



Universidade Católica do Salvador
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania

MILENA ROCHA NADIER BARBOSA

**HERESIA À CLÍNICA: UM ENSAIO SOBRE A CRISE DAS
CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS**

Salvador
2019

MILENA ROCHA NADIER BARBOSA

**HERESIA À CLÍNICA: UM ENSAIO SOBRE A CRISE DAS
CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Ana Maria Fernandes Pitta

Salvador
2019

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

B238 Barbosa, Milena Rocha Nadier
Heresia à clínica: um ensaio / Milena Rocha Nadier Barbosa . –
Salvador, 2019.
108 f.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Clínica 2. Saúde Mental 3. Medicalização 4. Biopolítica
5. Capitalismo I. Pitta, Ana Maria Fernandes – Orientadora
II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 364.444

TERMO DE APROVAÇÃO

MILENA ROCHA NADIER BARBOSA

“HERESIA À CLÍNICA: um ensaio sobre a crise das classificações psiquiátricas”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 27 de setembro de 2019.

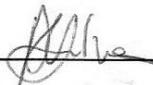
Banca Examinadora:



Prof. (a) Dr. (a) Ana Maria Fernandes Pitta- UCSAL (orientadora)



Prof. (a) Dr. (a) Denise Maria Barreto Coutinho - UFBA



Prof. (a) Dr. (a) Antônio Carlos da Silva - UCSAL

AGRADECIMENTOS

A minha mãe que me ensinou o gosto pelas palavras, pelos porquês e suas histórias, e a meu pai que me introduziu na sutil arte de navegar, de encontrar na delicadeza frágil de uma vela, uma via possível entre a vastidão imprevisível do oceano e o humor intempestivo do céu.

A Daniel Cysneiros, companheiro de uma vida inteira, por todo amor, gentil compreensão e necessária objetividade com este projeto.

A Julio Cesar Hoenisch, professor e coordenador durante minha graduação em psicologia, por apresentar-me a possibilidade de um mestrado em Política.

A Marcela Antelo, André Dória, Daniela Araújo, Cláudio Melo e Hercília Oliveira que integraram os cartéis Medicalização da existência (2016-2017) e Biopolítica (2018-2019) vinculados à Escola Brasileira de Psicanálise, diretamente responsáveis pelo despertar, amadurecimento e desenvolvimento de muitas das ideias contidas nesse texto.

A Ana Pitta, orientadora desta pesquisa, pela liberdade e tolerância nas orientações que guiaram essas linhas e por fazer-se uma inspiração particular através do compromisso político com que assumiu e ainda assume o trabalho no campo da saúde mental brasileira.

Aos professores do curso, em especial a Carlos Silva que, aos moldes de Nicolau de Cusa, sempre me conectou com minha ignorância, abrindo um ponto de causa a partir do qual múltiplas e novas descobertas puderam ser feitas.

Aos colegas do programa de pós-graduação, em especial a Andréa Ariadna Correia, Karla Beckman, Lívia Vital e Suzana Bento, em quem encontrei o justo apoio e incentivo nos meses finais desta escrita.

Aos estudantes das turmas de psicopatologia do adulto e de estágio básico em processos psicossociais em saúde nos cursos de psicologia da Universidade Salvador - Unifacs, nesta cidade e em Feira de Santana entre os anos de 2018 e 2019, com os quais mais aprendi que ensinei.

Aos muitos autores, cujos textos povoaram meus dias e noites de estudo, pelo singular deslumbramento que apenas uma nova ideia pode provocar.

E, por fim, à Fapesb - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia pelo apoio financeiro ao projeto, sem o qual esta pesquisa não seria possível.

As citações em minhas obras são como assaltantes à beira da estrada que fazem um assalto armado e aliviam um ocioso de suas convicções (SCHRIFTEN, *apud* ARENDT, p.140).

E assim,

Dos cem membros e rostos que tem cada coisa, pego uma. Dou uma, laçada, não o mais largamente, mas o mais profundamente que sei. Sem desígnio, sem promessa, não sou obrigado a cumpri-la, nem eu próprio me obrigo a isso, sem variar quando bem entender, a entregar-me à dúvida e à incerteza, e à minha forma dominante, que é a ignorância (MONTAIGNE, 1987, p.142)

BARBOSA, Milena Rocha Nadier. Heresia à clínica: um ensaio sobre a crise das classificações psiquiátricas. Orientadora: Ana Maria Fernandes Pitta. 2019. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2019.

RESUMO

Em 2013, a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5, foi estopim de uma crise nas classificações psiquiátricas. No meio acadêmico, em movimentos sociais e de classe, o aumento quantitativo nas categorias de classificação do DSM, ao longo de suas edições, foi citado como tendência à patologização, em oposição à clínica ética da prática psicanalítica, psicológica ou, ainda, da dita psiquiatria esclarecida. Entretanto, alguns estudiosos do campo apontaram semelhanças entre esse instrumento e o funcionamento da clínica em geral, elemento que revelava a necessidade de uma análise mais ampliada. Justamente por isso, nesta dissertação, propus-me a estender a crítica e analisar o papel da clínica contemporânea enquanto uma possível estratégia a contribuir para a medicalização da vida e, por conseguinte, para a biopolítica. Valendo-se do ensaio enquanto forma, busquei compreender a estrutura das principais críticas ao DSM, revisar a noção de clínica contemporânea a partir de seu nascimento no século XVIII, e comparar seu funcionamento, estratégias e os impactos clínica com os da iniciativa DSM. Os achados revelaram que as condições para o nascimento da clínica só puderam realmente ser estabelecidas naquele período, a saber, a materialização e ontologização da doença, obtidas pelo golpe discursivo da aplicação da taxonomia à classificação de patologias. Por outro lado, a garantia de sua perenidade esteve em fazer-se instrumento político que permitiu a criação e sustentação da instituição: saúde. Fê-lo através da espetacularização do sofrimento promovido nas apresentações de pacientes e na pedagogia pela *práxis*, que consolidou seu semblante de guardião da verdade diagnóstica pela classificação passível de replicação e predição. Uma imagem que oportunizou uma reconfiguração do seu campo para além dos hospitais. Na suposição de saber sobre a verdade da saúde e da doença, e do normal e do anormal, a clínica pôde funcionar com a fundação sobre a qual se organizou uma medicalização da existência face às epidemias e às necessidades de criação e acúmulo de mão de obra no capitalismo. Ao final da pesquisa, observei a confirmação de certa adequação no uso do termo “clínica” para adjetivar esses manuais psiquiátricos. Concluí então que a crise pós-DSM-5 é, antes, uma crise da própria clínica, nessa mesma clínica contemporânea que se organizou como uma estratégia auxiliar à medicalização da vida e, conseqüentemente, à biopolítica. Aponto, ainda, que parte do poder relativo a esse instrumento relaciona-se à afinidade entre o funcionamento clínico e o sistema capitalista no contexto atual. Finalmente, por um lado termino por reconhecer o valor médico de uma clínica universal, e por outro, marco a importância de um posicionamento eticamente orientado que permita a alguns praticantes conscientes de seu ato, se assim o desejarem, separarem-se dessa prática para poderem, de fato, orientar o seu fazer pelo avesso da política atual, pelo avesso da biopolítica.

Palavras-chave: clínica, saúde mental, medicalização, biopolítica, capitalismo.

BARBOSA, Milena Rocha Nadier. Heresia à clínica: um ensaio sobre a crise das classificações psiquiátricas. Thesis advisor: Ana Maria Fernandes Pitta. 2019. Dissertation (Master in Social Politics and Citizenship) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2019.

ABSTRACT

In 2013, the publication of the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, triggered a crisis on psychiatric classifications. At the academic field, and on social and class movements, the quantitative increase in the DSM classification categories, throughout its editions, was cited as a tendency towards pathologization, as opposed to the ethical clinic of psychoanalyses, psychology or enlightened psychiatry. However, some scholars of this field have pointed out similarities between this instrument and the procedure of the clinic in general, an element that suggested the need of a broader analysis. On this research, I proposed to extend the critic and analyze the role of contemporary clinic as a strategy that could contribute to the medicalization of life and therefore to biopolitics. Taking the essay as a form, I sought to understand the structure of the main critics towards the DSM, to revise the notion of contemporary clinic from its birth in the 18th century, and to compare the clinical function, strategies and impacts to the ones regarding the DSM. The findings revealed that the clinic could only be borne at this period on history, when materialization and ontologization of the disease were made possible by a discursive blow of applying taxonomy to the classification of pathologies. On the other hand, the guarantee of its permanence through the years resided on the its capacity to function as a political instrument that enables the creation and support of the institution: health. A role that was played through spectacularization of suffering promoted on patient presentations and *praxis* pedagogy, which consolidated its semblance of guardian of the diagnostic truth by the classification capable of replication and prediction. An image that enabled a reconfiguration of its field to areas beyond the hospitals. On the assumption of knowing about the truth of health and disease, and the normal and the abnormal, the clinic could function as the foundation upon which the medicalization of existence was organized in the face of epidemics and the need for creation and accumulation of workforce on capitalism. At the end of the research, I observed the confirmation of a certain adequacy on the usage of term “clinic” to adjective these psychiatric manuals. I then concluded that the post-DSM-5 crisis is rather a crisis of the clinic itself, on this same contemporary clinic that was organized as an auxiliary strategy to the medicalization of life and, consequently, to biopolitics. I also point out that part of the power related to this instrument is granted by the affinity between how the clinic and the capitalist system operates in the current context. Finally, on the one hand, I end up recognizing the medical value of an universal clinic, and on the other, I point out the importance of an ethically oriented position that allows some practitioners who are conscious of their act, if they so wish, to able to separate themselves from this practice so that they can, in fact, guide their doing inside out the current politics, that by the inside out the biopolitics.

