americana.



## *Capítulo 3*

# *A Gestão Biomédica dos Corpos*

*Tudo isso revela uma mudança da estratégia médica frente ao mal-estar corpóreo na sua diversidade. Não se pretende mais a cura, no sentido clássico da medicina clínica, mas apenas a regulação do mal-estar. Por isso mesmo, o medicamento se transforma no vetor da nova construção nosográfica, pois aquele seria o eixo da regulação corpórea.*

*Joel Birman*

### **3.1 O medicamento é um marcador biológico**

No capítulo anterior, vimos algumas das diversas forças que contribuíram para o processo de remedicalização da psiquiatria. Neste percurso, o DSM-III aparece como peça

fundamental que possibilitou a ascensão e a expansão da psiquiatria biológica no panorama psiquiátrico mundial, através da padronização dos procedimentos diagnósticos. Paralelamente, a indústria farmacêutica, interessada nas pesquisas sobre a eficácia de novos medicamentos psiquiátricos a serem colocados no mercado, vai financiar os ensaios clínicos randomizados. Atendendo às exigências da FDA para a liberação dos novos medicamentos, os tradicionais estudos de casos clínicos fundamentados pela lógica psicanalítica, pouco a pouco vão sendo substituídos por pesquisas multicêntricas envolvendo um grande número de pacientes, seguindo os parâmetros do laboratório de estudo contraplacebo. Dentro dessa perspectiva, o medicamento se torna importante dispositivo de reinvenção da medicina mental e de redefinição das patologias.

Nossa intenção neste capítulo é analisar, no plano da clínica, a relação entre clínica e política, para podermos compreender o modo de funcionamento da psiquiatria biológica e seus efeitos na sociedade contemporânea. O “plano da clínica” (Barros & Passos, 2001) deve ser entendido como um plano de relações heterogêneas, onde múltiplos vetores se articulam na produção do que se definiu por um transtorno mental.

Em *O que é o medicamento?* (1999), Philippe Pignarre desenha uma cartografia sobre o medicamento moderno. Segundo o autor, um dos grandes programas empreendidos pela administração americana após a Segunda Guerra Mundial foi a criação do laboratório de estudo contraplacebo. O que chamamos de laboratório de estudos contraplacebo não designa apenas um lugar geográfico específico, como poderia sugerir a palavra laboratório, mas num sentido mais amplo ele é definido por todos aqueles (humanos e não-humanos) que povoam o mundo científico e são mobilizados por um dispositivo experimental cujo objetivo é “fazer a natureza falar”. O laboratório de estudos clínicos controlados não é apenas um lugar de experimentação que permite julgar a eficácia de uma terapêutica, mas um dispositivo técnico que opera sobre os doentes a ele submetidos, transformando-os em casos comparáveis; abrange ao mesmo tempo uma série de estudos cujos protocolos devem ser minuciosamente elaborados, sendo cada vez mais controlados científica, administrativa e socialmente. Trata-se de um evento científico, mas que também mostra ser um poderoso regulador dos fluxos econômicos e sociais. “Ele é um regulador dos fluxos de capitais” (Pignarre, 1999: 140).

Os estudos chamados “em duplo cego” (nos quais nem os que prescrevem nem os pacientes sabem quem recebe a molécula e quem recebe o “vazio terapêutico”) foram adotados no pós-guerra como uma forma de procedimento prático e objetivo de testar a eficácia de uma molécula, candidata ao título de medicamento, fazendo comparações sucessivas contra um placebo. O que justificava a realização desse dispositivo técnico “é o fato de se comparar ao efeito placebo não uma molécula, mas uma molécula à qual se acrescentou o efeito placebo. O placebo só está aí como testemunha dos fenômenos de sugestão e de curas espontâneas que vão ocorrer também com o candidato a medicamento” (ibid.: 26). Somente um resultado positivo permite que uma substância seja reconhecida como um medicamento.

Nesse processo, o experimento é dividido em quatro fases diferentes: 1) primeiro, a molécula é testada em voluntários sadios para se avaliar a tolerância clínica ao novo produto. Ele é administrado em pacientes jovens, em centros especializados com condições de segurança restrita; 2) em seguida, a molécula é testada em pacientes acometidos da patologia que se busca combater. Os critérios de avaliação são também estritos e se aplicam a grupos de quinhentos a mil pacientes. Nesta fase busca-se determinar a dosagem ótima, com a melhor relação risco/benefício (eficácia/tolerância); 3) nesta etapa, são incluídos os pacientes mais representativos possíveis da população que se irá tratar. O candidato a medicamento ainda é comparado a um placebo, mas também, sempre que possível, a um medicamento de referência já comercializado. Esta fase envolve cerca de três mil pacientes e dura mais ou menos três anos. Após esse período, submete-se um dossiê às autoridades de saúde, a fim de se obter uma autorização para distribuição no mercado; 4) na última fase são aplicados protocolos semelhantes aos da terceira fase, que permitem precisar as vantagens de um medicamento quando ele já está sendo comercializado.

Deste modo, o laboratório de estudo clínico controlado nos permite conhecer o modo de funcionamento da operação de passagem da molécula ao medicamento. Trata-se de um dispositivo experimental codificado em normas de valor técnico-regulamentar cujo objetivo é responder a uma questão (será que funciona?) e ao mesmo tempo constituir um ponto de vista que seja aceitável pela maioria. Nesse processo, ele transforma máquinas “moleculares”, individuais, específicas, numa gigantesca máquina “molar” capaz de

modificar o que está antes e depois dele, podendo agir sobre grandes populações definidas estatisticamente. Dito de outro modo:

“Não se pode compreender o surgimento recente da exigência do ‘direito à saúde’ sem compreender os mecanismos pelos quais o laboratório do estudo contra-placebo vence essa prova de força absolutamente excepcional de criar objetos, os medicamentos modernos, tão universais e abstratos quanto as mercadorias num mercado capitalista, sem recorrer ao mercado capitalista. É essa ausência de mercado auto-regulado que tende sempre a criar um ‘direito’. O laboratório do estudo contra-placebo, ao reproduzir em escala reduzida os contornos das populações enfermas e ao ditar a maneira de curá-las, mostra quem deve consumir tal substância; ele não apenas inventa os medicamentos, com todas as regras que os acompanham, como também cria novos desafios que pensávamos serem simplesmente sociais ou ideológicos. Ele permitiu às idéias de saúde e de cura tornarem-se reivindicações coletivas. Ele induziu uma mudança do estatuto ontológico da doença e da saúde” (Pignarre, 1999: 102).

Segundo Pignarre, há muitas maneiras de se caracterizar um medicamento: por suas características químicas e a série à qual pertence; por seus efeitos sobre receptores ou tecidos *in vitro*; pelos distúrbios, sintomas e doenças para os quais ele pode ser prescrito. Contudo, ao abandonarmos as descrições químicas da molécula, ela se torna compreensível em seu encontro com um outro corpo. O laboratório do estudo contraplacebo é o lugar onde se organiza esse encontro numa escala molecular, mas sob o olhar de todos os atores interessados. É lá que podem ser verificadas as conseqüências da constituição ou da tentativa de constituição de um ponto de “engate” entre dois corpos: de um lado, o corpo químico; de outro, o corpo biológico, mais precisamente o corpo humano.

Dentro desta perspectiva, Kurtz (2004) afirma que a articulação entre as pesquisas na área de farmacologia e na área de genética molecular permitiu o desenvolvimento da farmacogenética. Trata-se de uma nova ciência baseada no conhecimento dos fatores genéticos que regulam a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos modernos produzidos no laboratório de estudos contraplacebo, cujo objetivo maior é a produção de medicamentos personalizados, isto é, medicamentos que correspondam ao perfil genético

de cada paciente. Nesse processo, o ato de prescrição de uma caixa de medicamentos, de uma receita, realizado pelo monopólio do médico, é o movimento que acopla o sujeito à molécula apropriada. Portanto, a operação de individualização de um medicamento pressupõe o ajuste do paciente a uma dose individual baseada na informação genética dos sujeitos que participaram dos estudos clínicos controlados articulados pelo ato de prescrição médica. Conforme afirma Pignarre:

“somente os médicos estão presentes ao mesmo tempo no laboratório do estudo contra-placebo e nessas novas fases da vida do medicamento; os farmacêuticos aguardam. Os médicos já desempenham aí um novo papel: o de passador” (ibid.: 90).

François Dagognet resumiu o ponto de engate que acontece entre dois corpos no laboratório de estudo contraplacebo em uma belíssima fórmula: “um fora de um dentro”. Nesse encontro, o medicamento jamais é um acréscimo posterior, pois ele é fabricado para comandar. Assim, a diferença entre um medicamento e uma pura relação de sugestão é que o medicamento sempre envolve um marcador ou inscritor, um arrombador que age como um “escalpelo” sobre o corpo do paciente. Trata-se de uma situação radicalmente nova em relação às técnicas de sugestão, das quais a psicanálise poderia ser considerada como uma variante última, que implica no Ocidente a recusa a uma marcação ativa dos corpos, recusa que é transformada em princípio ontológico. Nas palavras de Pignarre:

“O que caracteriza o medicamento ocidental é apenas a prioridade absoluta dada aos marcadores identificados biologicamente, isto é, aos arrombadores biológicos (transportáveis ao longo de toda uma cadeia constituída de experimentações diferentes), sobre a multiplicidade dos marcadores ou inscritores utilizados nas diferentes medicinas” (ibid.:50).

Entretanto, essa distinção tem funcionado como um delimitador de fronteiras entre as práticas médicas consideradas científicas, daquelas cuja comprovação do efeito terapêutico não foi estabelecida com a prova contraplacebo, isto é, com base em critérios farmacológicos. Assim ocorre na maior parte das sociedades não-ocidentais, em países

como a Índia ou a China, por exemplo, onde a maneira de pensar as terapêuticas (medicina erudita, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa etc.) não está relacionada às qualidades farmacológicas da molécula-marcador, mas a outros marcadores que temos dificuldades de identificar e reconhecer. Essa tem sido certamente uma das fontes de preconceito da medicina moderna quanto aos fatores de cura das medicinas tradicionais. Portanto, o que preside a separação entre as diferentes práticas terapêuticas é a oposição construída entre a eficácia somática, de um lado, e a eficácia psicológica, de outro.

O especialista Bert Spilker agrupa sob a palavra preconceito os erros de julgamentos que médicos e pacientes podem produzir com o medicamento, desvalorizando o efeito “físico” que pode acontecer em uma relação de sugestão (efeito placebo). Cabe frisar que os preconceitos de que fala o autor nada têm a ver com a honestidade indispensável a todo cientista que almeja ser o porta-voz dos fenômenos que observa. Sabe-se, por outro lado, a importância da questão da honestidade, sempre temida nesse tipo de situação, como em toda situação de observação empírica que não envolva teoria. Trata-se, como escreve o farmacólogo Spilker, em *Metodologia dos Estudos Clínicos*, dos preconceitos ao não-reconhecimento da dimensão psicológica quando são utilizados medicamentos nos ensaios terapêuticos para controlar dados geralmente reconhecidos como fontes de erros:

“1) preconceito do experimentador e/ou 2) do paciente, 3) agravamento espontâneo ou modificação da enfermidade ou das anomalias associadas ao curso do tratamento. Os preconceitos podem repousar sobre incidentes psicológicos e emocionais, bem como sobre efeitos físicos relacionados à ação de um tratamento” (Spilker apud Pignarre, 1999: 40).

Deste modo, os estudos clínicos controlados são dispositivos que colocam à prova os tratamentos da medicina moderna, para garantir “cientificamente” sua eficácia terapêutica e estabelecer uma linha de demarcação entre a medicina científica e as outras práticas de cura. Pignarre (1999) assinala o preconceito em relação aos casos, por exemplo, dos medicamentos homeopáticos, que se recusam a submeter suas práticas terapêuticas a essa prova. Os medicamentos inventados em outros quadros que não os da medicina moderna, assim como as teorias que os acompanham, tornam-se incompreensíveis à luz dos mecanismos inventados recentemente, que têm o poder de redefinir o que é uma doença,

um paciente, um medicamento eficaz, pois, aos seus olhos, elas não têm como distinguir suas práticas do charlatanismo:

“Os estudos contraplacebo e colocação em evidência de um efeito placebo deram à medicina acadêmica novas armas para continuar a guerra contra as medicinas não-acadêmicas. Doravante, a medicina se encontra em situação de pretender captar tudo aquilo que é útil a ela nas diferentes artes médicas, sem jamais ter que levar em conta suas teorias e aceitar os constrangimentos que as definem. O combate frontal contra o exercício ilegal da medicina dá lugar a uma atitude mais tolerante que é só uma outra maneira, moderna, de prosseguir na guerra” (Pignarre apud Aguiar, 2002:87).

### **3.2 Um marcador biológico ausente**

Como foi visto, o que caracteriza a medicina ocidental é a escolha do marcador biológico, pois é ele que permite a organização dos elementos para a montagem de um quadro patogênico para descrever o diagnóstico de um paciente. O inscritor é o que possibilita distinguir precisamente a doença que acomete o paciente de outras doenças que geram sintomas semelhantes. Assim, uma substância química selecionada pelo laboratório de estudo contraplacebo que permita desenhar um mecanismo biológico é chamada de marcador e/ou inscritor biológico. Um bom exemplo para se compreender esse processo é a identificação de um germe em doença infecciosa. Segundo Aguiar (2002), quando não é possível estabelecer uma determinação causal, como nas doenças infecciosas, é através da correlação de determinados marcadores biológicos em relação a uma média encontrada na população que se dá a demarcação entre doença e “normalidade”. Portanto, na medicina moderna o diagnóstico da doença é feito a partir de marcadores biológicos estáveis, específicos e objetivos.

Pignarre afirma que “uma boa ferramenta diagnóstica é aquela que torna possível o estabelecimento do diagnóstico sem que seja preciso reencontrar o paciente” (Pignarre apud Aguiar, 2002: 100). Exemplo dado pelo autor é a detecção dos anticorpos anti-HIV nos testes de comprovação da AIDS. A identificação do marcador biológico permite que o

diagnóstico seja feito independentemente da avaliação subjetiva do médico sobre o paciente, assim como do paciente sobre seus sintomas. No processo em que o médico apóia sua prática em marcadores que lhe permitam “ver” objetivamente a doença, produz-se uma descontextualização do modo de subjetivação do paciente, inscrevendo-o num universo de valores de uso em que ele não é mais senhor de si mesmo, pois ele delega cada vez mais aos médicos especialistas o conhecimento de sua doença e de seus tratamentos.

Com a identificação dos marcadores biológicos, a medicina moderna tem produzido uma des-implicação do sujeito em relação ao seu sofrimento. Isto é, se o gene é responsável por tudo e se a dor é um produto comercial, uma mercadoria que a medicina e seus remédios universais vão eliminar, o sofrimento deixa de ser pensado como uma narrativa ligada a uma história singular. Nesta perspectiva, como escreve Guyomard:

“o pathos desaparece e o sofrimento - com o que ele tem de enigmático, de forte e com sua maneira de interrogar a relação humana - também desaparece, pois todo sofrimento é uma interrogação a respeito das relações humanas, sobre a vida de cada um, sua história, sua relação na sociedade. Isso solicita várias respostas e solicita, evidentemente, o testemunho de alguém” (Guyomard, 2001: 152).

Ivan Illich (1999) nos lembra que o diagnóstico, “de uma perspectiva histórica, foi durante séculos uma função eminentemente terapêutica. O essencial do encontro entre o médico e o doente era verbal. Ainda no início do século XVIII, a visita médica era uma conversa. O paciente contava e esperava uma escuta privilegiada da parte do médico”<sup>9</sup> (Illich, 1999: s/p) - ou seja, ele ainda sabia falar do que o afligia, uma vez que a arte médica era a arte da escuta. Contudo, com as transformações ocorridas no pós-guerra e a emergência das novas tecnologias médicas, mudou-se a arte de tratar. Assim o médico, que antes escutava uma queixa, agora cada vez mais atribui uma patologia, aprimorada pelos gigantescos esforços de classificação e de reagrupamento que separam as doenças e os sintomas.

---

<sup>9</sup> No original: “*Le diagnostic, dans une perspective historique, a eu pendant des siècles une fonction éminemment thérapeutique. L'essentiel de la rencontre entre médecin et malade était verbal. Encore au commencement du XVIIIe siècle, la visite médicale était une conversation. Le patient racontait, s'attendant à une écoute privilégiée de la part du médecin*”.