Keywords: clinic, mental health, medicalization, biopolitics, capitalism.

SUMÁRIO

1	SINTOMAS E DIREÇÃO	10
2	DOS DSMS À CLÍNICA	17
2.1	A “MANIA DIAGNÓSTICA”	17
2.2	DA MANIA À EPIDEMIA DIAGNÓSTICA.....	27
2.2.1	A classificação DSM	29
2.2.2	A epidemia	38
3	O NASCIMENTO DA CLÍNICA	44
3.1	AS MEDICINAS	45
3.2	AS CONDIÇÕES PARA O NASCIMENTO DA CLÍNICA.....	51
3.2.1	Do doente à doença	55
3.2.2	As leis imutáveis que logo se descobrem e suas consequências	58
3.3	A CONSOLIDAÇÃO DA CLÍNICA E A MEDICALIZAÇÃO	63
3.3.1	Espetáculo, anatomoclínica e a consolidação da instituição de saúde	64
3.3.2	Epidemias e medicalização	66
4	A CASA VERDE, NOSOPOLÍTICA E BIOPOLÍTICA	72
4.1	DEIXO DE BOM GRADO O TERMO CLÍNICA AOS DSM	72
4.1.1	As loucuras e o tempo	72
4.1.2	Da loucura à doença mental	78
4.1.3	Kraepelin e o nascimento da clínica <i>psi</i>	80
4.1.4	Clínica, Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise	84
4.2	A CLÍNICA: NOSOPOLÍTICA À BIOPOLÍTICA	89
4.3	UMA QUESTÃO CAPITAL	91
4.4	CRISE E DEMOCRACIA.....	96
5	INCONCLUSÕES: NÃO HÁ PROGNÓSTICOS	100
	REFERÊNCIAS	103

1 SINTOMAS E DIREÇÃO

São necessários o orgulho e a modéstia dos economistas para afirmar que a medicina não deve ser rechaçada nem adotada enquanto tal; que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo. (FOUCAULT, 2011, p. 193)

Vivemos em um tempo no qual explodem críticas à medicalização da vida. Um tempo em que a medicina parece alcançar áreas que, em tese, não lhe seriam próprias. Em tese, pois a medicalização guarda em si uma certa antiguidade. Se como conceito só se faz existir no século XX, no entanto, ao menos como prática, a medicalização parece quase contígua à medicina contemporânea.

Foucault inicialmente a define como um fenômeno de origem do final do século XVII, que envolvia a sanitização das grandes cidades europeias e que nos últimos anos do século XIX adquiriu uma nova dimensão. Uma “medicalização indefinida”, na qual há um certo transbordamento da razão médica para a vida como um todo, na qual verifica-se a

[...] transformação de objeto do saber médico, isto é, uma reinvenção sobre quais seriam os objetos da ciência médica e que, portanto, seriam passíveis de sua intervenção. A partir disso, a ciência médica passou a abarcar questões que, *a priori*, não pertenciam ao domínio médico, mas aos campos político, social e econômico. (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p.723)

Assim, o conceito de medicalização envolve: a ampliação do número de hospitais, indústrias, laboratórios e profissionais associados aos cuidados de saúde; a diversificação e o aumento na produção e distribuição de medicamentos; a cotidiana incorporação de temas pela racionalidade biomédica; o controle dos indivíduos através da medicina; as novas técnicas de tratamento e a incorporação de aspectos da condição humana (social, econômica e existencial) aos diagnósticos, cura, terapêutica e patologias (CAPONI *et al.*, 2013). Um processo complexo do qual fazem parte múltiplos atores.

Se há uma face necessária da medicalização à saúde das populações, por outro lado, há pontos em que ela aparece tal como a patologia que insiste em erradicar. Afinal, ela,

a medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra *saúde*; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve

solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado. (ILLICH, 1975, p.6)

Vemos aqui a face política e econômica do medicar. Foi desta maneira, que no século XX, iniciou-se o debate sobre aquilo que convencionou-se chamar: biopolítica.

Diz-se que, na atualidade, a medicalização estaria a serviço de uma biopolítica. Uma política sobre a vida e pela vida, na qual a regra geral é a maximização da saúde para a acumulação de homens, mulheres e crianças, que neste sistema figuram mais como produtos e produtores, consumo e consumidores, do que pessoas. Sim, elas, as pessoas se achariam destituídas de sua dignidade humana e existiriam apenas como elementos de produção e consumo em um sistema capitalista, cuja origem, por acaso, ou não, é similar em perspectiva temporal à própria constituição da medicina contemporânea.

Apesar de não desconsiderarmos a atualidade do tema, a questão é que, em nosso tempo, fala-se de medicalização como se isso fora um fato novo. E mais, quando o fazemos, aparentemente fazemos de maneira alienada, atribuindo vilanias a uma ou outra prática médica, de modo que as demais sigam protegidas do olhar, garantidas por um véu de idealizações.

Foi exatamente assim que, em 2013, a discussão sobre a medicalização da vida tomou grandes proporções no campo *psi* (psiquiatria, psicologia, psicanálise). O objeto da vez era a nova edição do DSM.

Os DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (no português Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) são manuais editados pela Associação de Psiquiatria Americana, APA, desde 1952. Trata-se, ao menos em tese, de um guia para clínicos do campo *psi*, que traz consigo uma lista de patologias e seus sintomas convertidos em critérios para classificar os casos que chegam a consultórios, hospitais e demais pontos da rede assistencial de saúde privada ou pública.

O manual, atualmente em sua quinta edição, tem alcance global, apesar de ser montado por uma associação limitada a uma nação: os Estados Unidos. Essa influência pode ser verificada, inclusive, nas atualizações da seção psiquiátrica da CID, a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*, organizada e editada pela Organização Mundial de Saúde, a OMS. Os efeitos das atualizações no último DSM podem ser notados, por exemplo, na alteração do transtorno de identidade de gênero para disforia de gênero, uma mudança realizada entre as edições IV e V do manual, que cinco anos mais tarde foi acompanhada pela OMS na revisão da CID 10 para a CID 11.

A razão pela qual o DSM é utilizado por clínicos, mesmo na disponibilidade da CID, é que o primeiro se apresenta efetivamente como um manual para realização de diagnóstico,

enquanto a segunda está mais para uma lista de classificações, simplesmente. Talvez por isso o DSM preencha certa “demanda” de estudantes, trabalhadores e administradores da saúde mental, apesar das críticas a ele direcionadas.

Dada sua relevância global, não é de se estranhar que, ainda hoje, os problemas na publicação desta quinta versão sejam tidos como o estopim de uma grande crise no campo *psi*.

Ocorre que, ao longo de suas edições, o manual foi incorporando mais e mais classificações. Muitos traços e comportamentos antes desconsiderados ou tidos como normais, como aspectos relativos ao cotidiano, passaram a ser lidos como patológicos ou como sintomáticos. Em outros casos, a intensidade, periodicidade ou duração dos sintomas para a avaliação diagnóstica foi sendo reduzida a partir de critérios que pareciam arbitrários. Seja como for, grosso modo, o manual aparentemente ajudou a tecer uma rede de medicalização cada vez maior sobre a experiência da vida humana. De modo que, face ao dilatado esquema diagnóstico, há muito mais sujeitos capturados pelo rótulo da doença mental nos dias atuais.

Apesar de esse ter sido um movimento contínuo ao longo das atualizações e revisões, o lançamento da quinta edição do manual se constituiu como um ponto de virada ou, diriam alguns, como um ponto de basta! A publicação em 2013 inaugurou um momento de explosão de múltiplas críticas internas, ou seja, de associados da APA responsáveis por edições dos manuais (SPITZER, 2008; ANDREASEN, 2013; FRANCES, 2013) e externas, autores diversos, organizações de classe e movimentos sociais (LAURENT, 2017; STOP DSM, 2017; MANIFESTO POR UMA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA NÃO ESTATÍSTICA, 2013) à prática que teria por instrumento o manual. Uma prática que passou a ser taxada como medicalizante, antiética e reducionista, em oposição à noção de clínica, essa sim idealizada como originalmente ética e pura.

Entretanto, apesar de toda a área de beneficência e cuidado que recobre a clínica, há de se lembrar que ela foi e é baseada na classificação e no diagnóstico de doenças, tal como os manuais tão fortemente criticados no campo *psi*. Sim, a clínica atual, que é um instrumento da instituição saúde, foi estabelecida na contemporaneidade por contornos muito maiores do que o cuidado e a assistência. Essa clínica contemporânea

[...] “nascida” no século XVIII, descrita por Foucault, ensinada nas escolas médicas do ocidente até hoje, [...] entendia as doenças como entidades independentes do paciente, que precisavam ser classificadas e distinguidas umas das outras, centrando a sua atividade no diagnóstico. (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011, p.613)

Se isso for mesmo um fato, seria possível argumentar que a crise pós-DSM-5 é, antes, uma crise da clínica *psi*. Entretanto, há quem insista que se trata apenas de um simples tropeço

da classificação. Um problema restrito à forma pela qual se escolheu categorizar as “doenças mentais”. E, nesse caso, sua resolução estaria no desenvolvimento de um sistema mais apropriado para pensar as patologias. Essas pessoas entendem que

different conceptual approaches lead to different approaches to classification. A “classical” approach is based on the notion of essentialized categories with necessary and sufficient features; such categories have limited practical utility in primary care settings in developing countries, and they increasingly appear at odds with evidence for massive comorbidity and lack of evidence for specific biomarkers. A “critical” approach argues that all categorization is essentially about politics and power, and that there is no rational way to “carve nature at her joints”; this again is not particularly helpful for those interested in improving mental health.¹ (STEIN *at al.*, 2013, p. 497)

Entretanto, como já visto, partimos do exato oposto.