Neste sentido, Illich afirma: “colocamos o paciente para se olhar através da grade médica e a se submeter a uma autópsia, no sentido literal do termo: a se ver com seus próprios olhos. Por essa autovisualização, ele renuncia a se sentir<sup>10</sup>” (ibid.: s/p). Ao se colocar para fora o que estava dentro, a exteriorização, por um lado, desmistifica certas funções complexas dos organismos do sujeito e, por outro, faz do invisível uma realidade visível (ressonância magnética, radiografias, tomografias, ecografias, ultra-som etc.). No processo de exteriorização realizado pelas modernas tecnologias médicas, o indivíduo tende a ser objetivado. Como aponta Pignarre:

“Entra-se no consultório com um estatuto social particular, sai-se dele redefinido: pertence-se a seguir, por um tempo limitado ou ilimitado, a uma nova categoria, que pode ser determinada por vários fatores. Essa nova identidade sempre adquire forma de maneira individuada” (Pignarre, 1999: 111).

Com a crescente instrumentalização da medicina por meio de uso de computadores, os indivíduos que compartilham de certas características ou um conjunto de características tendem a ser agrupados não mais como perigosos ou doentes, conforme a antiga finalidade disciplinar ou terapêutica, mas conforme os fatores de risco que desconstroem e reconstroem o sujeito individual e grupal. De acordo com Illich<sup>11</sup> (1999):

“o diagnóstico não nos dá mais só uma imagem que se vê realista, mas uma confusão de curvas de probabilidade organizadas em perfil. O diagnóstico não se dirige mais só ao sentido de ver. Ele exige do paciente um cálculo frio. Na sua maioria, os elementos do diagnóstico não medem o sujeito concreto: cada observação coloca seu caso numa ‘população’ diferente, e indica uma eventualidade sem poder designar o sujeito. O

---

<sup>10</sup> No original: “*On pousse le patient à se regarder à travers la grille médicale, à se soumettre à une autopsie dans le sens littéral de ce mot: à se voir de ses propres yeux. Par cette auto-visualisation, il renonce à se sentir*”.

<sup>11</sup> Citação original: “*Le diagnostic ne donne plus une image qui se veut réaliste, mais un enchevêtrement de courbes de probabilités organisées en profil. Le diagnostic ne s’adresse plus au sens de la vue. Désormais, il exige du patient un froid calcul. Dans leur majorité, les éléments du diagnostic ne mesurent plus cet individu concret; chaque observation place son cas dans une «population» différente et indique une éventualité sans pouvoir désigner le sujet. La médecine s’est mise hors d’état de choisir le bien pour un patient concret*” .

médico se coloca fora do estado de escolher o bem para o paciente concreto” (Illich, 1999: s/p).

Em *O desejo frio*, Michel Tort (2001) afirma que o saber científico integrado à medicina transforma o sofrimento somático em disfuncionamento de órgãos; as consultas médicas se tornam lugares de “somatizações induzidas pelo desejo do médico”. Portanto, na medida em que a demanda do sujeito é transformada em demanda de saber, as repostas médicas, integradas ao saber científico, podem produzir uma somatização do sintoma, e o corpo pode aí congelar. O processo fica “evidente” quando o corpo é trazido, exposto, submetido ao exame, ao diagnóstico, à intervenção biomédica que acaba relativizando as formas simbólicas que o sujeito encontra para dar sentido a sua existência, como também para compreender e reagir às situações que comportam sofrimentos e mecanismos de opressão. Frente a essas “somatizações induzidas”, o indivíduo tende a ser capturado pelo discurso de saber-poder médico, alienando-se no mundo das tecnologias médicas. “O que o paciente não sabe é que seu corpo está cifrado por um discurso específico” (Tort, 2001: 194).

Desta forma, um dos efeitos considerados como iatrogênicos<sup>12</sup>, produzidos pelos avanços da medicina, é a dessubjetivação produzida pela objetivação do doente, no espaço da clínica médica. Esse processo ocorre, segundo Marcel (2002), quando o espaço de uma vida, “suas palavras, seus símbolos e seus mitos parecem ter sido deixados junto com as roupas fora da sala de exame; quando o espaço do sentido da vida deve ser ocultado, não só pela medicina mas pelo próprio doente que não se reconhece mais como o mesmo sujeito”. O modo de funcionamento do dispositivo médico, com seus protocolos de cuidados, na sua maneira de abordar a doença, acaba de alguma maneira anulando ou diluindo a identidade de quem está doente, portanto a doença. “Parece que o sintoma se solda à pessoa, e a doença toma o lugar de identidade do doente” (Marcel apud Knobloch, 2002: 141).

Portanto, o incremento de pacientes ditos somatizantes se deve à abrangência dos efeitos, não só da medicina e dos tratamentos e testes de medicamentos, mas inclusive dos

---

<sup>12</sup> Segundo Illich (1975), o termo iatrogênese é composto das palavras que vêm do grego: *iatros* (médico) + *genesis* (origem). Expressão que indica o que foi causado pelo médico, não só pelo que o médico fez, mas também o que deixou de fazer. Efeitos decorrentes tanto das práticas, quanto do comportamento no exercício profissional sobre a saúde do paciente, tanto no nível social como no nível simbólico.

setores determinantes da psiquiatria biológica que ofertam e ampliam suas respostas, através das satisfações do desejo, da “medicina do desejo”, na expressão de Tort. Tal medicina foi alcançada graças à rigidez dos testes randomizados, cujos dispositivos de anonimato e segredo impostos (e garantidos) pela lei resultam de um esforço para desarmar os efeitos da “sugestão” e de transferência, como forma estratégica de garantir um não-sofrimento. Dito de outro modo: “o acesso ao real do corpo implode o dizer em seu elemento principal, em proveito do observável” (Tort, 2001: 331).

Segundo Pignarre (1999), foi essa a ambição dos psiquiatras norte-americanos quando abandonaram toda referência à psicanálise e elaboraram o DSM-III no início dos anos oitenta. O objetivo dos pesquisadores era construir um instrumento diagnóstico descritivo e “ateórico” que pudesse aumentar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. Tratava-se de basear o diagnóstico em critérios objetivos e facilmente observáveis, que pudessem ser utilizados por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações de trabalho sem sofrer interferência da inclinação teórica e avaliação subjetiva de cada um. Buscava-se criar critérios diagnósticos padronizados para tornar o ato diagnóstico mais objetivo, a fim de contornar a imprecisão e a instabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, na ausência de um marcador biológico. Nas palavras do autor:

“Foi isso que os psiquiatras americanos compreenderam quando perceberam que era preciso criar as condições dessa ‘abstração’ se se quisesse que os distúrbios mentais não escapassem à medicina moderna (em proveito da profissão não-médica dos psicólogos). Essa é a origem do DSM-III. Trata-se de uma condição de possibilidade de funcionamento do laboratório do estudo contra-placebo. Estamos no núcleo da definição das doenças, da medicina ocidental e do esforço que confere sentido à clínica, como tendo um estatuto separado da terapêutica” (Pignarre, 1999: 109).

Contudo, como afirma o autor: “é em psiquiatria que esse trabalho envolve mais esforços, dificuldades e contestações” (ibid.: 107). Enquanto na medicina moderna o diagnóstico é feito através de um marcador biológico (que age sobre as células ou tecido, *in vitro/ex vitro*) estabilizado por um medicamento criado no laboratório de estudo contra placebo, na psiquiatria esse modelo não funciona perfeitamente. Os instrumentos diagnósticos em psiquiatria são fundamentados sobre a narrativa do paciente, em sua

história singular, seus comportamentos, enfim, em todo o contexto do sujeito que sofre. Deste modo, o ato diagnóstico depende sempre da avaliação subjetiva do médico sobre o paciente. Não há um marcador biológico que permita o diagnóstico preciso de um transtorno mental, nem ao nível de uma determinação causal, nem tampouco ao nível de uma correlação de marcadores biológicos. Não há nenhum sinal que seja específico de um determinado transtorno mental, o que impossibilita o diagnóstico feito através de exames complementares.

A ausência de um marcador biológico participa historicamente da própria definição da psiquiatria como forma de saber-poder. Todas as vezes em que se encontrou um marcador biológico para uma patologia psiquiátrica, esta passou para o domínio de outra área da medicina, como foi o caso da epilepsia, do retardo mental e da paralisia geral. Como afirma o psiquiatra francês Édouard Zarifian (1998):

“[...] depois de trinta anos de pesquisa, não existe nenhum achado universalmente demonstrado, referente a uma anomalia biológica específica no domínio da patologia mental (...) nenhum critério biológico permitindo um diagnóstico, prever uma evolução ou mesmo prognosticar uma resposta a um tratamento” (Zarifian apud Serpa Jr., 1998: 276).

### **3.3 Modulações: uma categoria de diagnóstico sindrômico**

Para tentarmos compreender melhor a ausência de um marcador biológico na clínica psiquiátrica, um bom exemplo da ação diagnóstica desse dispositivo do poder é a categoria diagnóstica “síndrome do pânico”, nomenclatura popular da categoria psiquiátrica transtorno do pânico, que passa a ser incorporada, na década de 1980, à terceira revisão do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, produzido pela Associação Psiquiátrica Americana. Como já foi visto no capítulo anterior, o DSM-III é um sistema de classificação de diagnóstico dito descritivo e “ateórico”, sendo os transtornos mentais definidos a partir de sua expressão, ou seja, em sintomas manifestos que estejam ao alcance imediato do observador.

Segundo as classificações psiquiátricas (DSM IV<sup>13</sup> e CID 10<sup>14</sup>), a característica essencial do Transtorno de Pânico é a presença de “ataques de pânico” recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de ter outro ataque de pânico. O diagnóstico “ataque de pânico” é caracterizado por um período de intenso temor devido ao surgimento abrupto de uma série de alterações corporais<sup>15</sup> que surgem inesperadamente. Tais alterações duram em média dez minutos e, frequentemente, estão associadas com sentimentos de catástrofe iminente na ausência de qualquer perigo real.

De acordo com as classificações psiquiátricas, mesmo em se tratando de um pânico, não estamos diante de um quadro de fobia. Trata-se de um distúrbio de ansiedade caracterizado por crises súbitas, sem fatores desencadeantes e, frequentemente, incapacitantes. Contudo, após uma primeira crise, o indivíduo pode desenvolver *medos irracionais* (fobias) dessas situações e começar a evitá-las. Gradativamente o nível de ansiedade e o medo de uma nova crise podem atingir proporções extremas, em que o indivíduo evita até mesmo sair de casa. Excessivamente preocupado consigo, elege apenas uma ou no máximo duas pessoas de seu convívio mais íntimo, como capazes de protegê-lo. Torna-se, assim, totalmente dependente desse contato único, identificado como familiar frente às estranhezas que o assombram. Neste estágio, diz-se que sofre de transtorno (ou síndrome) do pânico com *agorafobia*.

---

<sup>13</sup> *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 4ª Edição. (DSM-IV, 1995: 375-392).

<sup>14</sup> Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10, 1993: 351).

<sup>15</sup> Segundo o DSM-IV (1995), os critérios para o diagnóstico de Ataque de Pânico são: palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, sudorese, tremores, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfíxia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura, despersonalização (estar distanciado de si mesmo), medo de perder o controle ou de “enlouquecer”, medo de morrer, calafrios ou ondas de calor. (DSM-IV, 1995: 377).

Goodwin & Guze (2002), explicam que o termo agorafobia<sup>16</sup> provém de *ágora* - palavra de origem grega - que se referia à praça do mercado em Atenas onde o povo se reunia em assembléia para discutir os problemas da Cidade-Estado. Como já foi dito, o termo fobia designa um estado de medo patológico ou irracional; assim, o conjunto indicaria uma interessante configuração apontada pelos autores: medo irracional do espaço público. Entretanto, nas classificações psiquiátricas mais recentes, a agorafobia é descrita como “ansiedade ou esquiva a locais ou situações das quais poderia ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas tipo pânico” (DSM IV, 1995: 375). Cabe ressaltar nessa explicação a ausência de referência ao medo de lugares públicos. Em suas análises sobre a experiência do pânico, Monteiro (2002) afirma que tais explicações tomam como natural o fato de que lugares públicos necessariamente são perigosos, pois, não fazendo parte da intimidade familiar, dificilmente poderia haver auxílio disponível. Existe aí uma clara naturalização do espaço público como lugar de perigo.

Richard Sennet (1990) afirma que essa visão intimista se vê impulsionada justamente quando o domínio do coletivo, do público, é abandonado. Assim, o problema público da sociedade contemporânea é duplo: primeiro, o comportamento e as soluções que são impessoais não suscitam muita paixão; segundo, o comportamento e as soluções começam a suscitar paixão quando as pessoas os tratam, falseadamente, como se fossem questões de personalidade. Entretanto, uma vez que o duplo problema existe, ele cria um problema no interior da vida privada. O mundo dos sentimentos íntimos perde suas fronteiras, não se acha mais refreado por um mundo público onde as pessoas fazem um investimento alternativo e balanceado sobre si mesmas. A erosão de uma vida pública forte deforma, assim, as relações íntimas que prendem o interesse sincero das pessoas.

Os ataques de pânico também podem ser explicados por outros transtornos mentais (Fobia Específica ou Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse

---

<sup>16</sup> Goodwin & Guze (1981) fazem uma descrição interessante: “Em 1871, Westphal descreveu três homens, que temiam lugares públicos e rotulou a condição de agorafobia, *ágora* vindo da palavra grega, para lugar de assembléia ou mercado. Excelentes artigos de revisão sobre o desenvolvimento histórico do conceito de fobia foram escritos por Errera (1963) e Marks (1969). Eles atribuíram mérito a Westphal, pela descrição de fobia mais em termos de uma síndrome do que de um sintoma isolado. Westphal até prescreveu um tratamento para a condição, sugerindo que companhia, álcool ou o uso de uma bengala seriam proveitosos” (Goodwin & Guze apud Monteiro, 2002: 7).

Pós-Traumático ou Transtorno de Ansiedade de Separação). No entanto, a ocorrência de ataques de pânico inesperados é um requisito fundamental para o diagnóstico de Transtorno de Pânico (com ou sem agorafobia). Cabe salientar que um ataque de pânico inesperado (espontâneo, não evocado) é definido como aquele que não está associado a um ativador situacional, isto é, ocorre "vindo do nada". Para o diagnóstico são necessários pelo menos dois ataques de pânico inesperados, mas a maioria dos indivíduos tem um número consideravelmente maior de ataques.

Chama atenção ao destaque que é dado, no diagnóstico da “nova doença”, à inexistência de um ativador situacional, isto é, à ausência de um marcador biológico. Vale ressaltar também a ênfase dada à noção de transtorno (*disorder*<sup>17</sup>), presente no DSM-IV, em vez da noção de doença (*disease*). Segundo essa perspectiva, presente desde o DSM-III, a abordagem clínica de um paciente deve ser baseada apenas na observação de sintomas e comportamentos “sindrômicos”, sem qualquer construção teórica etiológica explícita. Ou seja, o médico deve orientar seu raciocínio clínico exclusivamente pela semelhança das descrições de um grupo de sinais e sintomas que o paciente apresenta na entrevista ao ser examinado, cujo processo patológico de base é totalmente desconhecido. Dito de outro modo, nas palavras de Aguiar:

“Sendo diagnóstico sindrômicos, os diagnósticos psiquiátricos guardam sempre um certo grau de indeterminação. Não há, até o momento, marcador biológico específico para nenhum transtorno psiquiátrico, que permita a aplicação de um diagnóstico nosológico de fato, como nas doenças somáticas em geral” (Aguiar, 2002: 104).

Desse modo, o diagnóstico psiquiátrico da síndrome do pânico designa um quadro clínico determinado por um agrupamento de sintomas, não se podendo falar propriamente em doença, como as relacionadas aos quadros de neurose de angústia, doenças ansiosas e outros tipos de fobia. Neste processo, em que se opera uma separação entre os sintomas e as

---

<sup>17</sup> Segundo Duarte (1993), podemos observar, através da Antropologia Médica norte-americana, a existência na língua inglesa de uma distinção sistemática para a designação de “doença” entre três palavras: *disease*, *sickness* e *illness*. “Embora não apareça haver consenso sobre todas as acepções, *disease* é restringido à expressão de uma realidade patológica biomédica empírica, enquanto se reserva às duas outras expressões a dimensão social, cultural ou ‘vivencial’ desse tipo de fenômeno” (Duarte apud Venancio, 1998: 130).

doenças, o próprio medicamento acaba funcionando como um marcador no diagnóstico dos transtornos mentais. O transtorno passa a adquirir estatuto abstrato, transcendendo a condição do sujeito, que sofre para encontrar um lugar no “céu puro” das nomenclaturas evolutivas. Com efeito, os indivíduos passam a ser territorializados no domínio de determinado diagnóstico, na medida em que surge um novo medicamento que está indicado no tratamento de determinados sintomas, funcionando como marcador daquele transtorno. Portanto, como Pignarre salienta, é a resposta a um medicamento que passa a determinar a validade de um diagnóstico sindrômico:

“Na psiquiatria, a prova dos estudos clínicos é só uma prova de força onde a noção de diagnóstico se elabora e se precisa ao mesmo tempo e pelo mesmo procedimento que se elabora e se precisa o medicamento que será eficaz neste transtorno em plena definição. Em psiquiatria, o medicamento assume, portanto, dois papéis de uma vez: o de tratamento, mas também o de marcador biológico ausente, quer dizer, de objeto capaz de mostrar que o grupo de pacientes ‘existem’ por boas razões” (Pignarre apud Aguiar, 2002: 108).