Acreditamos que uma abordagem crítica sobre a perspectiva política é extremamente necessária para o trabalho eticamente orientado no que se chama hoje de saúde mental. Entendemos que reduzir a questão a um problema classificatório seria desconsiderar os efeitos da produção e dos usos que se faz de um instrumento deste tipo. Arriscamo-nos a dizer, inclusive, que essa última afirmação aplicar-se-ia tanto aos manuais, quanto à clínica. Afinal “quem nos afirma que o alienado não é o alienista?” (ASSIS, 1979. p.267).

Justamente por isso, é imperativo expandir a análise do que cerca a publicação desses manuais e sua relação com a clínica contemporânea neste momento. Uma iniciativa deste tipo pode tornar mais nítido aquilo que tantos de nós insistimos em não querer ver.

É exatamente nesta aposta que se monta este ensaio. Ele parte do desejo de que uma parcela da alienação que envolve o trabalho em saúde mental possa ser dissipada, ao menos para mim e para você leitor. Que nossa prática possa ser, a partir de então, um fazer mais advertido, criticamente sustentado e eticamente responsável.

Entendo que o agir ético e político em nosso campo convoca à uma crítica que

[...] não pode ser apenas a comparação entre situações concretas determinadas e normas socialmente partilhadas. Esta é, no fundo, uma crítica de juizado de pequenas causas que se contenta em comparar normas e caso. Antes, a verdadeira crítica deve ter a força de voltar-se contra nossos próprios critérios de justiça e consenso, já que ela se pergunta se nossa forma de vida não é

¹ Diferentes abordagens conceituais levam a diferentes abordagens para a classificação. Uma abordagem “clássica” baseia-se na noção de categorias revestidas do aspecto essencialista através de características necessárias e suficientes; tais categorias têm utilidade prática limitada em ambientes de atenção primária em países em desenvolvimento, e aparecem cada vez mais em desacordo com evidência de comorbidade maciça e falta de evidência para biomarcadores específicos. Uma abordagem “crítica” argumenta que toda categorização é essencialmente sobre política e poder, e que não há maneira racional de “esculpir a natureza em suas articulações”; isso de novo não é particularmente útil para os interessados em melhorar a saúde mental.

mutilada a ponto de orientar-se por valores resultantes de distorções patológicas. (SAFATLE, 2008, p.26)

Por tudo dito, o objetivo aqui é: analisar como a clínica contemporânea se constituiu enquanto uma estratégia que contribui para a medicalização da vida e, por conseguinte, para a biopolítica.

Para tanto, será preciso:

- Compreender a estrutura, o funcionamento e as principais críticas ao manual DSM;
- Revisar a noção de clínica contemporânea a partir de seu nascimento no século XVIII;
- Comparar a estratégia clínica e a iniciativa DSM através de sua estrutura e dos seus efeitos de medicalização e impactos sobre a biopolítica.

Se insisto em iniciar esse texto por uma descrição do DSM, seus atributos e desdobramentos, é porque creio, tal como Chesterton, que “quem quer que se disponha a discutir o que quer que seja deveria sempre começar dizendo o que não está em discussão. Além de declarar o que se quer provar é preciso declarar o que não se quer provar” (2013, p.12). É preciso compreender do que se trata a iniciativa DSM para melhor redimensionar e direcionar a crítica ao ponto preciso deste texto: a clínica. É disso que trata o primeiro capítulo desta dissertação.

O passo seguinte é declarar o que se quer provar, daí a necessária revisão do nascimento da clínica contemporânea e seu funcionamento, a ser realizada no segundo capítulo. Neste ponto, ficará mais claro aquilo que concerne à clínica e o porquê de ser ela, e não os DSM, o objeto deste texto.

Para, então, na terceira parte deste texto, fazer valer nossa heresia. Tomar o objeto que o saber comum de nosso tempo idealiza e revelar sua face gêmea àquilo que se critica. Sim, havemos de ser heréticos, pois “apenas a infração à ortodoxia do pensamento torna visível, na coisa, aquilo que a finalidade objetiva da ortodoxia procurava, secretamente, manter invisível” (ADORNO, 2003, p.45). Nesse capítulo, a clínica e a iniciativa DSM serão analisadas de modo pareado, avaliando seu papel enquanto estratégias que teriam sustentado e ainda sustentariam a medicalização da existência e, por conseguinte, a biopolítica.

Penso que, a esta hora, já se deve intuir qual seria o método de investigação adotado. Ainda assim, vale nomeá-lo, mesmo que pela sua ausência. Pois bem, esta dissertação é antes de tudo, um ensaio. Tomarei aqui o ensaio enquanto forma e enquanto orientação. Parece que esta é a maneira mais apropriada de escrever o que se propõe nesta introdução. Afinal, “[...] a

lei formal mais profunda do ensaio é a heresia” (ADORNO, 2003, p.45), a mesma heresia que é nossa direção, ou seja, o ponto para o qual converge este texto.

Assim, escolho o ensaio enquanto forma e fim pois este tem a ver

[...] com os pontos cegos de seus objetos. Ele quer desencavar, com os conceitos, aquilo que não cabe em conceitos, ou aquilo que, através das contradições em que os conceitos se enredam, acaba revelando que a rede de objetividade desses conceitos é meramente um arranjo subjetivo. Ele quer polarizar o opaco, liberar as forças aí latentes. Ele se esforça em chegar à concreção do teor determinado no espaço e no tempo; quer construir uma conjugação de conceitos análoga ao modo como estes se acham conjugados no próprio objeto. (ADORNO, 2003, p.44)

Entretanto, tal como em *Hereges* de Chesterton (2011), não prometo alternativas a nosso cenário. Não se trata aqui de fornecer respostas ou propor modificações aos modelos discutidos mas de realizar a potência de uma crítica. E deixar o campo aberto para uma invenção singular para você, para mim, para cada um.

Logo, há de se advertir de saída que

a pesquisa aqui empreendida implica, portanto, o projeto deliberado de ser ao mesmo tempo histórica e crítica, na medida em que se trata, fora de qualquer intensão prescritiva, de determinar as condições de possibilidade da experiência médica, tal como a época [contemporânea] a conheceu. De uma vez por todas, este [texto] não é escrito por uma medicina contra uma outra, ou contra a medicina, por uma ausência de medicina. Aqui, como em outros lugares, trata-se de um estudo que tenta extrair da espessura do discurso as condições de sua história. [Afinal,] o que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado alguém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas a tarefa de transformá-los. (FOUCAULT, 2011, p. XVIII)

Acredito que esta seja a chave fundamental para a possibilidade de um posicionamento realmente político, frente ao funcionamento da clínica contemporânea e a política que ela sustenta. Um posicionamento não de contraposição ou adoração, mas sim de invenção face a cessão de certa ilusão. Por isso, essa forma de escrita parece tão adequada ao propósito desta pesquisa pois, para além de um método, ela parece ser a opção ética e politicamente adequada à causa.

É possível que tal perspectiva tenha sido responsável pelo movimento ziguezagueante que o texto é, por vezes, obrigado a assumir. Mas talvez este seja o preço a pagar quando se acredita na solidariedade profunda entre fenômenos próprios a esferas aparentemente autônomas entre si. Preço que aparece quando se acredita em proposições “absurdas”. (SAFATLE, 2008, p.27)

Assim, peço licença para subverter a ordem lógica cartesiana que supostamente deveria orientar a escrita de uma dissertação de mestrado, e convidá-lo a experimentar uma leitura

iniciada por um ato ético. Uma iniciativa que, justamente por isso, não aspira a totalidade, apenas se inicia no desejo de uma abertura à falta e, portanto, à política e à democracia.

2 DOS DSMS À CLÍNICA

2.1 – A “MANIA DIAGNÓSTICA”

Acabo de verificar que na décima quarta edição da *Encyclopaedia Britannica* foi suprimido o verbete sobre John Wilkins. [...] No idioma universal idealizado por Wilkins em meados do século XVII, cada palavra define-se a si mesma. [...] Dividiu o universo em quarenta categorias ou gêneros, subdivisíveis em diferenças, por sua vez subdivisíveis em espécies. Atribuiu a cada gênero um monossílabo de duas letras; a cada diferença, uma consoante; a cada espécie, uma vogal. Por exemplo: *de*, quer dizer elemento; *deb*, o primeiro dos elementos, o fogo; *deba*, uma porção do elemento fogo, uma chama. [...] Definido o procedimento de Wilkins, falta examinar um problema de impossível ou difícil protelação: o valor da tabela quadragesimal que é a base do idioma. Consideremos a oitava categoria, a das pedras. Wilkins divide-as em comuns (pederneira, cascalho, piçarra), módicas (mármore, âmbar, coral), preciosas (pérola, opala), transparentes (ametista, safira) e insolúveis (hulha, greda e arsênico). Quase tão alarmante quanto a oitava é a nona categoria. Esta revela-nos que os metais podem ser imperfeitos (cinabre, azougue) artificiais (bronze, latão), recrementícios (limalhas, ferrugem) e naturais (ouro, estanho, cobre). A beleza figura na décima sexta categoria; refere-se a um peixe vivíparo, oblongo. [...] Os gêneros e espécies que o compõem são contraditórios e imprecisos; o artifício de as letras das palavras indicarem subdivisões e divisões é, sem dúvida, engenhoso. A palavra *salmão* não nos diz nada; *zana*, o vocábulo correspondente, define (para o homem versado nas quarenta categorias e nos gêneros dessas categorias) um peixe escamoso, fluvial, de carne avermelhada. (Teoricamente, não é inconcebível **um idioma em que o nome de cada ser indicasse os pormenores de seu destino, passado e vindouro.**) Esperanças e utopias à parte, talvez o que de mais lúcido se escreveu sobre a linguagem sejam estas palavras de Chesterton: "O homem sabe que há na alma matizes mais desconcertantes, mais inumeráveis e mais anônimos que as cores de um bosque outonal... Crê, no entanto, que esses matizes, em todas as suas fusões e conversões, podem ser representados com precisão por meio de um mecanismo arbitrário de grunhidos e chiados. **Crê que mesmo de dentro de um corretor da Bolsa realmente saem ruídos que significam todos os mistérios da memória e todas as agonias do desejo**" (*G. F. Watts*, p. 88, 1904). (grifos nossos) (BORGES, 2007, p. 121-126)

O idioma analítico de John Wilkins poderia não passar de uma fábula roubada, colada transgressivamente no início deste texto que se pretende acadêmico; não fosse a pertinente e desconcertante precisão de suas linhas, no que tange à relação do homem com a linguagem e o ato de classificar na contemporaneidade.

Apesar do tom fantasioso que adquirem as notas grafadas por Borges, Wilkins de fato existiu. E mais: não foi o primeiro, nem tampouco o último a dedicar-se à empresa da construção de uma língua universal não natural.

Como nos lembra Eco (2001), somente a título de exemplo, apenas no século XIX existiam 173 projetos de línguas universais. Como tantas outras que as precederam, eram propostas de línguas perfeitas, tanto no quesito acuidade, pois tinham por propósito tornar a estrutura da linguagem plenamente fiel à estrutura da realidade, quanto na noção de perfeição da comunicação, já que visavam à universalidade na compreensão e na fala. Mas, sobretudo, eram ideários que trabalhavam sobre uma utopia maior. Afinal, mais que a perfeição na comunicação, tratava-se do projeto da construção de um mundo perfeito, livre dos mal-entendidos, ou como diríamos, livre dos equívocos da linguagem.

Por que então destacar Wilkins entre tantos outros? Ainda que não seja possível responder pela escolha de Borges, podemos supor que a ironia capturada pelo argentino se trata da ausência de um verbete sobre o fundador de uma língua “perfeita” (um exímio classificador, catalogador, listador) em uma outra lista ou catálogo: uma enciclopédia. Dito de outra maneira, aquele que lista a lista perfeita estaria fora da lista.

Todavia, a ironia não para aí.

Afinal, fora da lista, o idioma analítico de Wilkins que fora retirado do seu lugar de “direito”, com a menção de Borges, subitamente retorna em outros espaços. Surge no prefácio de Foucault sobre *As palavras e as coisas* (1999), em *A vertigem das listas* de Umberto Eco (2010), durante um seminário de Lacan intitulado *De um Outro a outro* (2008), e em outros tantos lugares que restam fora (por esquecimento, displicência ou propósito) da lista que por acidente terminamos por montar aqui. Um efeito tal como o retorno do recalcado (FREUD, 2001a).

Em Foucault, é precisamente esse o efeito. Nele, o chiste surge acompanhado de um desconforto, mais que isso, um mal-estar. Comenta:

esse texto de Borges fez-me rir durante muito tempo, não sem um mal-estar evidente e difícil de vencer. Talvez porque no seu rastro nascia a suspeita de que há desordem pior que aquela do incongruente e da aproximação do que não convém; seria a desordem que faz cintilar os fragmentos de um grande número de ordens possíveis na dimensão [...]. O embaraço que faz rir quando se lê Borges é por certo aparentado ao profundo mal-estar daqueles cuja linguagem está arruinada: ter perdido o “comum” do lugar e do nome. Atopia, afasia. No entanto, o texto de Borges aponta para outra direção; a essa distorção da classificação que nos impede de pensá-la. (FOUCAULT, 1999, p.XII)

Pensá-la.

Ou para ser ainda mais exata: pensar a classificação fora da imagem utópica da completude e da ordem plena. Pensá-la em seus próprios absurdos e no absurdo de qualquer

ordem que, por pretensão, se ofereceria a sustentá-la. Ao invés de simplesmente querer remediá-la, pensá-la de fato.

Se evocamos Wilkins através de Borges, é justamente por isso.

E, mais... Evocamo-lo, especialmente, por uma improvável ou exata contingência cronológica com o certo sintoma social que causa este ensaio. Causa-o enquanto um ponto de partida, como se fora uma interrogação, tal qual a que se grafa no começo de uma pergunta posta em espanhol. Um ponto de causa, mas que não define, em absoluto, os limites deste texto.

Ocorre que, sem nenhuma relação aparente, o ensaio de Borges sobre o idioma analítico de John Wilkins (BORGES, 2007) é publicado pela primeira vez em 1952, mesmo ano no qual um certo “dicionário” de outro idioma tão pretensiosamente preciso e lúcido quanto aquele, ganha as prateleiras de livrarias e bibliotecas ao redor do mundo. Trata-se de um certo “idioma” médico-psiquiátrico, cujo “dicionário” recebeu a alcunha de DSM.

Os DSM são, por definição, manuais de diagnóstico e estatística de doenças mentais. A primeira edição, lançada em 1952, foi fruto do esforço da Associação Psiquiátrica Americana para uniformizar as classificações diagnósticas e, por consequência, os dados obtidos nos hospitais psiquiátricos da época. O intuito era gerar estatísticas mais precisas sobre o estado psíquico de soldados e da população civil no contexto pós-guerra.

É certo que o DSM não foi primeira iniciativa classificatória de transtornos psiquiátricos para uniformização de diagnósticos. A CID: *Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde*, que hoje também cumpre esta função de modo global, deriva de uma lista internacional de causas de morte criada originalmente por associações de estatísticos europeus.

Naquele tempo, a criação de um padrão de classificação respondia a uma demanda de diversas nações para estudos epidemiológicos que pudessem contribuir no planejamento e na intervenção pública, bem como nos estudos médicos. De fato, desde meados do século XIX, várias tentativas haviam sido feitas nesse sentido. Todavia, a lista aprovada em 1893 foi a primeira a ser utilizada internacionalmente por diversos países. Naquela época, era conhecida pelo nome de: *Classificação Internacional de Causas de Morte* ou *Classificação de Bertillon*.

Em 1920, a responsabilidade pelas revisões foi passada à Liga das Nações e, em 1945, à Organização das Nações Unidas, mais especificamente a recém-criada Organização Mundial de Saúde, a OMS, que assumiu seu encargo.

Entretanto, até a quinta revisão, realizada em 1938, constavam na lista apenas doenças que poderiam causar óbitos. Foi somente a partir da sexta edição, aprovada em 1948, que o

manual passou a incluir outras doenças não fatais, e outros motivos de consultas e necessidade de cuidados médicos.

É nesta publicação de 1948 que há a primeira menção à uma classificação “internacional de doenças mentais”. Na CID-6, na seção V, constavam as “doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos”. Lia-se:

X84, transtornos Mentais e deficitários, excluindo-se a paralisia geral dos insanos (paralisia geral progressiva).
 a) Deficiência mental
 b) Esquizofrenia (Demência Praecox)
 c) Psicose Maníaco-depressiva
 d) Outros transtornos mentais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - BR, 1952)

Além desta seção em particular, outros diagnósticos posteriormente classificados ou associados a transtornos mentais eram grafados em outras áreas, a exemplo do X56: alcoolismo (agudo ou crônico), X57: intoxicação crônica, X67: paralisia geral dos insanos e X68: insanidade por Pelagra.

A classificação oferecida pela CID, apesar de pertinente, não parecia refletir os fenômenos da época. Tratava-se de uma tipificação inespecífica demais para envolvidos com o trabalho e a pesquisa em saúde mental no pós-guerra. Os hospitais psiquiátricos, repletos de pacientes, solicitavam uma classificação que permitisse tanto uma catalogação mais exata, quanto a troca de dados epidemiológicos, avaliação cruzada de experiências e intercâmbio de perspectivas de tratamento entre instituições. É assim que, nos Estados Unidos, o DSM é criado de maneira a fornecer a especificidade que a CID até então não sustentava.

Esse é um movimento que marcará a relação entre o manual e a CID até os dias atuais. Afinal, desde a primeira edição do DSM, mas sobretudo após a terceira versão, é possível verificar suas influências sobre as revisões que ocorriam em paralelo à CID. Nota-se que a cada revisão no manual norte americano, as direções aparecem replicadas ou aproximadas nas edições que se seguem da classificação internacional de doenças e problemas relacionados a saúde. Como se o manual americano inaugurasse uma perspectiva de leitura sobre o fenômeno que anos depois é incorporada na classificação internacional.

O fato é que, atualmente,

embora o manual seja norte-americano, ele é muito utilizado em outros lugares (no Brasil inclusive), ainda que a International Classification of Diseases, ICD, (Classificação Internacional de Doenças - CID), concebida sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, seja normalmente considerada o manual oficial, se é que isso existe. O *DSM-5* informa o código do ICD quando há coincidência, e existe um projeto que pretende harmonizar os dois compêndios. Para um estadunidense, no entanto, receber um código do *DSM* determina se o seguro de saúde pagará pelo tratamento, e que tipo de

tratamento será oferecido. (O *DSM* em si não inclui recomendações de tratamento). (HACKING, 2014, p. 303)

Talvez sua grande utilização se deva ao fato de que, desde o início, o *DSM* é uma publicação editada como um manual para diagnóstico, e não apenas de uma lista de codificação como a CID. Na prática, isto representa o detalhamento dos sintomas, instrumentos de entrevista e orientações para diagnóstico diferencial, itens que não se encontram na listagem produzida pela OMS. Em todo o caso, o próprio *DSM* não é o mesmo, desde sua primeira montagem.