A flexibilidade de uma ferramenta diagnóstica como o DSM-IV permite que pesquisadores oriundos de diferentes orientações teóricas e de ambientes culturais diversos cheguem a um mesmo diagnóstico. Para tanto, a configuração sintomatológica de uma categoria diagnóstica, como a da síndrome do pânico, deve ser posta em correspondência com o protótipo diagnóstico de estudos clínicos controlados e observados através dos testes laboratoriais. Como não há marcadores biológicos que fixem o diagnóstico dos transtornos mentais, os próprios medicamentos acabam funcionando como um marcador biológico, e os limites territoriais dos transtornos mentais vão-se expandindo ao mesmo tempo em que são desenvolvidos novos psicotrópicos com a capacidade de agenciar<sup>18</sup> pacientes com

---

<sup>18</sup> Segundo Deleuze (1998), a unidade real mínima não é a palavra, nem a idéia ou o conceito, nem o significante, mas o agenciamento. É sempre um agenciamento que produz os enunciados. O enunciado é o produto de um agenciamento, sempre coletivo, que põe em jogo, em nó e fora de nós, populações, multiplicidades, territórios, devires, afetos, acontecimentos. Dito de outra maneira: agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de um mundo interior e de um mundo exterior.

diferentes características: “Os psicotrópicos têm o poder de alcançar cada vez mais pacientes porque o transtorno se define tendencialmente como aquilo sobre o qual eles agem” (Pignarre apud Aguiar, 2002: 109).

Monteiro (2002) destaca que a aplicação de injeções de lactato de sódio em pacientes com ataques de pânico e a “excelente” resposta ao uso dos antidepressivos aparece no discurso psiquiátrico contemporâneo como fator exemplar na busca da comprovação da tese da organicidade, laboratorialmente verificável, das doenças mentais. Diagnosticada como um transtorno da mente, cuja origem se deve a uma disfunção nos neurotransmissores cerebrais, a síndrome do pânico tem sido divulgada nos mais variados meios de comunicação, como a promessa de cura por meio de drogas específicas. No entanto, a autora salienta que o aparecimento de temas como o medo e o pânico, quase sempre silenciados por serem considerados vergonhosos, tem sido incentivado na direção, não do sentimento de medo face às crescentes ameaças à vida presentes na barbárie coletiva do mundo contemporâneo, mas como doença individual que pode ser diagnosticada e curada através de psicofármacos.

Nessa direção, “a medicina da alma”, integração entre a psiquiatria biológica e a psicologia de linha cognitivo-comportamental, divulgada como a mais nova estratégia no combate aos transtornos da mente, busca alcançar o “equilíbrio do cérebro e da alma” através da gestão de medicamentos e terapia. Amparada pelas pesquisas na área da genética e biologia molecular, essa medicina conduz seus paciente para que eles possam “equacionar seus conflitos” e, assim, ser reinserido na sociedade. Segundo o psiquiatra José Alberto Del Porto, professor da Escola Paulista de Medicina, a psicologia que melhor adotou o conceito médico de diagnóstico baseado no DSM-III foi a corrente comportamental. Burrhus Frederic Skinner, principal nome da escola comportamental, achava que mais importante do que abrir a “caixa-preta” da mente, como queria Sigmund Freud, era se deter sobre a realidade observável dos transtornos. Dentro dessa perspectiva, Del Porto declara:

“[...] o tratamento hoje utilizado para fobias, no qual o paciente é incentivado a enfrentar aquilo que teme, é baseado em suas técnicas. Aaron Beck, o criador da vertente cognitiva, achava que grande parte das doenças psíquicas se devia a percepções distorcidas da realidade, e caberia ao terapeuta corrigir essas distorções” (Del Porto apud Lima, 2004: 122).

Sobre a relação entre a medicina mental e a psicologia comportamental, Tort (2001) esclarece que a introdução, desde os anos cinquenta, dos testes terapêuticos randomizados na configuração da clínica médica, teve como condição implícita a importação de uma “psicologia científica”, que desde o seu nascimento expulsou visceralmente os efeitos da “sugestão”. Ou seja, o conjunto complexo das relações simbólicas que ligam os sujeitos humanos, ao contrário dos ratos de laboratório. Pode ser que o modelo do rato é que passe agora a dominar triunfalmente a metodologia da clínica médica-psiquiátrica. Neste sentido, o autor afirma que consentimento e sugestão não passam de duas faces de um mesmo problema: a existência da relação médico-paciente, submetida a uma obsessão “científica”: “O ‘discurso científico’ tende a ocupar o lugar de valor de referência no ‘simbólico’, a desvalorizar agressivamente a esfera e a verdade do ‘psíquico’, a impor seus modos de raciocínio” (Tort, 2001: 21).

No entanto, Michel Tort ressalta que não será invocando a nostalgia de ordens benfazejas de outros tempos que poderemos analisar as fantasias inevitáveis que se escoram na racionalidade científica da medicina contemporânea. Não cabe esperar que a referência à “dessimbolização” sirva senão como obstáculo à análise, com a grande partilha vazia que estabelece entre o passado idealizado e nossa atualidade. Devemos identificar aí uma maneira de assinalar o surgimento de novos arranjos das relações de poder no processo de produção da subjetividade. A esse respeito, o autor lembra Michel Foucault: não apenas delinear a composição entre as linhas de visibilidade e de enunciação que se entrecruzam mas descrever os dispositivos materiais, as estratégias e os mecanismos de poder que tomam a forma do biopoder.

Considerando-se a significativa prevalência dos transtornos de ansiedade e depressão mais comuns na população mundial (fobias 24% e depressão 17%), bem como suas características de doença crônica, verificadas pelo estudo do sociólogo americano Ronald Kessler em 1994, a síndrome do pânico tem-se destacado como uma das principais estratégias de divulgação e socialização dos transtornos da mente pela indústria de propaganda (Kessler apud Lima, 2004: 120). A nova doença tem funcionado como um veículo de conscientização e recrutamento de novos pacientes panicados, com o objetivo de promover e ensinar a população a reconhecer seus sintomas e aprender os critérios para se fazer o diagnóstico e, assim, evitar os riscos que possam comprometer a boa saúde. Por se

assentar nas bases sólidas e pragmáticas da genética molecular, da neuroquímica e da psicologia comportamental, o saber psiquiátrico apresenta-se nessas reportagens como o modo mais eficiente de abordagem clínica, especialmente no momento histórico marcado pela busca de respostas rápidas, utilitárias e eficazes.

### **3.4 O gerenciamento dos riscos**

Em seu artigo intitulado “*Corpo e Risco*” (1999), Paulo Vaz esclarece: “se uma sociedade se define pelos valores que propõe como positivos e se estes emergem por negação da negação”, a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle é também a “passagem da norma ao risco como conceito primário a partir do qual se pensa a relação dos indivíduos consigo mesmo, com os outros e com o mundo” (1999:11).

Esses valores, engendrados na formação da sociedade do controle ou da fragilidade, implicam uma prática de cuidado a partir da noção de risco como fundo de negatividade a ser evitado. Ou seja, uma advertência constante sobre as conseqüências de nossos atos. Portanto, com a crise da sociedade disciplinar, que na década de noventa se completa, e a passagem para a sociedade de controle, “mudaram as técnicas de poder, mudou o sentido da vida que nossa cultura nos propõe, mudou o sujeito” (ibid.).

Segundo o autor, a cientificização do cotidiano, através da divulgação midiática dos riscos, implicou o movimento de substituição da atividade de valoração sobre o que pode ser o futuro pelo cálculo do futuro. Dito de outro modo, na sociedade contemporânea, onde a simulação é decisiva, “a naturalização de valores não ocorre pela mera introdução do adjetivo verdade em proposição que tratam do sujeito”, mas passa pela informação sobre os riscos para dizer aquilo que se pode e deve ser feito. Assim, a antecipação do futuro é um modo de “estabilizar os valores do presente na medida em que não são confrontados com um mundo onde valores totalmente outros pudessem vigorar. Trata-se sempre de preservar o mundo e os indivíduos e não de transforma-los” (ibid.: 15).

Vale ressaltar que o conceito de risco é “nômade”, pois orienta múltiplas práticas e recebe conteúdos diversos segundo os diferentes campos de saberes que suscita (ciência política, economia, medicina, direito, engenharia e a ecologia). A noção de risco adquiriu significados diferentes ao longo da história, ligados aos conceitos de pecado e norma

conforme a pertinência de fato e de valor, e ao mesmo tempo de verdade e lei que era dada em cada cultura (grega, judaico-cristã etc.). Entretanto, nos dias de hoje, diante das transformações provocadas pelas tecnologias biomédicas, o fator de risco tomou a forma de um imperativo moral, sendo a saúde convertida em um capital que os indivíduos devem administrar, escolhendo consumos e hábitos de vida, com o objetivo de assegurar estilos de vida saudáveis.

Sob tal ótica, no campo da “nova saúde pública”, Luis David Castiel (1999) afirma que a idéia de ““promoção à/em/de saúde”” (PS) apresenta-se como importante estratégia biopolítica de disseminação das informações sobre o risco com “posturas moralizantes de busca e manutenção de retidão e pureza e de evitação de máculas que corrompam o estado perfeito de saúde” (Castiel, 1999: 20). Na medida do possível, a PS se propõe a desenvolver uma modelagem sobre os corpos e mentes dos indivíduos, com o objetivo de intervir nos modos de vida da população, sob o pressuposto de que se pode decidir qual é o futuro desejável. “Para atingir os pretendidos efeitos, são utilizadas estratégias de difusão pública, que inevitavelmente se vinculam a aspectos retóricos. No caso em questão, para a boa saúde, ou melhor, a evitação de riscos que possam comprometê-la. Promover à saúde, promovendo a saúde” (ibid.: 27).

Segundo Castiel, a saúde contemporânea é caracterizada por sua postura modernista, ou seja, ela depende da ciência como baluarte para manter sua credibilidade e posição social. Neste sentido, o campo da saúde compartilha de uma crença nos poderes da racionalidade e organização para alcançar o progresso na luta contra o sofrimento e a doença. Entretanto, sob a chancela de neutralidade e de objetividade do conhecimento científico, a nova saúde pública não analisa as relações de poder, permanecendo, assim, adequada ao projeto neoliberal em voga.

Pautada por uma lógica de mercado, a difusão da tecnologia do risco apresenta-se, então, como uma função estruturadora das relações sociais e políticas, deixando ao encargo dos indivíduos a responsabilidade pela escolha e manutenção da vida, sendo que os meios necessários para obtê-la não são igualmente distribuídos. A produção de um homem movido por seus estritos interesses e indiferente à esfera pública constitui as novas dimensões de uma biopolítica de controle e regulamentação da vida das populações.

Cabe destacar que as estimativas de risco em interface com os *mass media* e a “indústria da ansiedade” tem funcionado como suporte aos discursos e práticas de intervenção da biomedicina, promovendo uma medicalização do estado de saúde sob risco, além de servir de veículo para reforçar conteúdos morais e conservadores. Trata-se, assim, nos dizeres de Deleuze:

“(de uma) nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos à risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (Deleuze, 1992: 225).

Configura-se assim, mediante técnicas diagnósticas da psiquiatria biológica, um poderoso instrumento de controle em termos de biopoder, cujo uso garantido e legitimado pelo saber científico pretende avaliar as potencialidades e os riscos que as pessoas podem apresentar no futuro. Uma gestão dos riscos, como enfatizou o sociólogo Robert Castel (1987), onde a prevenção é a vigilância, não do indivíduo, mas de prováveis ocorrências de doenças, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados, de comportamentos saudáveis a serem maximizados pelas explicações biológicas, genéticas e bioquímicas, à procura de “um código genético na origem das perturbações psíquicas, a programação de protocolo de reforçamento das condutas positivas e de eliminação das práticas negativas pelas terapias da conduta”. E, paralelamente, a desvalorização da tendência oposta, “da atenção às totalidades concretas pessoais, sociais ou históricas” (Castel, 1987: 171), acusadas de subjetivista, pré-científica e ideológica.

Para Castel, as práticas de prevenção, amparadas pelas novas tecnologias da biomedicina, são aplicadas pela ação sanitária no tecido social com o objetivo estratégico de gestão das diferenças e das fragilidades. Trata-se sobretudo de intervir para maximizar as responsabilidades da iniciativa particular com a utopia de se aproximar, tanto quanto se puder fazer, de um modelo de humanidade capaz de se reciclar a cada instante para responder às exigências do mercado, de maior rentabilidade, eficiência e performace. No intuito de proporcionar soluções técnicas a todos os problemas (sejam eles da alma, do corpo ou da sociedade), o indivíduo na condição de interlocutor desaparece, sendo

decomposto num quadro de programação administrativa e em um conjunto mobilizável de informações, na busca pragmática de resultados rápidos, tangíveis e mensuráveis. Nas palavras do autor: “‘o potencial humano’ - a um só tempo pessoal e relacional - é de fato um capital objetivável que se cultiva a fim de se tornar mais ‘atuante’ na sociabilidade, trabalho ou gozo” (ibid.: 172).

Nesse contexto, faz-se necessário retornar a Michel Foucault, que declara: “o objetivo da nova racionalidade de governo que envolve a gestão dos riscos é menos o de anular sua marginalidade do que dissipá-la no seio de uma dada sociedade” (Foucault apud Caliman, 2002: 99). Portanto, podemos ver nessa afirmação um novo tipo de exercício de poder que não visa a fazer dos indivíduos sujeitos passivos e dóceis, tal como na sociedade disciplinar. Mas como uma tecnologia de governo, de um “biogoverno”, cujo cálculo do risco visa a orientar os indivíduos capazes de uma certa mobilidade, ainda que diferencial (e mesmo para diferenciá-la) para que possam ser guiados e governados, portanto, conduzidos e controlados.

No caminho aberto por Foucault e retomado por Deleuze & Guattari, Hardt & Negri e Robert Castel, portanto, detecta-se uma transição para um novo regime de poder: uma passagem da antiga vigilância disciplinar para um gerenciamento administrativo preventivo de populações de riscos, fruto da generalização das terapias para os anormais, no cerne de uma série de dispositivos de controle que dissolvem o sujeito moderno da sociedade industrial para conformar outros modos de subjetivação. Assim resume Castel a nova estratégia do biopoder:

“não se trata somente, mesmo se se trata ainda , de manter a ordem psicológica ou social corrigindo seus desvios, mas de construir um mundo psicológico ou social ordenado, trabalhando o material humano; não somente reparar ou prevenir deficiências, mas programar a eficiência. Tal seria a ordem pós-disciplinar que não passaria mais pela imposição dos constrangimentos, mas pela mudança e a (...) chegada de fórmulas inéditas de gestão e de manipulação das populações, o domínio crescente das empresas de programação que culminam no projeto de programar a si mesmo” (Castel, 1987: 178-179).

Com a emergência dos novos dispositivos de biopoder na sociedade de controle, como a nova genética e a biopsiquiatria, seus efeitos sociais estendem-se engendrando uma nova rede de circulação em termos de produção de subjetividade. É importante frisar que tais configurações complexas não são exclusividade da era pós-disciplinar, mas que nesse período, tais fatores desencadearam o surgimento de preocupações em relação ao funcionamento corporal outrora inexistente.

O efeito mais evidente dessa transformação pode ser claramente encontrado no que alguns autores têm chamado de *healthism*, traduzindo a atual obsessão pela saúde. Tais mudanças postulam que os indivíduos devem preservar sua capacidade física dos agravos da doença e dos riscos, denotando como incapacidade ou falha individual quando esse cuidado não se torna possível de ser realizado pelo próprio indivíduo. Descrita como uma forma particular de gestão de si, o estilo de vida saudável tem produzido uma atmosfera de incerteza e ansiedade causada pela multiplicidade de fatores de risco e pela ampliação da ambigüidade em distinguir-se saúde e doença.