Pois bem, na ocasião de sua criação, o manual foi fortemente influenciado pela psicanálise, dado o predomínio da chamada psiquiatria dinâmica, que considerava os transtornos mentais como efeitos secundários de conflitos inconscientes. Entretanto, o apelo por um texto de base mais empirista não tardou. A consolidação da ciência do comportamento, como base para pensar a etiologia dos transtornos mentais na década de cinquenta do século XX, foi significativa para a pressão por uma revisão teórica. Assim, em 1958 foi publicada a segunda edição do Manual, o *DSM-II*. Essa edição mantinha um caráter psicodinâmico, mas começava a incluir padrões comportamentais como índices para diagnóstico e, sobretudo, carregava mais categorias do que sua antecessora.

O *DSM-II* era o manual a guiar a psiquiatria durante o período que ficou conhecido como a época de ouro da psicofarmacologia. Naquela ocasião, as drogas psiquiátricas começavam a surgir para condições que ainda nem tinham nome... Além das novas drogas, a psicometria (campo responsável pelo desenvolvimento de testes e outros procedimentos de mensuração de processos psicológicos) também avançava.

Em contrapartida, avolumavam-se as críticas quanto à falta de especificidade da classificação psiquiátrica, questionava-se a existência da doença mental em si, levantando-se a hipótese de que esta era um dado social e não uma patologia. Nesse contexto, o movimento da antipsiquiatria avançava nos Estados Unidos e na Inglaterra, movido pelo clamor de liberdade frente ao poder asilar da medicina mental (CASTEL, 1987).

O manual parecia ter ficado obsoleto e dois fatores ocorridos em seu próprio campo foram decisivos para atestar esta obsolescência. O primeiro

[...] foi a descoberta de uma droga genuinamente eficaz para controlar mania. O australiano John Cade descobriu que o lítio era realmente eficiente, e depois de muito ceticismo (e muitas overdoses involuntárias), o Federal Drug Administration (Agência Federal de Medicamentos, hoje Food and Drug Administration) aprovou seu uso em 1970; em 1974 ele foi aprovado para tratar transtornos maniaco-depressivos. Antes disso, não existiam tratamentos químicos eficientes para nenhuma doença mental, mas agora havia algo que funcionava. Portanto, critérios comportamentais claros passaram a ser

necessários para identificar quem poderia se beneficiar do lítio. A segunda razão foi um estudo comparativo feito em 1972, em Nova York e Londres, de diagnósticos de esquizofrenia. Foi um duro golpe. O diagnóstico de esquizofrenia era duas vezes mais frequente em Nova York do que em Londres. Havia concordância quanto aos sintomas, mas não quanto ao diagnóstico final. O critério “operacional” teve de ser ajustado. Como não se conheciam as causas da maioria das doenças mentais – ou melhor, como havia muitas teorias incompatíveis sobre as causas – era preciso basear-se nas síndromes, em padrões observáveis de sintomas, um comportamento, em resumo, algo que pudesse produzir um consenso. (HACKING, 2014, p. 306)

O cenário era de muito ceticismo para com o fazer psiquiátrico, e para além disto,

psychiatrists' non-medically licensed competitors (e.g.- psychologists, social workers, and counselors) were offering psychodynamically-based therapeutic services at significantly less expensive rates, and this challenged the psychiatric community to prove that its diagnoses and therapies were (more) efficacious and represented treatment of legitimate medical *diseases*.² (KAWA; GIORDANO, 2012, p. 4)

É justamente sob este contexto que, em 1980, era lançado DSM-III. Essa edição marcou o rompimento definitivo do manual com qualquer fundamento psicanalítico ou psicológico preexistente. Na época, a proposta era a de uma leitura objetiva, descritiva e atórica das categorias nosológicas que figuravam no manual. Era necessário restaurar o lugar do saber psiquiátrico.

As mudanças operadas no DSM-III foram lançadas no Brasil como um anúncio de novidade científica: “O fim da neurose. O fim da Psicose” [...]. Naquele contexto, o anúncio demarcava, com autoridade “científica”, os transtornos mentais como território da gestão psiquiátrica. Disciplinas como a psicologia e a própria psicanálise foram excluídas da propedêutica e do tratamento dos problemas psíquicos, que definitivamente foram transformados em “doenças”, sob a denominação de transtornos, foram subordinados a condições médicas gerais. Tratava-se de um anúncio que deixava a impressão de que, **finalmente, a psiquiatria recobriria a verdade sobre as doenças mentais, não havendo mais nada que outra disciplina pudesse acrescentar sobre o assunto.** (Grifo nosso) (MOREIRA, 2010, p.14)

Se seus idealizadores o consideravam uma “vitória da ciência sobre a ideologia” (SABSHIN, 1990, p.1271), decerto que havia algo para além do científico naquela produção. Afinal, o aumento do número de categorias de transtornos mentais (de 182 no DSM-II para 265 no DSM-III), “was posed to reflect the increase in psychiatric knowledge accrued since the

² os concorrentes não-médicos de psiquiatras (por exemplo, psicólogos, assistentes sociais e conselheiros) ofereciam serviços terapêuticos de base psicodinâmica a preços significativamente mais baixos, e isso desafiou a comunidade psiquiátrica a provar que seus diagnósticos e terapias eram (mais) eficazes pois representavam o tratamento de legítimas doenças médicas. (Tradução nossa)

DSM-II, as well as amplification in the specificity of and in diagnosis”³ (KAWA; GIORDANO, 2012, p. 4).

Desde então, seguindo a proposta elaborada na década de 1980, o manual ganhou mais quatro versões, o DSM-III-R (“R” de revisado), uma revisão feita em 1987, o DSM-IV, lançado em 1994, o DSM-IVTR (TR de “revisão de texto”), em 2000 e o DSM-5, publicado em 2013. Nessas edições e revisões, tanto a quantidade de categorias quanto o número de páginas seguiram uma ordem crescente: das 106 categorias em 130 páginas originais até as atuais 297 categorias e 947 páginas no total.

Considerando as bases sobre as quais o manual foi idealizado, poderíamos especular que ele cresceu pela simples crença de que mais nomes, mais dados, mais detalhes o fariam mais completo e útil. De fato, muitos dos defensores do DSM parecem crer nesse argumento. Apesar de a própria força tarefa do DSM-5 desacreditá-lo.

Seja como for, em nome da epidemiologia, da clínica e da política, buscou-se um sistema de classificação cada vez mais exato. Um ideal que aponta para a construção de uma língua unívoca, na qual cada diagnóstico possa corresponder de maneira exata a uma lista precisa de sintomas, também perfeitamente catalogados e classificados. Uma língua para a qual o manual faria as vezes de um “dicionário” que poderia ser facilmente acessado por qualquer clínico ao redor do mundo.

Uma língua universal tal como a que pede Cheniaux (2005) e tantos outros psiquiatras. Todavia, como ela mesmo pontua, ainda que com tamanho esforço e clareza acerca de um ideal comum,

faltam universalidade e uniformidade a alguns dos mais importantes conceitos e termos da psicopatologia descritiva. Comparando-se importantes textos, observa-se que: um mesmo termo é utilizado com diferentes sentidos pelos diversos autores; determinados conceitos são considerados por alguns autores, mas ignorados por outros; e um mesmo conceito é designado por termos diferentes. Essa falta de consenso, que afeta alguns dos principais tópicos em psicopatologia, irá inevitavelmente se refletir em qualquer discussão de um caso clínico, prejudicando qualquer argumentação, pela ausência de uma linguagem comum. Torna-se assim imperativo um estudo aprofundado das obras dos mais importantes autores em psicopatologia para que, a partir da observação do que há em comum entre elas e de suas divergências, possa ser produzida uma síntese e uma revisão crítica dos principais conceitos e se alcance uma maior uniformização da terminologia. (CHENIAUX, 2005, p.162)

³ foi exposto para refletir o aumento do conhecimento psiquiátrico acumulado desde o DSM-II, bem como a ampliação na especificidade do e no diagnóstico. (Tradução nossa)

Cientificidade e verdade: esse é o apelo de Cheniaux e seus colegas. O que lhe parece estar faltando é apenas esforço. Esforço e trabalho científico integrado tornariam possível a realização almejada. A classificação impressa nos manuais aparece aqui como algo a ser remediado, e não necessariamente pensado em sua epistemologia, tal como apontou Foucault (1999) a partir de Borges e Wilkins.

Entretanto (usando de uma referência do próprio Borges (2007) nesse mesmo texto), o que não parecer ser considerado no caso da discussão sobre as classificações é que:

[...] the truth is that language is not a scientific thing at all, but wholly an artistic thing, a thing invented by hunters, and killers, and such artists long before science was dreamed of. The truth is simply that – that the tongue is not a reliable instrument, like a theodolite or a camera. The tongue is most truly an unruly member, as the wise saint has called it, a thing poetic and dangerous, like music or fire. (CHESTERTON, 2000, p.157)⁴

É também por seu caráter desgovernado que a língua oferta a uma única palavra, uma multiplicidade de significações, passíveis de escolhas equívocas e inexatas em qualquer tradução, ou mesmo ao longo da fala corrente na língua de origem. Um desgoverno que impossibilita qualquer ideal de significação plena ou exatidão. Algo que aponta para o furo que torna toda iniciativa de classificação, uma empresa fadada ao fracasso.