## *Capítulo 4*

# *A Produção de Bioidentidades*

*Será a vida essa gorda saúde de espetáculo, de frisson extasiado diante do sensacional, desse acaparamento do mundo por um estômago fenomenal, que deglute tudo porque também expele tudo? Ou, ao contrário, estará a vida mais próxima de uma fragilidade diante do excesso, e também, por conseguinte, de uma certa seletividade?.*

*Gilles Deleuze*

## 4.1 A medicalização da saúde

Em *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina* (1975), Ivan Illich examina o processo de medicalização da vida por meio da dinâmica “mórbida” da empresa médica. Para Illich, a colonização médica da vida é perniciosa por três motivos: primeiro, porque a intervenção técnica no organismo retira dos pacientes características usualmente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização desse processo de intervenção se transforma em “máscara sanitária” de uma sociedade destrutiva; e terceiro, a incidência do aparelho biomédico sobre o indivíduo tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. Deste modo, a medicalização da vida deve ser entendida como uma forma de expropriação da saúde assegurada e organizada pela medicina. “A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano” (Illich, 1975: 10).

Segundo Illich, somente o homem pode sofrer e ser doente. A capacidade de estar consciente da dor faz parte da adaptação autocrítica ao meio que se chama a saúde do homem. Para tanto, essa saúde supõe a faculdade de assumir uma responsabilidade pessoal diante da dor, da inferioridade, da angústia e, finalmente, diante da morte. Neste sentido, a saúde está relacionada com a significação ativa do indivíduo no corpo social. No entanto, a produção de um modo de vida gerida pela empresa médica, que tende a aumentar seu poder sobre os indivíduos, exigindo “a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte”, é um objetivo novo que jamais tinha servido como um modo de se conduzir na vida em sociedade (Illich, 1975: 123).

A transformação das experiências essenciais da vida subjetiva numa série de intervenções que ameaçam a saúde do homem retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em um problema técnico. A submissão à regulação faz com que a população recorra sem cessar a consumos (de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental etc.) cuja produção é monopolizada pela instituição médica. Esses são alguns dos sintomas da iatrogênese médica que começam a ser impor com a expansão do saber médico na sociedade ocidental. Com efeito, a medicalização da dor reduziu a capacidade que todo homem possui de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade de sua transformação, capacidade em que consiste precisamente a saúde.

Vale frisar que tal inversão do sentido da responsabilidade em face da dor reflete e reforça uma transformação ética e política na experiência corporal de uma cultura. Foi somente no século XVII, com o filósofo francês René Descartes, que construiu um modelo mecânico do corpo separado da alma, que teve início a luta contra a dor. Sua descrição do corpo humano fez dele um verdadeiro mecanismo de relojoaria, semelhante a uma máquina que pudesse ser reparada por um engenheiro. Dentro desse quadro, o corpo se torna um aparelho possuído e dirigido pela alma, mas com uma distância, não somente entre a alma e o corpo, mas ainda entre o mal do paciente e o olhar do médico. A dor tornava-se um sinal e a doença uma perturbação mecânica.

A virada da medicina rumo à analgesia se insere dentro da mudança política que se reflete em todas as instituições contemporâneas, no qual a dor é discutida como uma forma de regulação das funções fisiológicas. A partir deste “ideal de saúde”, propagado pela indústria médica, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior e, insuportável, da perfeição colimada, devendo ser “corrigida”. Nesse processo, o indivíduo se torna um consumidor devotado aos três ídolos - anestesia; supressão da angústia e gerência de suas sensações - que o fazem obter o sentimento e a fantasia de estar em boa saúde. Nas palavras de Illich:

“Com a medicalização de uma cultura, as determinantes sociais do sofrimento agem em sentido inverso. Onde o sofrimento é sobretudo enfrentar provação, respeita-se a dor enquanto experiência íntima e incomunicável. Desde que a dor se torna o objeto de manipulação, vê-se nela sobretudo a reação de um organismo; pode-se verifica-la, medi-la e provoca-la. Esse amolecimento, essa coisificação da experiência subjetiva é que torna a dor matéria de diagnóstico e posterior tratamento mais que ocasião, para aquele que a sofre, de aceitar sua cultura, sua ansiedade e suas crenças. A profissão médica decide quais são as dores autênticas, quais as que são imaginadas ou simuladas. A sociedade reconhece este julgamento profissional e adere a ele. A dor objetiva pode vir a ser sofrimento apenas através do olhar de outra pessoa, mas é o olhar

profissional do médico, partilhado pela sociedade, que determina a relação do paciente com a sua experiência” (Illich, 1975: 130).

As práticas de intervenção biomédicas no indivíduo ou no seu ambiente produziram a eliminação do “*status* de saúde”, graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente. Segundo Illich, em todas as sociedades há pessoas que têm comportamentos diferentes de outras, escapando às regras comumente definidas no trabalho, na família, no discurso etc., e que acabam sendo excluídas de diversas maneiras de um domínio a outro, enquanto seus traços singulares não são assimilados numa conduta conhecida. Ao atribuir-se um nome e um papel às anormalidades, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida. Entretanto, com o desenvolvimento do campo terapêutico por meio da medicalização do diagnóstico, aumentou o número dos que possuem essa categorização social, a tal ponto que se tornaram exceção as pessoas que não entram em nenhuma categoria terapêutica. Nesse processo a saúde adquiriu, paralelamente à doença, *status* clínico: ela se tornou ausência de sintomas clínicos. Ou seja, a boa saúde foi associada aos padrões clínicos da normalidade. Em consonância com os estudos de Michel Foucault, na obra *O Nascimento da Clínica*, Illich declara:

“Foucault mostra que a idéia de eliminar a doença, (...) é acompanhada de múltiplas iniciativas para isolar e classificar as doenças a fim de melhor cercá-las em sua verdade essencial. Todos os projetos para instaurar uma sociedade saudável comportam assim uma dupla exigência: de um lado a reestruturação da sociedade que elimine a doença e, ao mesmo tempo, os outros males da civilização; de outro, uma pesquisa científica que leve à natureza da doença e concernente à competência da medicina” (Illich, 1975: 146).

Vale lembrar que Foucault já apontava para a crescente preocupação e demanda com a saúde da população, desde a segunda metade do século XX. Em o *Nascimento da Medicina Social* (1979[1999]), Foucault sinaliza os efeitos de uma medicalização da vida e do espaço social, no qual os doentes tendem a perder o “direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (Foucault, 1979

[1999]: 96). Assim, a medicina, como um sistema de racionalização e de controle, invadiu o campo da saúde, dilatando o da doença. Ao proclamar o desejo de gerir a população, a medicina se torna uma instância normativa, um componente do biopoder. Em nome da saúde, constituiu-se uma nova moral, uma nova economia e uma nova política do corpo. Neste sentido, Foucault afirma que foi a vida, muito mais que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formem através de afirmações de direito:

“O ‘direito’ à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o ‘direito’, acima de todas as opressões ou alienações, de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser, esse ‘direito’ tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder” (Foucault, 1988[1999]: 136).

Ampliando a análise do processo de medicalização da sociedade, a partir de uma perspectiva foucaultiana, Clarke *et al.* (2002) apontam para as transformações radicais que vêm ocorrendo na sociedade pós-moderna e que implicam a participação de diversas instâncias: leigos, profissionais, companhias de seguros, administrações governamentais, indústria farmacêutica, tecnologias e instrumentos diversos. De acordo com os autores, vivemos no momento uma “nova biomedicalização” que conserva do processo de medicalização, ocorrido ao longo do século XX, a característica de expansão da jurisdição médica para novos domínios, mas repousa fortemente sobre as inovações trazidas pelas novas biotecnologias. Entretanto, o modo de funcionamento da nova forma de medicalização na sociedade contemporânea se caracteriza por intervenções que buscam não mais ajustar ou normalizar o que existe, mas transformar a própria vida:

“Não vivemos apenas a medicalização da doença ou do desvio. A própria saúde deixa de ser vista como um estado orgânico natural, para ser fabricada artificialmente pelas tecnologias médicas e novos modos de autoprodução dos corpos. A biomedicalização é uma medicalização da saúde” (Clark et al. apud Aguiar, 2002: 142).

Para Paul Rabinow (2002), a nova genética é o exemplo mais significativo desse processo, devendo remodelar a sociedade e a vida com uma força muito maior do que a revolução na física, pois será implantada em todo o tecido social por práticas médicas e uma série de outros discursos. De acordo com o autor, “no futuro a nova genética deixará de ser uma metáfora biológica para a sociedade moderna e se tornará uma rede de circulação de termos de identidade e lugares de restrição”. A identidade passa a ser definida em termos biológicos e não mais a partir das categorias de sexo, idade ou raça. A produção de um “homem novo” opera uma ruptura sistemática com todas as formas anteriores de sociabilização. Trata-se de uma nova forma de autoprodução técnica, que Rabinow chama de “biossociabilidade” (Rabinow, 2002: 143).

Rabinow considera que, antes, a sociobiologia era um projeto social calcado nas “intervenções filantrópicas liberais, destinadas a moralizar e disciplinar os pobres e degenerados, à *rassennhygien* e suas extirpações sociais”, moldados em “metáforas biológicas” e num dispositivo de ordenação social construído a partir do paradigma metafórico da natureza; agora, na biossociabilidade, é a natureza que se coloca na mira dos dispositivos técnicos. Ou seja, com o desenvolvimento da nova genética, é a própria natureza que será modelada pela cultura. Portanto, o que está em jogo é a superação da separação entre natureza e cultura, em que um dos preços a pagar será a dissolução da categoria do social. “A natureza finalmente se tornará artificial, exatamente como a cultura se tornou natural” (ibid.: 144).

Em conferência realizada na Alemanha, em 1999, intitulada “*Regras para o Parque Humano*”, acerca do biopoder na contemporaneidade e publicada no periódico francês *Le Monde des Débats*, Peter Sloterdijk levanta questões sobre a base que fundamenta o conhecimento da tecnociência, cuja proposta de intervenção da nova genética anunciada para um futuro biopolítico possibilitará exercer o poder de seleção e classificação do gênero humano, para que suas características mais favoráveis possam ser combinadas em uma comunidade de pessoas voluntariamente dóceis e úteis, e assim se alcance no parque humano a melhor homeostase possível.

Desde os conceitos ideados por Platão no diálogo *O político*, o autor afirma que correm pelo mundo discursos que falam de uma “genuína arte da política”, que não seria mais do que “o cuidado voluntariamente oferecido [...] de rebanhos de seres vivos que

aceitam voluntariamente”. Assim, a atividade própria da política seria como uma “arte de pastorear homens”, portanto, uma mera elaboração de “regras para administrar parques humanos”, em uma alusão explícita aos jardins zoológicos e à domesticação de animais. Ou seja, uma zoopolítica para a manutenção de seres humanos em parques ou em cidades.

Após essa incursão nas origens do pensamento ocidental, o filósofo alemão conclui que a questão fundamental na contemporaneidade e que merece ser trazida ao discurso de forma consciente seria “acima de tudo verificar se entre a população e a administração existe uma diferença apenas de grau, ou uma diferença de espécie”. Dito de outro modo, a pergunta seria: do ponto de vista político, em que aspectos divergem uma população de homens e um conjunto de animais domésticos? Em sintonia com as críticas sobre os riscos das novas biotecnologias, Sloterdijk constata que a discussão não pode descuidar do fato de que a motivação subjacente às recentes descobertas no campo da nova genética atende muito menos ao interesse do grande público do que aos interesses dos grandes conglomerados econômicos.

A partir desse contexto, ampliando a noção de biossociabilidade, pode-se dizer que ela visa a descrever e analisar as novas formas de sociabilidade e de subjetivação resultantes da interação do capital com as biotecnologias e a medicina. Ortega (2003) salienta que na cultura da biossociabilidade são produzidos novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo e criação de modelos ideais de sujeitos baseados no desempenho físicos. As ações individuais passam a ser conduzidas com o objetivo de alcançar a melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude etc. Pode-se prever, também, a constituição de novas categorias sociais a partir de um vocabulário médico-fisicalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica que se populariza e adquire uma conotação “quase moral”, fornecendo os critérios de avaliação individual. Essa tendência exprime a criação de uma nova moral da saúde, denominada de *healthism* ou *santé-isation*. “*Healthism* é a forma que a medicalização adquire na biossociabilidade” (Ortega, 2003: 64).

Em *biopolítica* (1995), Heller & Fehér assinalam que a aliança da política de saúde com a indústria da saúde tem tornado mais proeminente tal característica e ainda mais explícita essa visão tecnológica subjacente. Diante do processo de transformação na saúde

a que estamos assistindo, com a passagem de uma medicina que buscava negar a doença por uma que se dispõe a produzir um ideal de saúde como metáfora de pureza moral, o corpo passa a ser cultivado a partir de uma imagem de beleza a ser atingido para “trunfar” (e até mesmo para sobreviver) nos ambientes de feroz competitividade do mundo globalizado. Neste sentido, os autores salientam que podemos esperar do culto exagerado da juventude, desta nova adoração da beleza, uma nova valorização moral tão positiva e ao mesmo tempo tão intolerante quanto às disciplinas de outrora. Assim, como as normas de juventude são estabelecidas pelas biotecnologias, mediante uma produção midiática, a busca por uma biopolítica da saúde, em vez de fomentar uma diferença, acaba produzindo um “corpo são” serializado. Segundo Heller & Fehér, “não é nada disparatado ver nessa valorização moral histórica uma tentativa (bio) política de repor a ‘saúde’ na sua posição central normativa<sup>19</sup>” (Heller & Fehér, 1995: 76).

O exemplo do músculo é neste caso ilustrativo sobre o processo de medicalização da saúde que estamos delineando. Ao analisar a cultura californiana do corpo, Courtine (1995) argumenta que a relação do indivíduo com seu corpo ocorre sob a égide do domínio de si. Um dos elementos desse programa de domesticação generalizada da *healthism ou bodyism* toma a forma de uma injeção paradoxal: “é preciso sofrer se distraído”. Na pastoral do suor, o músculo tornou-se um modo de vida, um signo de pertencimento e de integração ou, inversamente, um novo critério de *desfiliação*<sup>20</sup> que tem por base a racionalidade do consumo. No seio dessa cultura de massa do corpo, a saúde é concebida como uma religião, uma prática política que faz do corpo o próprio estilo de vida. O gerenciamento do corpo tornou-se o signo de uma sociedade contemporânea marcada por uma busca incessante da saúde e da forma física, através do qual os indivíduos podem demonstrar sua conformidade ou não com as exigências de um mundo competitivo. Nesta linha, Crawford (2002) afirma:

“corpo saudável caracteriza-se por ser a marca da distinção que separa aqueles que merecem ter sucesso daqueles que irão fracassar e os termos

---

<sup>19</sup> Citação original: “No es nada disparatado ver en esta valoración moral histórica una tentativa (bio) política de reponer a la salud em su posición central normativa”.

<sup>20</sup> Segundo Castel (1997), o termo desfiliação exprime um modo particular de isolamento social.

saudável e não saudável assumem o lugar e o significado de uma identidade normal e anormal” (Crawford apud Caliman, 2002: 102).

Em sua célebre tese de 1943, *O Normal e o Patológico* (2002), Georges Canguilhem esclarece que a saúde não se define pela média nem por um ideal, mas por sua plasticidade normativa. A média e o ideal são *normalizadores*, isto é, morais, impõem uma norma de conduta, de fora para dentro, do universal sobre o singular. Ao contrário, saudável quer dizer, segundo o conceito canguilhemiano, que se tem capacidade para incorporar normas diferentes das até então vigentes, e até mesmo normas patológicas sem se perder a capacidade de ação. Assim, podemos estar enfermos - etimologicamente “não firmes” - e ainda assim estarmos capazes e saudáveis em diversos outros aspectos de nossa vida ou atividade. Podemos estar fora da média, dos ideais culturais de saúde, mas capazes, ativos. Entretanto, como já antecipara Canguilhem, “até agora a norma de um organismo humano é coincidência dele com ele próprio, até o dia em que será a coincidência com o cálculo de geneticista eugenista...” (Canguilhem, 2002: 119).