A questão é que o furo da classificação diz respeito ao próprio furo da linguagem. Ao fato de que nunca é possível recobrir todas as dimensões do objeto sobre o qual falamos, por mais palavras que usemos. Isso ocorre devido ao simples fato de a palavra não ser adequada à coisa, considerando que palavra e coisa pertencem a registros distintos.

Portanto, uma palavra nunca pode guardar a verdade da coisa, seja ela qual for. E é por isso que se escolho um nome para descrever algo, logo preciso de outro e mais outro e mais outro, em um deslizamento infinito, nunca dizendo da coisa em absoluto. Este é um furo próprio ao processo de significação, próprio à linguagem, ela mesma equívoca; e imprópria à coisa em si.

Esse argumento parece, inclusive, lançar certa luz sobre a multiplicação dos diagnósticos. Afinal, um nome, um diagnóstico, nunca será exato para dizer da experiência de um, alguns, ou vários indivíduos. Terminaremos precisando de outro nome mais específico, e outro nome, e mais outro...

⁴ [...] a verdade é que a linguagem não é de maneira alguma uma coisa científica, mas sim uma coisa absolutamente artística, uma coisa inventada por caçadores, e matadores, e artistas muito antes da ciência ser sonhada. A verdade é simplesmente que a língua não é um instrumento confiável, como um teodolito ou uma câmera. A língua é mais verdadeiramente um membro desgovernado, como um sábio santo a chamou, uma coisa poética e perigosa, como música ou fogo. (Tradução nossa)

É precisamente isso que uma empreitada classificatória, como a do DSM, parecia insistir em recalcar (FREUD, 2001a, 2001b) desde o início. Parecia esquecer que “bem antes de seus locutores, a linguagem está à espera de Godot” (CERTEAU, 2016, p.147). Dito de outra forma, parecia negligenciar por um lado, ou por outro, deliberadamente ocultar um dos limites óbvios de qualquer intenção de classificação: a impossibilidade de fazer surgir uma relação de identidade entre nome e coisa, nesse caso entre nome diagnóstico e aquilo do qual cada um padece em sua singularidade.

Mas, se a medicina, em alguma medida aparentemente, “escolheu” ignorar essa impossibilidade, a filosofia foi prodigiosa em apontá-la. Seja na argumentação dialética do Crátilo (PLATÃO, 2010), seja pelos sorites, pelo paradoxo de Russell (SANTOS, 2014), pelo paradoxo de Grelling-Nelson (SANTOS, 2014), pelo fenômeno da vagueza (SANTOS, 2015), ou mesmo por questões mais gerais concernentes à nomeação como as apontadas por Kripke (2012). Seja como for, os debates no campo da filosofia acolhem uma premissa que está posta, desde muito antes de termos cernido o conceito de linguagem. A premissa, chave do *witz* de Borges (2007), de que uma palavra por si só não é portadora de verdade. Afinal, “com as palavras não aprendemos senão palavras” (AGOSTINHO, 1980, p.394).

Se consideramos estes argumentos, a questão relativa aos manuais psiquiátricos e à proliferação de diagnósticos poderia ser resumida a uma falha específica relativa à linguagem. Uma falha que, ao que parece, insiste em ser ignorada no movimento de busca contínua e progressiva por uma língua universal e unívoca para a psiquiatria. Uma língua usada igualmente por todos os clínicos, na qual todas as síndromes, transtornos, e sintomas possuiriam sempre uma exata relação de correspondência com seus nomes.

Nesse caso, este esforço em direção a uma língua exata, visaria

[...] eliminar a ambiguidade da palavra, seu caráter equívoco, seu ocultamento essencial. Seria eliminar da palavra o fato de que ela opera e constitui a troca inter-humana, seria desconhecer que ela funda a intersubjetividade. Se a palavra fosse unívoca, seríamos máquinas, ou mais rigorosamente ainda, seríamos **naturais** (grifo nosso) [...]. Pretender uma palavra que elimine o equívoco é pretender uma palavra super-humana. (GARCIA-ROZA, 1990, p.45)

A pretensão de uma linguagem inequívoca e, por isso impossível ao humano, sugere que a empreitada DSM estará para sempre, ou enquanto houver humanidade na clínica, fadada ao fracasso e ao tropeço.

Entretanto, apesar de sua pertinência, este é um argumento arriscado.

Pois, se podemos criticar os manuais psiquiátricos apontando seu furo como pertinente ao furo da linguagem, entretanto, terminamos também por constatar que essa inadequação não

nos impede de nomear, descrever, categorizar, ou, como no caso de Cheniaux (2005), ansiar por uma língua perfeita. Fazemos, apesar da equivocidade da língua. Parece que, mesmo advertidos, insistimos em classificar, tal como fazem os membros da Força Tarefa do DSM. Então, o que há?

Ocorre que, se a equivocidade é a marca essencial da linguagem, a ilusão de uma univocidade é o que parece tornar a comunicação possível (ARISTÓTELES, 2013).

E para tanto, faz-se imperativo e necessário um certo ordenamento. Ainda que não haja uma relação plena de adequação, os significados podem aludir a uma certa ideia de univocidade, criando uma espécie distinta de relação entre as palavras e as coisas. Daí que a língua pressuporia uma classificação obrigatória, da qual não se escapa. Nota-se isso no nosso falar,

[...] je suis astreint à me poser d'abord en sujet, avant d'énoncer l'action qui ne sera plus dès lors que mon attribut: ce que je fais n'est que la conséquence et la consécution de ce que je suis; de la même manière, je suis obligé de toujours choisir entre le masculin et le féminin, le neutre ou le complexe me sont interdits ; de même encore, je suis obligé de marquer mon rapport à l'autre en recourant soit au tu, soit au vous: le suspend affectif ou social m'est refusé. Ainsi, par sa structure même, la langue implique une relation fatale d'aliénation. Parler, et à plus forte raison discourir, ce n'est pas communiquer, comme on le répète trop souvent, c'est assujettir: toute la langue est une réaction généralisée⁵. (BARTHES, 1978, p. 11-12).

Dito de outro modo, a língua, como expressão de uma linguagem, “não é nem reacionária, nem progressista; ela é simplesmente: fascista; pois o fascismo não é impedir de dizer, é obrigar a dizer” (BARTHES, 1980, p.13). E, dizer, é antes, classificar. O fascismo da língua está em obrigar a classificar...

Ao julgar a regência generalizada da língua como uma imposição à classificação, apontamos para a caracterização do ato de classificar como um atributo essencial sobre o qual se ergue todo o edifício da linguagem. A classificação seria, então, um elemento sem o qual a linguagem não é possível. Seria um elemento a ela inerente; de alguma forma, seria o seu “natural”.

⁵ [...] vejo-me adstrito a colocar-me primeiramente como sujeito, antes de enunciar a ação que, desde então, será apenas meu atributo: o que faço não é mais do que a consequência e a consecução do que sou; da mesma maneira, sou obrigado a escolher sempre entre o masculino e o feminino, o neutro e o complexo me são proibidos; do mesmo modo, ainda, sou obrigado a marcar minha relação com o outro recorrendo quer ao tu, quer ao *vous*; o suspense afetivo ou social me é recusado. Assim, por sua própria estrutura, a língua implica uma relação fatal de alienação. Falar, e com maior razão discorrer, não é comunicar, como se repete com demasiada frequência, é sujeitar: toda língua é uma [regência] generalizada [tradução nossa].

É precisamente essa a linha de raciocínio que reforça o “[...] mito conceitual de que os psiquiatras estão obrigados a classificar transtornos mentais, porque essa é a maneira pela qual o cérebro ou a linguagem operam” (BERRIOS, 2008, p.115).

Um argumento que, apesar de pertinente, termina por tornar a questão encerrada ao naturalizá-la. Afinal, o natural apenas é. Pois, o que é da ordem do natural não é passível de crítica ou transformação. É tautológico. É dado, objetivo, contínuo.

Está aí o risco de tomarmos a questão da classificação psiquiátrica, como fizeram alguns de seus críticos (DEMAZEUX; SIGNY, 2015) apenas pela sua relação com o furo e a forma da linguagem.

Inclusive, se assim for, se toda a classificação (entre elas a psiquiátrica), for apenas uma tautologia, esse texto que ora começamos a construir seria, no mínimo, despropositado. Não haveria de existir. Bastaria apenas uma breve descrição do fenômeno, tal como ele se apresenta (mais ou menos como a que fizemos até aqui). E então, talvez pudéssemos, com algumas ressalvas, dar essa “dissertação” (mais uma monografia) por encerrada nesta linha.

Mas... algo se impõe. Então, não nos apressemos.

2.2 – DA MANIA À EPIDEMIA DIAGNÓSTICA

A questão é que, apesar de compreender a pertinência do argumento da linguagem para explicar o furor classificatório e sua progressão, suspeito de sua superficialidade.

Afinal, partimos do pressuposto de que, ainda que supostamente orientado pelo biológico, o diagnóstico em si não é da ordem do natural, mas sim uma construção humana. E, desde a origem deste texto, nos é claro que deve haver mais, na epidemia das classificações psiquiátricas (WHITAKER, 2017), do que o referente a um dado natural relativo à estrutura da linguagem. Mais do que algo referente à sua relação de não adequação às coisas e ao seu aspecto fascista como colocado por Barthes (1980).

Afinal, não estamos falando sobre dicionários enclausurados em estantes empoeiradas, ou de listas de nomes e sintomas sem uso nem aplicação. Estamos falando de um sistema de classificação que se tornou um dos principais instrumentos do fazer médico, em especial o psiquiátrico. Um instrumento que, através de um exercício progressivo, por ao menos 350 anos⁶, foi fundamental para a consolidação da instituição de saúde contemporânea.

⁶ Período que marca o nascimento da clínica (FOUCAULT, 2011), e com ela o rigor diagnóstico.

Não estamos dissertando sobre uma língua morta, nem apenas sobre um manual psiquiátrico publicado no século XX. Mas sim, sobre algo vivo que anima a política da vida, a biopolítica⁷, estabelecida ao longo dos últimos séculos. Estamos falando de uma “epidemia diagnóstica”, um mecanismo que vem afetando sujeitos, processos de subjetivação, economias e o social.

A aposta aqui é feita pela observação da relação de poder engendrada no e pelo processo classificatório da psiquiatria. Nela, a “opção” pelo recalque do furo da linguagem, ou podemos dizer aqui, pela ignorância deste elemento, não é sem propósito, nem sem efeitos. Afinal, convém lembrar com Foucault que “a política e economia não são nem coisas que existem, nem erros, nem ilusões, nem ideologias. É algo que não existe e que, porém, está inscrito no real, decorrente de um regime de verdade” (FOUCAULT, 2012, p.45).

Precisamente aí, abre-se caminho para a segunda crítica ao movimento de proliferação dos diagnósticos. Uma crítica na qual

os limites são fronteiras [...] fixadas por sistemas de classificação que são menos instrumentos de conhecimento do que instrumentos de poder subordinados a funções sociais e orientados, mais ou menos abertamente, para a satisfação dos interesses de um grupo. (BOURDIEU, 2007, p.442)

Essa mesma crítica ganha contornos específicos a depender do grupo que a sustenta. Há, por um lado, a crítica dentro da própria psiquiatria e por outro, a dos movimentos sociais.

Acontece que a publicação do DSM-5, em 2013, foi o estopim de uma crise que tem dividido trabalhadores, pesquisadores e usuários de serviços de saúde mental em um amplo debate sobre as normas da clínica.

O manual encarnou a vilania de um debate maior, aquele que se faz sobre a medicalização da vida. Por medicalizar, usualmente compreende-se: interpretar, atuar e tratar, através da lógica médica, fenômenos que não estariam sob o domínio deste campo. Um exemplo de medicalização é transformar comportamentos usuais e sentimentos em sintomas ou em doenças. É assim que tristeza passa a ser “humor deprimido”, ou irritação, desconforto e sensibilidade; antes do período menstrual torna-se “transtorno disfórico pré-menstrual”; ou ainda, que o comer regularmente no meio da noite após ter jantado pode configurar “síndrome do comer noturno”, entre tantos outros.

⁷ Por biopolítica compreendemos: uma “implicação cada vez mais intensa e direta que se estabelece, a partir de certa fase que se pode situar na segunda modernidade, entre as dinâmicas políticas e a vida humana entendida em sua dimensão especificamente biológica” (tradução nossa) (ESPOSITO, 2006, p.7).

O DSM-5 tornou-se depositário de uma série de críticas, como se figurasse tal qual uma espécie de para-raios para qualquer comentário sobre medicalização no campo da saúde mental.

A maior parte dos comentários que circulavam entre os técnicos da saúde mental era relativa à preocupação em torno ampliação de uma prática geradora de rótulos a partir dos diagnósticos psiquiátricos. A leitura preliminar do manual indicava que as regras para o enquadramento na classificação dos casos haviam ficado mais permissivas de maneira a enquadrar mais pessoas neste ou naquele diagnóstico. Mais indivíduos estariam passíveis de sofrer os efeitos de uma nomeação psiquiátrica em sua vida cotidiana pois, mais de nós, agora poderiam ser classificados como doentes mentais.

O que causava terror era a sensação de que as normas que determinavam uma distinção precisa entre o normal e o patológico haviam sido suspensas em favor do último. Era como se o patológico fosse o novo normal.

Mas seria este um movimento tão ruim? Converter o patológico em normal é um artifício conhecido em ao menos um dos campos psi: a psicanálise. Freud realizou algo nesta direção desde a publicação de “Psicopatologia da vida cotidiana” em 1901 (FREUD, 1999b). Ele afirmava que podemos dizer “sem medo de contradição, que nós somos todos doentes, isso quer dizer neuróticos, uma vez que as condições para a formação do sintoma existem igualmente em seres humanos normais” (FREUD, 1999a, p. 123). E assim, se tudo é patológico, o patológico é o normal. Daí que, ao menos para a psicanálise, não interessa tanto as noções de doença e saúde e de normalidade ou anormalidade, mas sim a forma como cada um padece dessa condição que é comum a todos. Nesse caso ao menos, a patologização de tudo reduz o valor da doença e conduz à valorização da subjetividade em si.

2.2.1 - A classificação DSM

Pois bem, transformar o patológico em algo da ordem da normalidade não é então um fato novo. E, no caso dos manuais, este foi um movimento proposital, calculado e aparentemente revestido de “boas intenções” por parte da força tarefa do DSM-5. Tratava-se de mudar o sistema de classificação do modelo axial para o sistema dimensional, em razão dos avanços clínicos encontrados até aquele momento e a aposta em futuros progressos no campo. Mas o que de fato está mudança representaria?

Como vimos, com o auxílio de Borges (2007), existem várias formas de classificar. No caso dos DSMs, pelo menos três modelos de classificação foram implementados desde a primeira edição.

O primeiro deles era uma classificação etiológica. Neste caso, as patologias eram agrupadas em categorias pela hipótese etiológica, ou seja, por causas comuns relativas à origem da doença. Assim, na primeira edição figuravam 102 categorias diagnósticas divididas em dois grandes grupos de transtornos mentais: 1) condições supostamente causadas por disfunção orgânica (associados a problemas somáticos como intoxicação, trauma ou algumas doenças fisiológicas) e 2) condições presumidas como efeitos resultantes de estressores socioambientais na constituição biológica dos indivíduos e na incapacidade dos pacientes em se adaptarem a tais pressões. Esse último grupo era subdividido em psicoses e psiconeuroses, duas categorias que têm etiologias distintas na psicanálise que eram a base da teoria do manual naquela época.

A segunda versão do manual ainda refletia amplamente a tradição psicodinâmica, embora o declínio desta escola de pensamento na psiquiatria americana já estivesse em andamento. Talvez, justamente por isso, havia um certo hibridismo no texto. A classificação por etiologias tinha sido mantida, mas algumas alterações importantes já sugeriam que ela não se sustentaria por muito mais tempo. Foram incorporados mais descritores comportamentais e houve um aumento na especificidade da categorização, apontando para uma nova forma de classificação. Essa mudança podia ser lida na opção pela subdivisão das categorias anteriores em múltiplos transtornos.

Uma mudança propriamente dita ocorreu apenas na terceira edição do manual, na qual adotou-se um novo sistema para classificar as patologias, o multiaxial. Esse padrão baseia-se na noção de eixos para realizar agrupamentos. Neste caso, devido ao fato de que as etiologias eram hipóteses teóricas sem comprovação empírica, os eixos dessa classificação eram definidos pelo agrupamento de padrões sintomatológicos comuns. Esses, sim, passíveis de observação e mensuração. Saía-se de um predomínio da etiologia na classificação para o foco na sintomatologia. De acordo com seus organizadores, para além disto, a adoção desse padrão visava um diagnóstico multifatorial dos pacientes, dada a adoção do princípio de multidimensionalidade da doença mental. Vejamos como funcionava.

O manual trazia 5 eixos básicos para avaliação diagnóstica:

- Eixo I: Transtornos psiquiátricos clínicos, incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado;
- Eixo II: Transtornos de personalidade, transtornos invasivos do desenvolvimento e retardo mental;
- Eixo III: Condições médicas agudas ou doenças físicas;
- Eixo IV: Severidade de estressores psicossociais;

- Eixo V: Nível de função adaptativa no último ano.

Para proceder o diagnóstico, o clínico deveria avaliar os sintomas relativos aos transtornos mentais pelos eixos I e II, avaliar então condições físicas que poderiam se relacionar ao quadro pelo eixo III e, para auxiliar na direção do tratamento, bem como na produção de dados para pesquisas, dimensionar a situação do paciente quanto aos eixos IV e V.

Assim, ter-se-iam diagnósticos grafados da seguinte maneira:

Paciente X

Eixo I	296.23 Depressão maior, episódio único, com melancolia 303.93 Dependência de Álcool, em remissão
Eixo II	301.60 Transtorno de Personalidade Dependente
Eixo III	Cirrose hepática
Eixo IV	Aposentadoria antecipada, mudança de residência, afastamento do ciclo social estabelecido. Severidade: 4 – Moderado
Eixo V	Nível de funcionamento adaptativo no último ano: 3 – Bom

Paciente Y

Eixo I	295.92 Esquizofrenia, tipo não determinado, crônico V62.89 Funcionamento Intelectual Borderline
Eixo II	Sem diagnóstico
Eixo III	Sequelas de encefalite viral
Eixo IV	Morte da mãe. Severidade: 6 – Extremo
Eixo V	Nível de funcionamento adaptativo no último ano: 6 – Muito baixo

Este modelo diagnóstico foi mantido e ampliado na quarta edição do manual. Até que, no princípio do século XXI, uma nova forma de organizar esse instrumento passou a ser gestada.