De acordo com as análises sobre a cultura da biossociabilidade, a saúde deixou de ser a “vida no silêncio dos órgãos”, segundo a célebre fórmula do cirurgião René Lereche. Esse deslocamento exige uma autoconsciência de ser saudável, a saúde deve ser exibida, afirmada continuamente e de forma ostentosa, constituindo um princípio fundamental de identidade subjetiva. A “saúde perfeita” tornou-se a nova utopia apolítica<sup>21</sup> de nossas sociedades. Ela é tanto meio quanto finalidade de nossas ações. Saúde para a vida. Mas também para viver para estar em boa saúde. Assim, a nova moral que estrutura a biopolítica da saúde na contemporaneidade é a:

“moral do bem-comer (sem colesterol), beber um pouco (vinho tinto para as artérias), ter práticas sexuais de parceiro único (perigo da AIDS), respeitar permanentemente sua própria segurança e a do vizinho (nada de fumo). Trata-se de restaurar a moralidade plugando-a de novo no corpo. O

---

<sup>21</sup> A partir de uma reflexão sobre a biopolítica da saúde baseada nas análises de Agnes Heller, Ortega (2004) problematiza que se a política é o campo do confronto das opiniões, do diálogo, da iniciativa, do novo, da espontaneidade e da ação em liberdade, o pensamento biopolítico de raça, gênero e saúde legitimado cientificamente é o espaço da verdade, da certeza, da necessidade, do determinismo e da causalidade, no qual o diálogo é substituído por uma política da autoclausura, de amigos e inimigos.

controle sobre o corpo não é um assunto técnico, mas político e moral”  
(Sfez, 1995: 68).

## 4.2 O Imperativo da Saúde Perfeita

No quadro das vertiginosas transformações operadas no âmbito da nova genética a partir da decifração do código genético humano e com o desenvolvimento das ciências da vida e das biotecnologias a elas correlatas, o sociólogo Lucien Sfez, especialista na análise das tecnologias de comunicação, aponta para a configuração do novo paradigma da saúde: a saúde perfeita. Segundo Sfez, “na era da comunicação todo-poderosa, a informação sobre os problemas de saúde circula, de fato, entre as diferentes culturas, tendendo a homogeneizar as práticas particulares, e o vírus da ‘saúde’ tende a tornar-se universal” (Sfez, 1995: 42). Assim, na pós-modernidade, a ideologia da comunicação, suscitada por meio das tecnologias do corpo, toma a forma de uma utopia, como um *deus ex machina*.

Em seu livro *A Saúde Perfeita* (1995), o autor analisa como as várias tecnologias do corpo (corpo do indivíduo e corpo do planeta) têm permitido a produção de novas utopias, como a da saúde perfeita. Saúde para viver, mas “também viver para estar em boa saúde. Viver para fazer viver as biotecnologias e as tecnologias da ecologia, sem as quais a Grande Saúde não existiria” (ibid.: 24). Mas o que significa essa grande saúde? Para compreender o argumento de inspiração nietzscheana, é preciso primeiro ganhar clareza sobre o seu pressuposto fisiológico: ela é o que chamamos de a grande saúde: “Nós, rebentos prematuros de um futuro ainda não provado, nós necessitamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, mais forte alerta alegre firme audaz que todas as saúdes até agora” (Nietzsche, 1995: 84).

Em *Ecce Homo* (1995), Friedrich Nietzsche utiliza esse conceito para explicar o aparecimento de um homem novo, um “super-homem” que estaria liberto do dilaceramento constitutivo da existência humana e, assim, não precisaria mais de deus, da moral e da metafísica. O exercício pelo qual se atinge tal estado é o exercício da negação. Segundo o filósofo, o homem futuro necessitará antes de tudo de uma coisa, a grande saúde - “uma tal que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar”. E continua, “são necessários homens mais sadios

(...) super-homens para os quais a recompensa deveria ser uma terra ainda desconhecida à nossa frente, cujos limites ainda ninguém divisou, um além de todos os cantos” (ibid.: 85).

É preciso deixar claro que a grande saúde em Nietzsche se refere a uma concepção de saúde que engloba mesmo os momentos de enfermidade, consistindo na força plástica que nos permite ter potência de vida mesmo quando enfraquecidos em algum aspecto. A pequena saúde estaria atrelada a um ideal ao qual deixamos de viver. Aquela que, tendo medo de perdê-la, não usamos para muita coisa. Nesta mesma perspectiva, Canguilhem nos lembra que a saúde implica podermos colocá-la em risco. A grande saúde é o resultado final de nossas forças e fraquezas, presente e singular, que vivenciamos quando e sempre que conseguimos potencializar nossa vida mesmo em momentos difíceis. Nos dizeres de Martins (2004):

“Para a grande saúde, é preciso aceitar que a vida é constituída inevitavelmente de dor e prazer, que o corpo se desgasta inevitavelmente para viver, que a morte é também inevitável, e que é preciso aceitar e elaborar perdas, para poder-se aceitar e aprovar tragicamente a vida; e não fingir que perdas não existem, ou depreciar esta vida em nome de um ideal de imortalidade ou de nirvana, de euforia ou de analgesia” (Martins, 2004: 30).

Em contrapartida, com o processo de medicalização da saúde, a biomedicina e sua prescrição de uma saúde para todos, fundamentada nas certezas da genética molecular e da neuroquímica, toma a forma de uma grande saúde que se impõe como única e exclusiva. A corporeidade fisiológica tornou-se um padrão de medida do homem pós-moderno. Portanto, uma grande saúde, utilizando-se de uma instrumentação hipercomplexa, vem fundar novas certezas para o homem que vai nascer. Ou seja, um homem de quem uma “prescrição” médica retiraria não só toda doença hereditária, mas toda a predisposição a qualquer outra doença, antes mesmo de ele ter nascido.

Michel Serres (2002) lembra que nosso controle vai da aparência a suas múltiplas possibilidades. E, se outrora a política se dizia a arte do possível, agora ela se acha superada em seu próprio exercício pelas ciências da vida. E declara: “o mestre não se torna mais mestre por ameaçar um corpo do escravo ou enfrentar melhor a morte. (...) mas por manter

a natureza: o que vai nascer, a que se destina, ou que vai se decidir a nascer, o potencial ainda não nascido” (Serres apud Knobloch, 2002: 85).

No horizonte desse processo, em que há cada vez menos ideologia e cada vez mais utopias, o que se vislumbra como utopia não é somente a construção de um corpo perfeito, livre dos germes e de doenças possíveis, mas também a produção de um planeta perfeito, livre, por sua vez, de todas as possíveis catástrofes “ecológicas”; ou seja, um planeta devolvido em sua pureza suposta original. Trata-se da constituição de uma “*eco-bio-religião*”, a imagem santificada de Gaia, a terra como a mãe generosa e divina, como o lugar de uma saúde santificada.

Contudo, como é impossível purificar o meio ambiente, é preciso então se defender contra as doenças, identificando nossas predisposições genéticas, buscando na nova profecia uma saúde total e felicidade perfeita. Segundo Knobloch (2002), essa obsessão pela saúde perfeita vem se tornando um “fator patógeno”, predominante nos países desenvolvidos. É pelo fato de as tecnologias biomédicas criarem a cada momento novas necessidades de cuidados, que se incrementa a oferta de saúde, o que tem levado muitas pessoas a “responderem com problemas, necessidades e doenças”. Criando-se ilusões de necessidades “todos pedem para que o progresso coloque fim ao sofrimento”. Essa situação, acaba-se por criar novas relações com a vida, com a saúde, com o corpo. “Corpo que, às vezes, é colocado no lugar de inimigo” (Knobloch, 2002: 39). Mudança de perspectiva que marca a passagem da ideologia para a utopia, em que o real não está mais do lado de fora, mas dentro, no emaranhado dos níveis, na relação hierárquica das redes. Neste processo, alerta Sfez, mudou-se o inimigo:

“O inimigo não está no exterior, não tem mais de ser combatido ou civilizado. Não é mais o selvagem, o negro, o amarelo, o judeu, o proletário para o burguês, o burguês para o proletário. O inimigo está em nós, no perímetro da cidade poluída, do bairro desmembrado, nas famílias, em nossos corpos enfermos, em nossos genes. O inimigo está por toda parte e em lugar nenhum, anônimo, sem fronteiras, (...) na camada esburacada de ozônio, na droga e no colesterol” (Sfez, 1995: 25).

Nos EUA, segundo Sfez, é cada vez maior a discriminação genética pelas seguradoras de saúde, pois elas não aceitam cadastrar pessoas portadoras do gene de mutação do câncer ou da doença de Huntington (doença que leva à demência). Também, os empregadores têm se interessado pelos testes genéticos como forma de avaliação de seus funcionários. Algumas pedem testes para detectar instabilidade emocional, predisposição ao alcoolismo, à depressão ou distúrbios comportamentais. Segundo o Instituto Nacional de Saúde Mental, “as *detecções antes dos sintomas* das doenças psiquiátricas logo se tornaram rotinas” (ibid.: 160). Deste modo, muitos geneticistas e psiquiatras esperam que as descobertas genéticas permitam descobrir o gene da homossexualidade, da obesidade, da agressividade, da violência, da coragem, da preguiça, do mau humor, da esquizofrenia, do mal de Alzheimer, do câncer etc.

Percebe-se então que o embasamento nas leis das probabilidades e nos cálculos dos riscos de futuras contingências, através de dados estatísticos, reduz os problemas sociais às suas dimensões biológicas. Assim, “todos os problemas sociais passam a ser suscetíveis de redefinições” (ibid.: 161). Se antes as dificuldades escolares eram explicadas em termos de desigualdades culturais ou insuficiência nutricional, hoje se tende, cada vez mais, a buscar suas causas nas desordens psíquicas de origem genética, separando-se assim estes aspectos do conjunto das causas, em boa parte sociais.

Segundo a matéria intitulada “Pílulas no cardápio infantil” (2004), vem aumentando a medicalização de crianças e adolescentes para tentar emagrecer a “gorda estatística” de 155 milhões de meninos e meninas obesos no mundo. Dentre as drogas utilizadas na dieta infantil para aumentar a saciedade e reduzir a absorção de gordura, a sibutramina (substância do Reductil), um anorexígeno que diminui o apetite e provoca sintomas como boca seca, insônia, alterações do humor, vem sendo administrada em jovens a partir dos 12 anos. A liberação da droga pelo FDA, órgão que administra drogas e alimentos nos Estados Unidos, foi feita depois que os estudos coordenados pelo psiquiatra Robert Berkowitz, do Weight and Eating Disorders Program, da Universidade da Pennsylvania, comprovou a “eficácia e a segurança” do medicamento. Segundo os médicos, a culpa pela obesidade infantil deve-se as causas genéticas: “ainda não há um remédio que combata o problema genético da obesidade” (Coutinho apud Marinho & Intrator, 2004: 27).

No contexto da medicalização infantil, o Ritalin, nome comercial do metilfenidato - um estimulante estreitamente relacionado com a metanfetamina, a droga de rua que nos anos sessenta ficou conhecida nos Estados Unidos como *speed* - tem sido utilizada para tratar de uma síndrome conhecida como distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade (DDAH), uma “doença” comumente associada às crianças que têm “dificuldade” em ficar quietas nas salas de aula. Segundo Francis Fukuyama (2003), o distúrbio do déficit de atenção foi diagnosticado pela primeira vez como doença no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* - o DSM I, da Associação Americana de Psiquiatria, considerado a bíblia das doenças mentais oficiais. Posteriormente, nas edições subsequentes do manual, o nome da doença foi modificado para distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade, hiperatividade sendo acrescentada como uma característica qualificadora. Fukuyama analisa a entrada do DDA, e depois do DDAH, no DSM, como uma importante estratégia política e afirma:

“Apesar de várias décadas de pesquisa, ninguém foi capaz de identificar uma causa para o DDA/DDAH. Trata-se de uma patologia reconhecida apenas por seus sintomas. O DSM lista vários critérios diagnósticos para a doença, como a dificuldade de concentração e o excesso de atividade em funções motoras. Os médicos fazem o que acaba sendo um diagnóstico com frequência altamente subjetivo quando o paciente exibe o suficiente dos sintomas listados, cuja própria existência pode com frequência não ser facilmente determinável” (Fukuyama, 2003: 59).

Com a medicalização do DDAH, milhares de estudantes são hoje tratados na sociedade americana com ritaline ou outros medicamentos, em virtude de sua dificuldade de aprendizagem ou de perturbações que provocam em salas de aula. Segundo Fukuyama, os que acreditam estar sofrendo do distúrbio ficam com frequência aflitos em acreditar que sua incapacidade de concentração ou de ter um bom desempenho em alguma função da vida não é, como na maioria das vezes lhe foi dito, uma questão de deficiência de caráter ou de falta de vontade, mas o resultado de uma doença neurológica. Neste sentido, escreve Fukuyama: “classificar pessoas nessa situação como sofrendo de uma patologia é portanto borrar a linha entre terapia e aperfeiçoamento” (ibid.: 61).

A biologização do sintoma da criança naturaliza suas condutas e assimila as deficiências em relação àquilo que é considerado normal a uma patologia e não mais a seu sofrimento imerso em uma situação em que não encontra sua razão de ser. Dessa forma, a educação familiar é protegida de qualquer dúvida quanto a seu funcionamento, mantendo-se a certeza de jamais estar errada. A escuta da criança, o suporte afetivo, o acompanhamento ao seu lado, a detecção de violências familiares ou escolares deixam de se impor quando se trata de cuidar estritamente do sintoma (a criança transformada em terminal biológico), sem ter mais de interrogar as causas (o sistema de relação em que está imersa).

Testemunha desse processo, o psiquiatra francês Édouard Zarifian (1995) explica que milhares de doses de tranqüilizantes são compradas pelos franceses. Anualmente são vendidas cerca de 115 milhões de caixas de benzodiazepinas (tranqüilizantes, soníferos etc.). A terelena, tranqüilizante dado em forma de xarope, é um dos mais prescritos por médicos pediatras. Seguem-se o valium e um sonífero, o nopron, cuja tarefa é “acalmar” as crianças. Em média, na França, a criança vai ao médico três vezes por ano. Em 15,7% dos casos, são prescritos medicamentos psicotrópicos. Presume-se que a criança sofra de “uma disfunção cerebral leve”, mesmo quando os exames neurológicos nada detectam. Trata-se, então, de uma gestão do humor que não se refere mais a um estado patológico, mas que contribui para a manutenção da ordem das coisas por meio da comodidade e da eficácia (Zarifian apud Le Breton, 1995). Neste sentido, Fukuyama declara: “se o Prozac parece ser uma espécie de pílula da felicidade, o Ritalin veio para desempenhar o papel de um instrumento patente de controle social” (Fukuyama, 2003: 58).

Para Fukuyama, a difusão de drogas psicotrópicas como o Ritalin e o Prozac, nos Estados Unidos, aponta para três tendências políticas poderosas que vêm se configurando com o desenvolvimento da neurofarmacologia, contribuindo, assim, para o processo de medicalização da sociedade pós-moderna. A primeira tendência é gestão farmacológica dos problemas existenciais em pessoas comuns; a segunda tendência se deve à pressão exercida pelos poderosos interesses econômicos das indústrias farmacêuticas; terceiro é a tentativa de medicalizar tudo, expandindo a esfera terapêutica de modo a fazê-la abranger cada vez mais um número maior de pessoas. Diante dessas transformações, diz Fukuyama:

“Se amanhã uma companhia farmacêutica inventasse um genuíno comprimido do soma huxleyano que nos fizesse felizes e mais unidos socialmente, sem nenhum efeito colateral nocivo, [...] e se um trabalhista rabugento objetasse que esse soma não era terapêutico, provavelmente se poderia contar com os psiquiatras para declarar que a infelicidade é uma patologia e introduzi-la no DSM ao lado do DDAH” (ibid.: 68).

Retomando as análises nietzscheanas sobre a grande saúde, o filósofo e urbanista Paul Virilio (1996) assinala que passamos hoje do super-homem ao homem superexcitado. Após a colonização geográfica do corpo territorial e da espessura geológica de nosso planeta, o recente desenvolvimento das neurociências e das biotecnologias chega hoje à progressiva colonização do corpo humano, ou seja, uma “endocolonização”. Estamos agora na época dos componentes íntimos, com a criação de produtos que possam estimular as funções nervosas, a vitalidade da memória ou da imaginação, promovendo uma reestruturação das sensações através das novas tecnologias biomédicas. Virilio assinala a ênfase voltada para os nervos: um território privilegiado do estresse e de outros distúrbios típicos da contemporaneidade, como a depressão, a anorexia, a síndrome do pânico e os comportamentos compulsivos e obsessivos. Diante das novas formas de sofrimento, o sistema nervoso passa a ser o alvo fundamental dos psicofármacos e outras “tecnologias da alma” que se propõem a estimular e tranquilizar os nervos superexcitados. Portanto, diz Virilio, “a ‘grande saúde’ não é mais um dom, o dom do silêncio dos órgãos, ela é um horizonte, uma perspectiva a ser atingida graças às proezas da aceleração das tecnologias ao vivo” (Virilio, 1996: 110).

### **4.3 A Produção Farmacológica de Si**

Queiramos ou não, os recentes avanços tecnocientíficos estão transformando radicalmente os processos e modalidades de constituição do corpo humano, de forma que nos têm obrigado a repensar a “alma” humana. Desde que René Descartes anunciou que “eu penso, logo existo”, o mundo ocidental tem tido uma obsessão com a condição do eu. Do consumidor individual ao solitário mal-compreendido, estamos habituados a pensar a subjetividade como uma forma interiorizada nos corpos, que apenas secundariamente entra

em contato com o resto do mundo. Tal como o desenho de um círculo onde o lado e dentro seriam constituídos por um eu, e o lado de fora pelo mundo. No entanto, como declarou recentemente Laymert Garcia dos Santos (2000), quando são apagadas as fronteiras entre o homem e a máquina, o homem e a mulher, o homem e o animal, e quando são apagadas também as fronteiras nas relações de parentesco (através das biotecnologias ligadas à reprodução), o que ocorre? Segundo Santos, quando essas fronteiras são apagadas, o que começa a ser minado é a própria noção de indivíduo.

De acordo com as análises do antropólogo David Le Breton (1999), a convergência dos discursos científicos, biomédicos e informáticos tornou o corpo um acessório, um objeto imperfeito, um rascunho a ser corrigido, retificado, redefinido pelas cirurgias plásticas, pelos medicamentos, pelos regimes - ou seja, uma matéria a ser redefinida, a ser submetida ao *design* do momento que a indústria desenvolve para que o indivíduo adira a uma identidade efêmera. Nessa “utopia técnica de purificação do homem”, afirma o autor, os discursos, graças ao progresso científico, cantam a “eliminação do corpo”. Se o corpo nos anos sessenta encarnava a verdade do sujeito, seu ser no mundo, hoje ele não passa de um artifício submetido a uma modelação bioquímica. Trata-se de modelar o corpo que se tem, pois acredita-se que, mudando o corpo, muda-se a vida. No entanto, Le Breton alerta que tal situação acaba por criar novas relações com a vida, com a saúde, com o corpo.

Nesse contexto, onde a anatomia não é mais um destino, a afetividade tampouco, a desafetação e a falta de referências cada vez mais se tornam um imperativo de sobrevivência. Isolado estruturalmente pelo declínio dos valores coletivos da sociedade disciplinar e pela retirada das instituições públicas e privadas das responsabilidades sociais, especialmente aquelas ligadas à saúde, o indivíduo busca, em sua esfera privada, o que não alcança mais na sociabilidade comum. Ao alcance da mão o indivíduo descobre, por meio de seu corpo, uma forma possível de transcendência pessoal e de contato. Assim, o corpo se torna local privilegiado do bem-estar ou do parecer bem por meio de uma saúde perfeita. Concentrado-se em si mesmo, o indivíduo busca desvencilhar-se de um ambiente social problemático, em uma sociedade em crise.

Em seu livro *O Cansaço de Ser Eu Mesmo*, o sociólogo Alain Ehrenberg (2001) assinala que, em nossa era, o homem reduzido aos seus próprios referenciais se vê impelido a agir por sua própria conta, sem que o *socius* lhe proporcione os referenciais subjetivos

para fazê-lo. Por conseguinte, Ehrenberg postula que, com o aumento das cobranças feitas a cada indivíduo, emerge uma série de patologias relacionadas ao receio de não dar conta de escolher, de não conseguir atuar de modo livre, respondendo a todas as conseqüentes responsabilidades. O indivíduo, não tendo confiança em seus próprios recursos para se oferecer à situação, procura uma solução imediata e previsível em seus efeitos para produzir o estado moral desejado que seja adequado à realidade social. “O Prozac, diz ele, não é uma pílula da felicidade, mas aquela da iniciativa” (Ehrenberg apud Sant’ Anna, 2001: 25).

Neste mesmo sentido, Le Breton (1999) afirma que as tecnologias não se contentam mais em cercar o corpo, protegê-lo do exterior. Elas se insinuam no interior do homem cansado de si, para aliviá-lo do esforço de amansar o fato de viver. Diante do imperativo de agir a qualquer preço, aliado a uma precariedade dos elos sociais, o homem, fatigado e inseguro, entrega-se à onipotência imaginária ou real da substância consumida para provocar o estado desejado do mundo que o cerca. Logo, os medicamentos psicotrópicos acabam funcionando como auxiliares técnicos da existência, modulando o ângulo de abordagem do cotidiano, estabelecendo uma fantasia de domínio de si diante da turbulência do mundo contemporâneo. Nessas circunstâncias, diz Ortega (2003), a obediência, a adaptação e a submissão ao mundo ocupam o lugar do agir no mundo:

“[...] a vontade não está a serviço da liberdade; é uma vontade ressentida, serva da ciência, da causalidade, da previsão e da necessidade, que constringe a liberdade de criação e anula a espontaneidade. Ela está submetida à lógica da fabricação, do homo faber, matriz das bioidentidades” (Ortega, 2003: 72).

Segundo Ortega, diferentemente das práticas ascéticas da Antigüidade, que visavam sempre ao outro e à cidade, expressão do amor pelo mundo, nas modernas bioasceses a vontade se define mediante critérios reducionistas, fisicistas, materiais e corporais. Os “novos estultos” não tentam mais escapar das condições de vida julgadas contestáveis ou insuficientes. Ao contrário, as pessoas nelas se arraigam, anulando, por meio de tranquilizantes, as dificuldades a elas vinculadas ou decuplicando suas forças para, por um tempo, inscrever-se da melhor forma na manutenção de uma existência livre de riscos. Os

que não conseguem alcançar e manter os ideais de saúde e perfeição corporal são vistos como expressão de uma vontade fraca:

“A ideologia da saúde e da perfeição corporal nos faz acreditar que uma saúde pobre deriva exclusivamente de uma falha de caráter, um defeito de personalidade, uma fraqueza individual, uma falta de vontade. [...] Nessa linha de pensamento, os novos estultos, os fracos de vontade, merecem as doenças que contraem, ao se reduzir tudo a um problema de falta de controle, de acrasia. Eles são alvo legítimo de repulsa moral e de ostracismo social. O sofrimento do outro não é reconhecido; é sua culpa, eles são donos de seu destino” (ibid.: 73).

Para conduzir o comportamento propício ao estilo de vida saudável, multiplicam-se os conselhos em revistas especializadas ou não, em obras de vulgarização científica onde se estabelecem complacentemente as receitas da felicidade, do repouso e do desempenho. Neste sentido, o discurso da psiquiatria biológica vem sendo fortemente veiculado pelos meios de comunicação, atingindo todo o tecido social numa produção massificada de subjetividades. Com efeito, cada vez mais as pessoas incorporam o vocabulário neurocientífico ao modo como experimentam a vida, traduzindo seus próprios sentimentos, suas motivações, seus desejos, seu caráter, seus corpos e pensamento em termos como “baixa da serotonina”, “recaída da depressão”, “alteração da dose do antidepressivo”, “reposição hormonal” etc. Segundo Le Breton, não se trata apenas de uma medicalização do sofrimento existencial, mas também de uma fabricação psicofarmacológica de si, uma modelação química dos comportamentos e da afetividade. Essa produção bioquímica da subjetividade, que acopla o sujeito à molécula apropriada, faz do corpo o terminal de uma programação do humor, isto é, uma aliança inédita do homem e da técnica incorporada.

Trata-se de uma forma inédita de ciborguização do indivíduo. No ensaio *Manifesto Ciborgue* (2000), Donna Haraway argumenta que o ciborgue é uma criatura que habita as fronteiras ambíguas entre o natural e o artificial, entre o humano e a máquina, entre a mente e o corpo, ou seja, ele é uma construção recente da política pós-moderna. Para Haraway, o mundo é um mundo de redes entrelaçadas, redes que são em parte humanas, em parte máquinas; complexos híbridos de homem e máquina. Essas redes híbridas são os ciborgues

e eles não se limitam a estar à nossa volta, eles nos constituem. O exemplo do *doping* do supercorredor olímpico Ben Johnson é neste caso ilustrativo sobre o encontro entre o corpo e as drogas para melhorar a performance. Mas, com ou sem drogas, o treinamento e a tecnologia fazem de todo atleta parte de uma rede tecnológica composta por elementos totalmente artificiais, como por exemplo: dietas, práticas de treinamento, fabricação de calçados de corrida, roupas específicas e equipamentos para visualização e controle do tempo. Todos são construções ciborgueanas de pessoas e máquinas. Neste sentido Haraway declara:

“Estamos falando, neste caso, de formas inteiramente novas de subjetividades. Estamos falando seriamente sobre mundos em mutação que nunca existiram, antes, neste planeta. E não se trata simplesmente de idéias. Trata-se de uma nova carne” (Haraway, 2000: 25).

Para Donna Haraway, as realidades da vida pós-moderna implicam uma relação tão íntima entre as pessoas e a tecnologia que não é mais possível dizer onde nós acabamos e onde as máquinas começam. Vale frisar que ela não está falando de algum suposto futuro ou de um lugar tecnologicamente avançado, ou mas isolado, do presente. A era ciborgue é aqui e agora, onde quer que haja uma academia de ginástica, uma prateleira de alimentos energéticos para *body-building*, com o consumo de esteróides para aumentar a massa muscular, psicofármacos para a gestão do humor etc. Ser um ciborgue não tem a ver com quantos *bits* de silício, temos sob nossa pele ou com quantas próteses nosso corpo contém. Tem a ver com a produção de nossos corpos “artificialmente” induzidos, nutridos pelos produtos das grandes indústrias de produção de alimentos, sentidos farmacologicamente excitados (percepção, imaginação, tensão), mantidos em forma sadia - ou doentia - pelas drogas farmacêuticas em interação com os procedimentos médicos:

“A medicina moderna está cheia de ciborgues, de junções entre organismos e máquinas, cada qual concebido como um dispositivo codificado, em uma intimidade e com um poder que nunca, antes, existiu na história da sexualidade” (ibid.: 40).

*Toxicômanos de identidade.* Assim se refere a psicanalista Suely Rolnik (1997) às subjetividades contemporâneas que tendem a insistir em sua figura moderna, com sua crença na estabilidade, ignorando as forças que as constituem e as desestabilizam por todos os lados, para se organizar em torno de um referencial identitário dado *a priori*, mesmo que, na atualidade, não seja sempre a mesma essa representação. Portanto, os viciados em identidade, diante da sensação de ameaça de fracasso, por não conseguirem produzir o perfil-padrão requerido para gravitar em alguma órbita do mercado globalizado, tentam se anestésiar do desassossego trazido pela multiplicidade de forças da economia globalizada.

A combinação entre a desestabilização exacerbada de um lado, produzida pelos recentes avanços tecnocientíficos e, de outro, a persistência ao referencial identitário faz com que os vazios de sentidos produzidos pelo desmanchamento dos modos de existência sejam insuportáveis. Rolnik explica que essas forças, em vez de serem produtivas, acabam ganhando um caráter diabólico, porque esses processos são vividos como esvaziamento da própria subjetividade e não de uma de suas formas engendradas na modernidade - ou seja, são experienciados como efeito de uma falta, relativa à imagem completa de uma suposta identidade, e não como efeito de uma proliferação de forças que excede os atuais contornos da subjetividade e a levam a se tornar outra.

Segundo Rolnik, o viciado em identidade tem horror aos vestígios das linhas do tempo em sua pele<sup>22</sup>. As vertigens dos efeitos e desestabilização o ameaçam a tal ponto que, para sobreviver a seu medo, ele tenta se anestésiar: deixa vibrar em seu corpo apenas aquelas intensidades que não ponham em risco sua suposta identidade. Por esse recalçamento da vibratibilidade da pele, ou seja, dos efeitos de desestabilização no corpo, ele tem a ilusão de desacelerar o processo. Entretanto, como é impossível impedir a profusão de novos territórios existenciais, o estado de estranhamento que tais diagramas de força provocam acaba se reinstaurando em sua subjetividade. Assim, esse homem se vê então obrigado a consumir algum tipo de droga se quiser manter a miragem de uma suposta identidade. Dentre os tipos de droga que sustentam essa ilusão de identidade e que se

---

<sup>22</sup> Rolnik (1997) salienta que, entre as estratégias para apagar da pele qualquer vestígio do tempo, estão os coquetéis de vitaminas, prometendo uma saúde ilimitada, vacinada contra o *stress* e a finitude, que os prodígios da indústria de cosméticos vêm complementar. Também não podemos esquecer as tecnologias *diet/light*, fórmulas de uma purificação orgânica para a produção de um corpo minimalista, maximamente flexível, capaz de vestir toda espécie de identidade *prêt-à-porter*.

encontram disponíveis em “kits de perfis-padrão,” nas vitrines e nas mídias, para serem consumidos e descartados rapidamente, embora não se apresentem como tal, estão as “identidades *prêt-à-porter*”, figuras glamourizadas imunes aos estremecimentos das forças. Trata-se , segundo a autora, de uma toxicomania muito difícil de ser combatida, talvez a mais difícil de todas. Nas palavras de Rolnik (2003):

“essa subjetividade desterritorializada, desconectada de seu substrato vital, é com frequência tomada pela fissura da abstinência de formas para um contorno de si e de relação com o outro, que a lança angustiada em uma corrida insana em busca de suas pequenas doses de ilusão de pertencimento. Na vertigem da velocidade cada vez maior desse processo, sobram cada vez menos chances de reencontrar as intensidades do vivente, escapar dessa dissociação. Não dá para parar de se entregar ao assédio non-stop dos estímulos, sob pena de deixar de existir e cair na vala das subjetividades-lixo. O medo passa a comandar a cena” (Rolnik, 2003: 262).

No pólo oposto ao glamour das identidades *prêt-à-porter* está um sintoma, bastante recorrente nos dias de hoje, que a psiquiatra biológica batizou de “síndrome do pânico”. Segundo Rolnik (1997), essa experiência acontece quando a desestabilização atual é levada a um tal ponto de exacerbação que ultrapassa um limiar de tolerância. Produz-se então uma ameaça imaginária de descontrole das forças, que parece desmoronar em todas as direções, promovendo um caos psíquico, moral, social e, antes de tudo, orgânico. A impressão é de que o próprio corpo biológico pode de repente deixar de se sustentar em sua organicidade e enlouquecer, levando as funções a ganhar autonomia: o coração que dispara, correndo o risco de explodir a qualquer momento; o controle psicomotor que se perde, perigando detonar gestos gratuitamente agressivos; o pulmão que se nega a respirar, anunciando a asfixia etc. Nesse estado de pânico, Rolnik afirma que não basta apenas anestesiar a vibratibilidade do corpo, tamanha a violência de invasão das forças. Portanto, imobiliza-se o próprio corpo, que só se deslocará acompanhado: “o outro torna-se um corpo-prótese que substitui as funções do corpo próprio, caso sua organicidade venha a faltar, dilacerada pelas forças enfurecidas” (Rolnik, 1997: 24).

Várias são as estratégias que as subjetividades têm inventado na atualidade para tentar domesticar as forças provocadas pelas mudanças na contemporaneidade. Entretanto, em todas elas, tal tentativa malogra, pois não se enfrentam os vazios de sentido provocados pelas dissoluções das figuras em que se reconhecem a cada momento. Neste sentido, diz Rolnik: neutraliza-se a tensão contínua entre figura e forças, despotencializa-se o poder disruptivo e criador da tensão, brecam-se os processos de subjetivação. A questão que se coloca para as subjetividades hoje em dia não é a defesa de identidades locais (minorias sexuais, étnicas, religiosas etc.) contra identidades globais, nem tampouco da identidade em geral contra a pulverização. O que deve ser combatido é a própria referência identitária, não em nome da pulverização (o fascínio niilista pelo caos), mas para dar lugar aos processos de singularização, de criação existencial, movido pelo vento dos acontecimentos. Só assim poderemos investir na rica densidade de universos que a povoam, de modo a pensar o impensável e inventar novas possibilidades de vida.

Em um dos seus últimos textos, de 1982, intitulado *O Sujeito e o Poder* (1995), Michel Foucault relatava que o objetivo maior de suas pesquisas foi construir uma história dos diferentes modos de subjetivação do ser humano em nossa cultura. Cabe destacar a observação de Deleuze (1992), de que não se trata de um retorno à noção de sujeito, tal como pensado pela filosofia do sujeito - ou seja, a filosofia da representação<sup>23</sup>, que tem em René Descartes (1596-1650) sua máxima expressão, e da filosofia transcendental kantiana, com a idéia moderna de sujeito. “Trata-se de processos de subjetivação, da constituição de novos modos de existência, ou como dizia Nietzsche, a invenção de novas possibilidades de vida. A existência não como sujeito, mas como obra de arte” (Deleuze, 1992: 120). E, para evitar equívocos, é preciso ter em mente as esclarecedoras palavras de Foucault, na última entrevista que ele nos deixou:

---

<sup>23</sup> Machado (2004) salienta que a representação é, na modernidade, um produto da relação da consciência do homem com as coisas, pois ela só existe no exterior dos objetos, como fenômenos, efeitos, aparências dos objetos empíricos. As representações produzidas pelas ciências do homem são uma reduplicação e não um aprofundamento do conhecimento das empiricidades. Em decorrência da filosofia kantiana, constituíram-se na modernidade, as filosofias positivistas, dialéticas e fenomenológicas que misturam, confundem e justapõem os níveis transcendentais e empíricos caracterizando um “duplo empírico-transcendental” (Machado, 2004: 25).

“O que me surpreende é o fato de que, em nossa sociedade, a arte tenha se transformado em algo relacionado apenas a objetos e não a indivíduos ou à vida; que a arte seja algo especializado ou feito por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida?” (Foucault, 1995: 261).

Por fim, Foucault torna claro que as formas de resistência contra as diferentes formas de poder consistem em três tipos de lutas: a primeira, contra as formas de dominação típicas, por exemplo, das sociedades feudais; a segunda, contra as formas de exploração semelhantes às ocorridas no século XIX; a terceira são as lutas contra as formas de sujeição. Segundo o autor, as últimas são as batalhas mais recentes, pois passam por uma resistência às duas formas atuais de sujeição: uma que consiste em nos individualizar de acordo com as exigências do poder, outra que consiste em ligar cada indivíduo a uma identidade sabida, conhecida e determinada. Assim, “a luta pela subjetividade se apresenta então como direito à diferença e direito à variação, à metamorfose” (Deleuze, 1998: 113). Luta contra um tipo de poder que envolve o governo das subjetividades. Nas palavras de Foucault:

“Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos deste ‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder” (Foucault, 1995: 239).

## *Considerações Finais*

É somente em termos de negação que temos conceituado a resistência. Contudo, ainda que o senhor a entenda dessa maneira, a resistência não é unicamente uma negação: é processo de criação. Criar e recriar, transformar a situação, participar ativamente do processo, isto é resistir.

*Michel Foucault*

## Reflexões Finais

No início deste trabalho, partimos da constatação histórica do surgimento, no campo da Reforma Psiquiátrica, de um novo paradigma de atenção psicossocial substitutivo ao modelo iatrogênico e cronificador do manicômio. Os novos modelos de serviço têm como estratégia de transformação a desinstitucionalização, que supõe a desconstrução e mudança dos saberes e práticas psiquiátricas compreendidas como um processo histórico e social de apropriação da loucura e do seu mandato social de controle e reclusão. Vale lembrar que a desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, visa à produção de “novas possibilidades de subjetivação” para aqueles que são objetivados pelos saberes e práticas científicas (Amarante, 2000: 115).

No entanto, diante de algumas pesquisas recentes sobre a expansão e difusão da psiquiatria biológica e, principalmente, com a medicalização excessiva da sociedade, começamos a nos questionar sobre a relação entre as mudanças contemporâneas e essa “nova” forma de saber-poder. A constatação sobre a hegemonia da psiquiatria biológica no cenário atual nos levou a indagar sobre os efeitos dessa clínica na produção de subjetividade. Acreditamos que essa psiquiatria, tal como se configura na época atual, levanta questões e traz novos desafios e impasses para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Como vimos, na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade imperial de controle, a psiquiatria contemporânea vem assumindo novas composições e modos de funcionamento heterogêneos que permitem produzir subjetividades em escala mundial. Atravessada por um novo diagrama de forças, opera uma disjunção radical entre a loucura e a normalidade, investindo prioritariamente na indeterminação dos limites entre a saúde e a doença. Os efeitos reducionistas da clínica psiquiátrica, com a sobreposição da dimensão biológica à simbólica, vêm promovendo uma biomedicalização da saúde e a produção de bioidentidades. Tais efeitos nos remeteram às idéias de Michel Foucault sobre biopoder e biopolítica. Portanto, o poder que incide sobre a vida e que se atualiza através do saber psiquiátrico tende a passar cada vez menos pelos manicômios e pelos psiquiatras, difundindo-se por todo o corpo da sociedade e elegendo, como *locus* privilegiado de sua efetuação, o consultório dos clínicos gerais.

Segundo Amarante (2003), a produção de outros conceitos e práticas clínicas tem sido uma das preocupações fundamentais da reforma psiquiátrica, para que a relação “técnico-instituição-sujeito” não seja a mera reprodução da clínica médica caracterizada por um reducionismo fisicalista da subjetividade. Para o autor, é preciso reinventar a clínica, para que ela permita produzir novas formas de subjetivação. Ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, procura-se romper com as “práticas clínicas”, sobretudo com aquelas concebidas ao modo da clínica médica e do modelo psicoterápico cognitivo-comportamental, consideradas adaptacionistas, utilitárias e ortopédicas. Para Costa-Rosa *et al.* (2003), as práticas comprometidas com essa visão não possibilitam a constituição de uma ética que reconheça o sofrimento psíquico do sujeito nas práticas de saúde de uma forma geral e da saúde mental, de uma forma específica. Desta forma, os autores afirmam a necessidade de se buscar outros sentidos para a prática clínica, capazes de produzir outras formas de implicação subjetiva e sócio-cultural, uma atitude clínica que ponha em foco não apenas o sujeito do sofrimento, mas também a postura de quem o acolhe.

Compreende-se, portanto, que o modo pelo qual a sociedade exerce o controle sobre os indivíduos através dos mecanismos de biopoder traz conseqüências para a clínica, pois ela é um lugar privilegiado para se pensar nessa intercessão<sup>24</sup> entre as políticas da subjetividade contemporânea e as virtualidades do devir. Diante desse processo de biomedicalização da saúde, uma coisa parece clara:

“se na nossa clínica formos apenas os embaixadores de uma saúde triste e asséptica, todo nosso esforço terá sido em vão, com poucas chances de vingar. E isso por uma razão óbvia: a saúde triste oferece menos atrativos do que a tédio angelical da loucura. Resignação por resignação, não há porque trocar um tédio pelo outro” (Pelbart, 1993: 25).

---

<sup>24</sup> Segundo Barros & Passos (2000), diferentemente da noção de interseção, entendida como a conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual se pode definir um objeto próprio; a noção de intercessão é entendida como a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem, ou seja, é uma relação de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, sociopolítico etc.) sobre outro.

Podemos perceber, assim, que a facilitação de múltiplos devires é essencial para que a construção de um atendimento alternativo não vire apenas mais uma empresa, um pouco mais sofisticada, com *high technology*, de burocratização do desejo. A partir dessas considerações, gostaríamos de finalizar nosso trabalho indicando uma perspectiva clínico-política na direção de podermos pensar a clínica como um dispositivo ético que possibilite engendrar possibilidades de vida a partir de uma resistência ao biopoder.

## **Clínica e Biopolítica**

Em *A Vontade de Saber* (1988[1999]), Michel Foucault afirma que, quando o poder se torna biopoder, a resistência ao dispositivo biopolítico se encontra na vida mesma, numa “outra economia dos corpos e dos prazeres”, num “poder da vida”, “poder-vital” que vai além das espécies, suscetíveis de resistir aos agenciamentos do poder sobre a vida que define a biopolítica. Foucault acreditava que a resistência a essa nova forma de poder devia se apoiar precisamente naquilo que ele investiu, isto é, na vida mesma: “a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la” (Foucault, 1988[1999]:136). Vale frisar que, desde *O Nascimento da Clínica*, Foucault já vinha problematizando que era preciso procurar, no próprio homem, o conjunto das forças e funções que resistem aos diagramas de poder.

Seguindo uma inspiração foucaultiana, Barros & Passos, em *Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo* (2001), entendem a experiência do contemporâneo como uma desestabilização que nos convoca a nos deslocar de onde estamos, a pôr em questão o que somos e a nos livrar das cadeias causais que nos tornam figuras da história. Portanto, o contemporâneo nos põe numa situação crítica, tomada em sua dupla acepção: exercício crítico do instituído e experiência de crise. Nesse sentido, o contemporâneo guarda uma relação com a história, dela se distinguindo “intempestivamente”, mas sobre ela retornando, produzindo diferença, fazendo-a desviar de si.

Diferentemente do sentido da clínica, reduzido ao movimento de inclinar-se sobre o leito do doente (do radical grego *Klinikos* “que concerne ao leito”; derivado de *Kline*, “leito, repouso” e *klino* “inclinar, dobrar”), Barros & Passos entendem o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia do atomista

Epicuro. A clínica é então pensada enquanto experiência de desvio, do *clinamen* que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais. Clínica como encontro, capaz de produzir novos sentidos para as experiências de crises, ao invés da reprodução de sentidos e de identidades predefinidas. Portanto, crise, desestabilização, desvio são indicativos de momentos de passagem que ocorrem na experiência processual da constituição de si, marcando o tempo de uma mutação, onde tudo que era já não é mais e o que vai ser ainda não é. E o que é a transformação de “um corpo tornado passagem” (Sant’Anna, 2001), senão a experiência do tempo intempestivo da história que definimos como experiência de desvio, de liberdade<sup>25</sup>, de abertura no limite do que somos, do outrar como experiência no/do contemporâneo:

“É por esta razão que podemos afirmar que a clínica é sempre uma figura do contemporâneo, constantemente forçada a habitar esse espaço-tempo marcado por sua instabilidade. [...] A clínica do contemporâneo/no contemporâneo é uma clínica necessariamente utópica e intempestiva. Essas duas figuras, uma do espaço (utopia) e a outra do tempo (intempestividade), se entrelaçam pela característica comum da instabilidade. Pois a clínica não está nem completamente aqui nem completamente agora, sob o risco de ser acusada de adaptacionista, utilitária, ortopédica. [...] Se a clínica não está aqui, nem está lá, é porque ela se localiza em um espaço a ser construído. [...] Sua intervenção se dá num tempo intempestivo, extemporâneo, impulsionado pelo que rompe as cadeias do hábito para constituição de novas formas de existência” (Barros & Passos, 2001: 91).

---

<sup>25</sup> Segundo Rajchman (1985), para Foucault, a nossa “liberdade real” não consiste em contar as nossas verdadeiras histórias e encontrar o nosso lugar no seio de alguma tradição ou código moral; em determinar as nossas ações de acordo com princípios universais; nem em aceitar as nossas limitações existenciais numa relação autêntica com o nosso próprio eu. Pelo contrário, somos “realmente livres” quando podemos identificar e mudar os procedimentos ou formas através dos quais as nossas histórias se tornam verdadeiras; quando podemos questionar e modificar aqueles sistemas que tornam possíveis (somente) certas espécies de ação; e porque não existe nenhuma relação “autêntica” com o nosso próprio eu a que tenhamos de nos ajustar. Esta é a liberdade que Foucault chama de *se dépendre de soi-même* (desprender-se de si mesmo), ou seja, o questionamento e a transformação constante do papel do nosso “eu” em nosso pensamento e vida.

Barros & Passos enfatizam que esse compromisso clínico só se faz colocando em questão nossos especialismos, o que exige do analista a busca de estratégias eficazes contra o conservadorismo das imagens identitárias. Portanto, a estratégia política dessa clínica consiste em ter que se defrontar com o gosto pelo novo, aqui tomado não como moda, mas como convocação pelo criar, pelo ter que se deslocar dos fazeres já conhecidos. Para isso precisamos problematizar nossa relação com a história, ou melhor, com as práticas históricas e seus efeitos. Pois argüir a história é desnaturalizar seus eventos, fazendo aparecer o jogo de forças que dá corpo à realidade. Cabe destacar que apostar na força de intervenção sobre a dada realidade efetuada é “apostar nos processos de produção de si e do mundo” (Barros & Passos, 2001: 92). Neste sentido, o conceito clínico não é o de sujeito, mas de produção de subjetividade, tal como definido por Deleuze & Guattari.

Vale ressaltar que, quando falamos em processo de produção de si, não estamos falando de processo de abolição da existência. Nesta perspectiva, outrar não significa perder-se por entre as derivas sucessivas impostas pela aceleração do tempo. A aposta se faz em torno da passagem. Sendo assim, tanto a tentativa de permanência num próprio e mesmo de si, como a dissolução de si, acabam por determinar estados paralisados. A potência do processo de diferenciação só se dá no movimento de abertura às forças que obrigam as formas constituídas a desmontar-se em favor de novas formas, novas figuras, outras vidas. Trata-se da transformação em nossos corpos, em que, experimentando o limite do que somos, somos forçados a inventar uma saída na produção de outros modos de vida. Em suma, nos dizeres de Gondar (2003):

“em vez de nos centrarmos em uma teoria do sujeito que negativiza as formas contemporâneas de padecimento, reduzindo-as à esfera da dessubjetivação e, portanto, da impossibilidade de resistência, podemos valorizá-las como processos de subjetivação, buscando as brechas por meio das quais esses processos se afirmam como formas de resistir ao universal ou como tentativa de singularização” (Gondar, 2003: 88).

Dessa perspectiva clínica, se a biopolítica contemporânea toma a vida como objeto de seu exercício, isto é, se ela se faz biopoder, interessa então pensar uma forma de resistência ao assujeitamento. Baseados na leitura de Michel Foucault, Barros & Passos

propõem uma distinção entre biopoder e biopolítica, que corresponda à outra distinção entre assujeitamento e subjetivação, definida então como resistência e criação. Assim, se a biopolítica é entendida como uma forma geral de dominação da vida, ela também pode significar, no seu avesso, não só semântico, mas também cultural e político, uma resistência ativa ao biopoder. Segundo os autores, essa resistência se faz biopoliticamente através de práticas de si, ou seja, a produção de um modo de existência que investe na capacidade de auto-organização ou de autopoiese da vida, pois, “se o biopoder investe sobre a vida, a biopolítica é a livre expressão da potência autopoietica da vida” (Barros & Passos, 2001: 96).

Nessa inversão, a própria noção de vida deixa de ser definida apenas a partir dos dispositivos biológicos que afetam a população. Como diz Maurizio Lazzarato (2003), “a vida deixa de ser reduzida, assim, a sua definição biológica, para tornar-se cada vez mais uma virtualidade molecular da multidão, energia a-orgânica, corpo-sem-órgãos” (Lazzarato apud Pelbart, 2003: 83). O *bios* é redefinido intensivamente, nas profundezas de um “caldo semiótico e maquínico, molecular e coletivo, afetivo e econômico”. E, ao ser deslocada da sua definição predominantemente biológica, a biopolítica ganha uma outra amplitude e passa a ser entendida como o poder de afetar e ser afetado na mais pura herança espinosana. Daí sua inversão do sentido do termo forjado por Foucault: “biopolítica não mais como o poder sobre a vida, mas como a potência da vida” (ibid.: 83). Ou ainda, nos dizeres de Toni Negri (2001):

“Ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre a insubordinação. E trata-se de cavar, de continuar a cavar, a partir do ponto mais baixo: esse ponto não é a prisão enquanto tal, é simplesmente onde as pessoas sofrem, onde elas são as mais pobres e as mais exploradas; onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe; pois tudo isso é a vida e não a morte” (Negri, 2001:54).

Nesse movimento de desvio, como afirma Gondar (2003), pouco há a interpretar e muito a construir: “trabalhando para além da dimensão significativa, as intervenções do analista não visariam nem ao desvelamento de um sentido oculto nem à desconstrução de

um sentido cristalizado” (Gondar, 2003: 89). O que se busca é a construção de um território existencial que faça “ressoar e persistir os pequenos movimentos de singularização capazes de fornecer consistência ao desejar” (ibid.). Portanto, o compromisso político da clínica nas Instituições Públicas de Saúde Mental é propiciar as condições para um tempo não-controlável, não-programável (da crise com hora marcada), que possa trazer o acontecimento que nossas tecnologias biomédicas insistem em neutralizar. “Não libertar-se do tempo, como quer a tecno-ciência, mas libertar o tempo, devolver-lhe a potência do começo, a possibilidade do impossível, o surgimento do insurgente” (Pelbart, 1993: 36). Trata-se, portanto, de construir uma política em favor da vida, ou seja, uma biopolítica. Mas uma pergunta insiste: quem são, os “empreendedores biopolíticos” de hoje, na expressão de Toni Negri, capazes de articular os elementos vitais e econômicos que possibilitem criar um tecido produtivo apto a inflacionar o desejo, a subjetividade e a igualdade, em vista de uma “democracia do biopolítico”?.

### **Finalmente...**

Nossa aposta é que as análises de todos os aspectos aqui abordados sobre a psiquiatria biológica permitam pensar criticamente o funcionamento desse dispositivo do biopoder no panorama atual da sociedade imperial de controle. As estratégias de combate ao “poder psiquiátrico” não devem ser restringidas às análises que tomam os saberes e práticas da psiquiatria apenas, ou pelo menos principalmente, como uma força de repressão e exclusão social, cujo *locus* privilegiado seriam os manicômios. Antonio Lancetti (2004) afirma que, embora haja mais de 50.000 leitos para desativar, “os hospícios já não são mais essencialmente funcionais à sociedade de controle”. E continua: “embora haja muitos arcaísmos e as formas de poder soberano e disciplinar persistam com força, o controle já é hegemônico no Brasil de 2003” (Lancetti, 2004: 67).

A prevalência desse poder sobre a vida se verifica nas conclusões de uma pesquisa recente realizada por Silveira (2003) em uma unidade de atenção básica, da cidade do Rio de Janeiro, onde a identificação e a classificação dos agravos são feitas de acordo com os quadros nosológicos do Código Internacional de Doenças (CID-10), levando a uma medicalização excessiva nos cuidados dirigidos à população, e sendo a relação do

profissional com o usuário mediada por procedimentos burocráticos de pouca resolutividade, e não por um acolhimento que envolva a escuta do sofrimento existencial do paciente. Nas palavras da autora:

“a perpetuação do modelo biomédico na assistência à saúde, corre-se o risco de experiências profícuas como a da saúde mental na atenção básica reproduzirem a lógica de um cuidado medicalizante, de intervenção medicamentosa, de exames e padrões e de encaminhamentos pouco resolutivos” (Silveira, 2003: 153).

Diante dessas constatações, é evidente que a luta antimanicomial e o processo de desinstitucionalização ainda são absolutamente necessários no Brasil. Portanto, não devemos deixar de problematizar e criar novas maneiras de produzir saúde mental na atenção básica, em estabelecimentos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), principalmente naqueles que operam 24 horas por dia. Entretanto, como diz Lancetti, “essas casas mentais precisam ser sacudidas, arrancadas da monotonia, da infantilização e do dogmatismo” (ibid.: 69), diante das transformações produzidas pelo Capitalismo Mundial e Integrado (CMI). Neste sentido, Lancetti declara:

“Os mentaleiros não podemos participar do tempo que se abre diante de nós discutindo problemas que agradam os líderes da retaguarda. Somente inventando novos problemas é que seremos obrigados a pensar, para produzir subjetividades livres, dignas daquilo que Toni Negri e Michel Hardt chamam de novo comunismo e para nos desvencilharmos do nosso inimigo persistente e tenaz: o tédio” (ibid.).

Segundo Bezerra Jr (2000), o que está em jogo nesses desdobramentos biopolíticos é o abandono do debate entre perspectivas antagonistas, entre natureza e cultura, e a implantação hegemônica de uma descrição estritamente biológica dos fatos psíquicos. Contudo, não se pode negar que as novas descobertas têm permitido a abertura de novos campos: de saberes, disciplinas, empregos etc., em razão de um movimento mundial em torno do desenvolvimento das tecnociências. Também não devemos desconsiderar o modo

como tudo isso tem produzido uma série de efeitos em várias áreas de nossa vida, principalmente quando todos os dirigentes internacionais estão atentos aos efeitos econômicos que suas atuações no campo da tecnociências podem gerar: manipulando e produzindo “a industrialização do vivo”.

Para além de uma tecnofobia ou de uma tecnofilia, o que causa inquietação é enfrentarmos as novas situações de medicalização da saúde e produção de bioidentidades, decorrentes, em boa parte, do processo de difusão do saber psiquiátrico por todo o tecido social, problematizando-as o mais possível, para não correremos o risco de aprisionarmos a vida ao modo de produção capitalístico que prima por uma serialização. Desta forma, apostamos que tais descrições podem nos permitir abarcar questões do encaminhamento de nossas ações de cuidado com o sofrimento do corpo dos pacientes, nos serviços de saúde pública, através de uma prática ativa, de resistência e criação de novas possibilidades de existência e de afirmação de uma ética pela vida. Ainda na companhia de Gilles Deleuze, acreditamos na atualidade de sua afirmação, de que, para resistir a um tal exercício do poder, precisamos construir outros territórios subjetivos a partir de linhas que escapem ao controle biopolítico contemporâneo:

“Novas trilhas cerebrais, novas maneiras de pensar não se explicam pela microcirurgia; ao contrário, é a ciência que deve se esforçar em descobrir o que pode ter havido no cérebro para que se chegue a pensar de tal ou qual maneira. Subjetivação, acontecimento ou cérebro, parece-me que é um pouco a mesma coisa. Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos. [...] É ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle, necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo” (Deleuze, 1992: 218).

Assim é o combate de Gilles Deleuze e de muitos outros.

## **Referências Bibliográficas**

AGAMBEN, G., 2002. *Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

AGUIAR, A., 2002. *Da Medicalização da Psiquiatria à Psiquiatrização da vida: uma cartografia biopolítica do contemporâneo*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal Fluminense.

AMARANTE, P. 2000. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

\_\_\_\_\_, 2003. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (P. Amarante, Org.), pp. 45-65. Rio de Janeiro: Nau.

ARAÚJO, M. L., 2003. *Biopolítica e Biopsiquiatria no controle da vida*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal Fluminense.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. 1995. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4º edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

BARRETO, J., 1998. *O besouro dentro da caixa. Reflexões sobre o projeto moderno de naturalização da mente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

BARROS, R.B., & PASSOS, E., 2000. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1):71-79.

\_\_\_\_\_, 2001. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica: Pós Graduação e Pesquisa* 13(1):89-99.

BEZERRA Jr., B., 2000. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos do IPUB* 18(6):158-176.

BIRMAN, J., & COSTA, J. F., 1994. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P.Amarante,Org.), pp. 41-72, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BIRMAN, J., 1999. A Psicopatologia na Pós-Modernidade - As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1):40-46.

\_\_\_\_\_, 2001. Desposseção, Saber e Loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: *Psicanálise e Psiquiatria: Controvérsias e Convergências* (A Quinet, Org.), pp.21-29, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

BOGOCHVOL, A, *Sobre a Psicofarmacologia*. Disponível em: <<[http://www.estadosgerais.org/historia/104-sobre a psicofarmacologia.shtml](http://www.estadosgerais.org/historia/104-sobre_a_psicofarmacologia.shtml)>>. Acesso em: 20 jul. 2004.

CALIMAN, L. V., 2002. *Dominando Corpos, Conduzindo Ações: Genealogias do Biopoder em Foucault*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

CANGUILHEM, G., 2002. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CARVALHO, A, 1999. *Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida: as tensões entre reformistas e biólogos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

CASTEL, R., 1987. *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

\_\_\_\_\_, 1997. Da indigência à Exclusão, a Desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: *Saudeloucura*, V. 4. (A Lancetti, Org.), pp.21-48, São Paulo: Hucitec.

CASTIEL, L. D., 1999. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. A; YASUI, S. 2003. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (P. Amarante, Org.), pp. 13-44, Rio de Janeiro: Nau.

COURTINE, J. J., 1995. Os Stakhanovistas do Narcisismo: Body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: *Políticas do Corpo* (D. B. Sant'Anna, Org.), pp. 81-114, São Paulo: Estação Liberdade.

DEBORD, G., 1998. *A Sociedade do Espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto.

DELEUZE, G., 1992. *Conversações*. São Paulo: Editora 34.

\_\_\_\_\_, 1996. O que é um dispositivo? In: *O Mistério de Ariana* (G. Deleuze), pp. 83-96, Lisboa: Vega.

\_\_\_\_\_ & GUATTARI, F., 1996. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. V. 3. São Paulo: Editora 34.

\_\_\_\_\_ & PARNET, C., 1998. *Diálogos*. São Paulo: Escuta.

\_\_\_\_\_, 1998. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense.

DESVIAT, M., 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FOUCAULT, M., 1985. *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.

\_\_\_\_\_, 1995. O Sujeito e o Poder. In: *Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica* (Dreyfus, H & Rabinow, P., Org.), pp. 231-249, Rio de Janeiro: Forense Universitária.

\_\_\_\_\_, (1973[1999]). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau.

\_\_\_\_\_, (1979[1999]). O Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder* (R. Machado, Org.), pp. 79-98, Rio de Janeiro: Graal.

\_\_\_\_\_, (1979[1999]). Sobre a História da Sexualidade. In: *Microfísica do Poder* (R. Machado, Org.), pp. 243-276, Rio de Janeiro: Graal.

\_\_\_\_\_, (1988[1999]). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.

\_\_\_\_\_, 2002. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_, 2003. *A Sociedade Disciplinar em Crise*. In: *Ditos & Escritos IV* (M.B. Motta, Org.), pp.267-269. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FUKUYAMA, F., 2003. *Nosso Futuro Pós-Humano: conseqüências da revolução da biotecnologia*. Rio de Janeiro: Rocco.

GUATTARI, F., 1981. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense.

\_\_\_\_\_ & ROLNIK, S., 2000. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes.

GONDAR, J., 2003. A Sociedade de Controle e As Novas Formas de Sofrimento. In: *Soberanias* (M. Arán, Org.), pp.81-89. Rio de Janeiro: Contra Capa.

GUYMARD, P., 2001. Entrevista. In: *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 4(3):149-153.

HARDT, M., 2000. A Sociedade Mundial de Controle. In: *Gilles Deleuze: Uma Vida Filosófica*. (E. Alliez, Org.), pp. 357-372, São Paulo: Editora 34.

\_\_\_\_\_ & NEGRI, A., 2004. *Império*. Rio de Janeiro: Record.

HARAWAY, D. J., 2000. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia feminismo-socialista no final do século XX. In: *Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano* (T.T Silva, Org.), pp. 37-129, Belo Horizonte: Autêntica.

HELLER, A, & FEHÉR, F., 1995. *Biopolítica: la modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Península.

HENNING, M. F., 1998. *A expansão do organicismo na psiquiatria e sua difusão no campo social: uma análise de suas relações com a concepção moderna de pessoa*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_, 2000. Neuroquímica da vida cotidiana. *Cadernos do IPUB* 18(6):123-132.

HUXLEY, A, 1974. *Admirável Mundo Novo*. São Paulo: Abril Cultural.

ILLICH, I., 1975. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

\_\_\_\_\_, 1999. L' obsession de la santé parfaite. *Le Monde Diplomatique*, Paris: mars. Disponível em: <<<http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.html>>>. Acesso em: 28 nov. 2004.

JAMESON, F., 2002. *Pós-Modernismo: A lógica Cultural do Capitalismo Tardio*. São Paulo: Ática.

KNOBLOCH, F., 2002. *Patoplastias do Contemporâneo:Clínica do corpo em sofrimento*. Tese de Doutorado, São Paulo: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

KURTZ, G.S., 2004. Farmacogenômica: a genética dos medicamentos. *Revista Ciência Hoje*, 35(208):20-27.

LANCETTI, A, 2004. Notas sobre Clínica e Política. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3):67-69.

Le BRETON, D., 1999. *Adeus ao corpo: Antropologia e Sociedade*. Campinas: Papirus.

LIMA, J.G., 2004. O equilíbrio do cérebro e da alma. A Medicina da Alma. *Revista Veja*, ano 47(48):116-122.

MACHADO, R., 2004. Duas filosofias sobre as ciências do homem. In: *Michel Foucault - entre o murmúrio e a palavra* (T.C.B.Calomeni, Org.), pp.15-37 ,Campos: Faculdade de Direito de Campos.

MACIEL Jr., A, 2002. *Clínica e Ética: biopoder e possibilidade de escolha*. Pesquisa do Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro: Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense. Mimeo.

MARINHO, A. & INTRATOR, S. 2004. Pílulas no cardápio infantil. *Revista O Globo*, ano 1(13):20:28.

MARTINS, A., 2004. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Revista Interface: comunicação, saúde, educação.*, 8(14):21-32.

MONTEIRO, A M., 2002. *Clínica, Biopoder e a experiência do pânico no contemporâneo*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal Fluminense.

NEGRI, T., 2001. *Exílio*. São Paulo: Iluminuras.

NEVES, C., 1999. Sociedade de Controle, O Neoliberalismo e os Efeitos de Subjetivação. In: *SaúdeLoucura V. 06* (A Lancetti, Org), pp. 84-99, São Paulo: Hucitec.

NIETZSCHE, F., 1995. *Ecce Homo: como alguém se torna o que é*. São Paulo: Companhia das Letras.

NICÁCIO, F., 1990. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1998. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

ORTEGA, F., 2002. *Genealogias da Amizade*. São Paulo: Iluminuras.

\_\_\_\_\_, 2003. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, 11(1):59-77.

\_\_\_\_\_, 2004. Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. In: *Revista Interface - comunicação, saúde, educação*, 8(14): 09-20.

PELBART, P.P., 1993. Um Desejo de Asas. In: *A Nau do Tempo Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura* (J. Salomão, Org.), pp.18-27.

\_\_\_\_\_, 2000. *A vertigem por um fio*. São Paulo: Iluminuras.

\_\_\_\_\_, 2003. *Vida Capital - Ensaios de Biopolítica*. São Paulo: Iluminuras.

PIGNARRE, P., 1999. *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34.

RAGO, M., 1995. O efeito-Foucault na historiografia brasileira. In: *Tempo Social - Revista de Sociologia da USP*, 7(1-2): 67-82.

RABINOW, P. 2002. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

RAJCHMAN, J. 1985. *Foucault: a liberdade da filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

RODRIGUES, J.T., 2003. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. In: *Revista Psicologia em Estudo*, 08(01):09-15.

ROLNIK, S., 1997. Toxicômanos de Identidade: Subjetividade em tempo de globalização. In: *Cultura e Subjetividade* (D.Lins, Org.), pp.19-34, Campinas-SP: Papirus.

\_\_\_\_\_, 2003. A vida na berlinda. In: *Soberanias* (M. Arán, Org.), Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos, pp. 259-267 Rio de Janeiro: Contra Capa.

RUSSO, J. & HENNING, M.F., 1999. O sujeito da “psiquiatria biológica” e a concepção moderna de pessoa. In: *Antropolítica* nº 6, pp.39-55. Niterói-RJ.

\_\_\_\_\_, & PONCIANO, E. L. T., 2002. O Sujeito da Neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. In: *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, 12(02):345-373.

\_\_\_\_\_, & VENANCIO, A.T.A, 2003. *Humanos Demasiadamente Orgânicos: um estudo comparativo de diferentes versões de um manual psiquiátrico*. Trabalho apresentado na V Reunião de Antropologia do Mercosul. Florianópolis: Mimeo.

SANTOS, L. G., 2000. Código Primitivo - Código Genético: a consistência de uma vizinhança. In: *Gilles Deleuze: Uma vida filosófica* (E. Alliez, Org.), pp.415-420, São Paulo: Editora 34.

SANT’ANNA, D. B., 1995. Apresentação. In: *Políticas do Corpo* (D. B. Sant’ Anna, Org.). São Paulo: Estação Liberdade.

\_\_\_\_\_, 2001. Corpos-Passagens. In: *Corpos de Passagem* (D.B. Sant’ Anna, Org.). São Paulo: Estação Liberdade.

SENNET, R., 1990. *O declínio do homem público. As tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

SERPA Jr, O D., 1998. *Mal-Estar na Natureza*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

\_\_\_\_\_, 2000. Mente, cérebro e perturbação mental: a natureza da loucura ou a loucura na natureza? *Cadernos do IPUB* 18(6):144-157.

SIBILIA, P., 2003. *O Homem Pós-Orgânico: Corpo, Subjetividade e Tecnologias Digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

SILVEIRA, D.P., 2003. *Sofrimento Psíquico e Serviço de Saúde: Cartografia da Produção do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

SFEZ, L., 1995. *A Saúde Perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Unimarco.

SLOTERDIJK, P., 1999. *Regras para o parque humano: uma resposta à carta de Heidegger sobre o humanismo*. São Paulo: Estação Liberdade.

TORT, M., 2001. *O desejo frio: procriação artificial e crise dos referenciais simbólicos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

VASCONCELOS, E. M., 2002. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar – epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis-RJ: Editora Vozes.

VAZ, P., 1999. Corpo e Risco. In: *Que corpo é esse? Novas Perspectivas* (N. Villaça; F. Góes & E. Kosovski, Org.), pp.01-18, Rio de Janeiro: Mauad.

VENANCIO, ATA, 1998. *O Eu Dividido Moderno: uma análise antropológica da categoria esquizofrenia*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VEYNE, P., 1998. Foucault revoluciona a história. In: *Como se escreve a história* (P. Veyne), pp. 236-285, Brasília: Editora UnB.

VIRILIO, P., 1995. Do Super-Homem Ao Homem Superexcitado. In: *A Arte do Motor* (P. Virilio), pp.89-114, São Paulo: Estação Liberdade.