Há quem diga que o que se promoveu com a mudança operada no DSM-5 foi uma heresia (ADAM, 2013, p.1). Subverteram-se os dogmas das classificações tradicionais pela tentativa de adoção de um modelo dimensional, fluido. A força tarefa responsável dizia visar a criação de um instrumento flexível e adaptável às mudanças previstas para os próximos anos dado o “[...] progresso real e duradouro em áreas como neurociência cognitiva, neuroimagem, epidemiologia e genética” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.5).

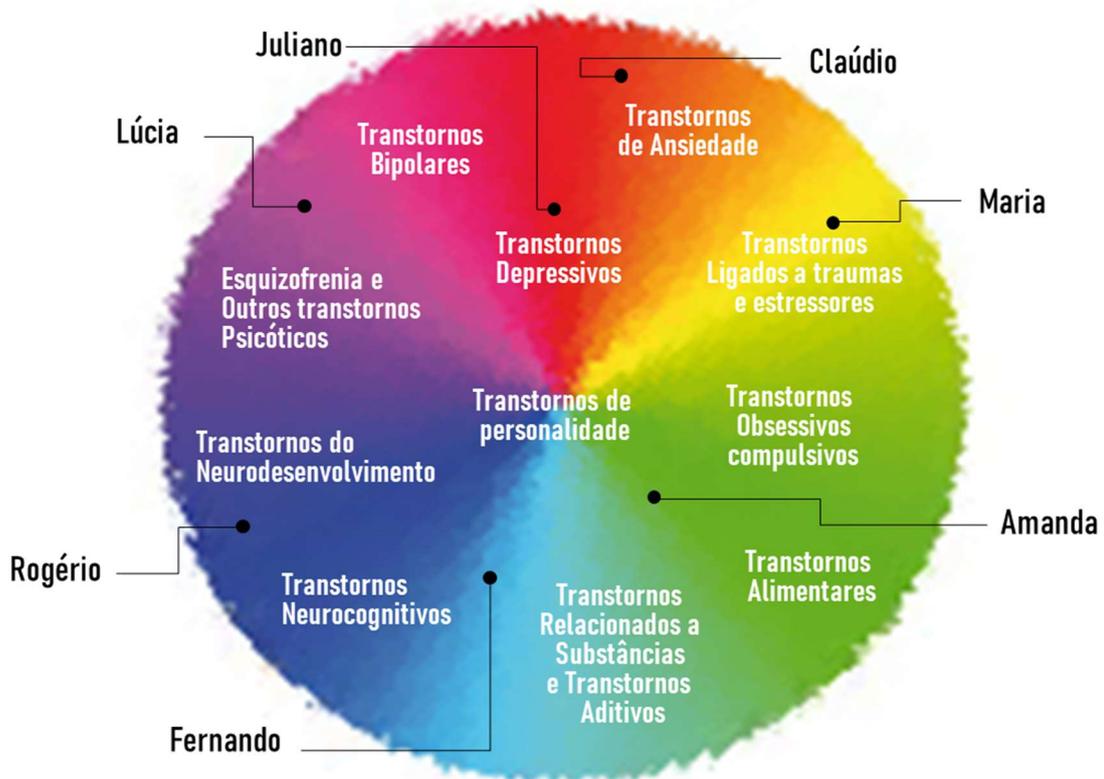
Na introdução do novo texto lê-se o seguinte:

Resultados especulativos não têm lugar em uma nosologia oficial, mas, ao mesmo tempo, o DSM precisa evoluir no contexto de outras iniciativas de

pesquisa clínica na área. Um aspecto importante dessa transição deriva da constatação de que um sistema categórico demasiadamente rígido não captura a experiência clínica nem importantes observações científicas. Os resultados de numerosos estudos sobre comorbidade e transmissão de doenças no âmbito familiar, incluindo estudos com gêmeos e estudos de genética molecular, constituem fortes argumentos para o que diversos clínicos perspicazes já haviam observado: os limites entre várias “categorias” de transtornos são mais fluidos ao longo do curso de vida do que os identificados pelo DSM-IV, e vários sintomas atribuídos a um único transtorno podem ocorrer, em diferentes níveis de gravidade, em vários outros transtornos. Esses achados indicam que o DSM, como outras classificações de doenças médicas, deve buscar maneiras de introduzir abordagens dimensionais a transtornos mentais, incluindo dimensões que perpassem as categorias atuais. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.5)

A abordagem dimensional pressupõe abordar os diagnósticos, não como caixas dentro de eixos temáticos, mas sim como um *continuum* no qual cada diagnóstico pode ser um ponto de singular localização em um espectro. Dito desta forma, parece uma grande abstração. Tomemos então uma figura concreta para melhor ilustrar a proposta:

Figura 1 - Espectro



Fonte: adaptado de Adam (2013)

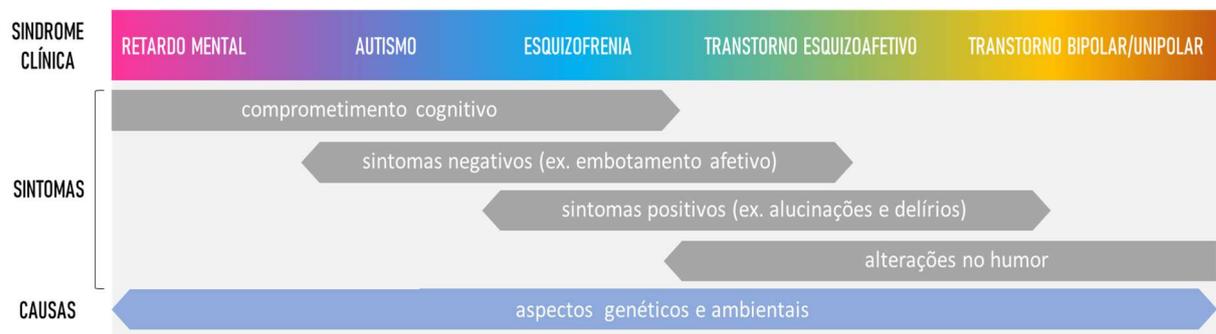
Nesta imagem, fica mais evidente que, diferente dos encaixes em categorias fixas, a proposta dimensional é fluida e proporciona singularidade ao diagnóstico. É quase como se fosse improvável que dois pacientes ocupassem o mesmo ponto nos espectros desta totalidade psiquiátrica.

Todavia, como se trata de uma classificação orientada para fins práticos como: liberação em planos de saúde, políticas públicas, questões trabalhistas, medicação alopática e pesquisas em geral, essa forma não parece ser muito adequada. Afinal, como fazer um programa ou uma pesquisa com populações, se todo caso é único?

Daí que, para atender a dimensão objetiva do fazer psiquiátrico atual, as categorias precisavam ser minimamente mantidas. Apenas desta maneira o manual ainda serviria a seu propósito inicial. Optou-se então por um modelo híbrido, no qual o caráter dimensional é mantido parcialmente pela noção de espectro, enquanto, simultaneamente se introduzem categorias mais ou menos delimitadas que se aproximam em sintomatologia.

Desta maneira, a organização classificatória do DSM-5 termina por funcionar quase que como no quadro a seguir:

Figura 2 - Espectro das doenças mentais no DSM-5



Fonte: adaptado de Adam (2013)

Nota-se que esta é uma proposição que entende que os mesmos sintomas podem aparecer em diferentes categorias diagnósticas, compondo quadros que são semelhantes, mas que manteriam sua especificidade quando tomado o conjunto de uma apresentação sintomatológica.

Pode-se argumentar que isso não muda muito. Mas, de fato, é uma outra compreensão da doença mental que opera aqui. Diferente da perspectiva etiológica que considerava as origens, ou da multiaxial que via as doenças como espécies fixas, o modelo dimensional uniformiza a doença mental sobre a figura de um espectro geral.

Bem, não tão geral, pois conforme dito, precisou render-se à manutenção das categorias. E, nesse caso, o impensável aconteceu: o espectro foi ele mesmo convertido em categoria. Assim, encontram-se, no manual, capítulos como: espectro autista (que reúne autismo,

síndrome de Asperger, transtorno do desenvolvimento global e outros transtornos do espectro autista não especificados), espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (que suspende antigas categorias e também reorganiza esse diagnóstico), entre outros.

O fato é que o modelo dimensional se fundamenta em uma etiologia genética ou ambiental como causa para as doenças mentais. Compreender que a genética é um dos fatores a serem considerados, aponta para uma pluralização infinita de combinações diagnósticas, tantas quantas forem as combinações do DNA. Acrescido o fator ambiental, a classificação por espectro se faz quase imperativa.

Se sustentar a hipótese etiológica de todos os transtornos mentais com base nesses dois pontos é ou não pertinente, este é um tópico a ser debatido em outros espaços. O que vale marcar por ora é que: embora revestida das “melhores intenções”, esta mudança, feita de maneira híbrida com o modelo multiaxial, teve efeitos de catástrofe sobre o campo *psi*.

Ocorre que a “divisão” por espectros não atendia nem ao modelo dimensional propriamente, uma vez que havia uma categorização a ser feita com codificação e, por outro lado, também não excluía “falsos positivos” como o modelo multiaxial puro costumava fazer melhor (HACKING, 2014).

O fato é que até o DSM-IV ou se atendiam os critérios específicos para um diagnóstico, ou não. Havia casos que poderiam ser grafados como transtorno “Sem Outra Especificação”, os SOE. Todavia, a própria concepção do manual desencorajava essa prática, devido a sua fragilidade em termos classificatórios. Ainda assim, nos anos 2000, a quantidade de diagnósticos tipo SOE preocupava a força tarefa que organizava o DSM-5. E eles se esforçaram para resolver a questão.

Entretanto, ao organizar o diagnóstico como dimensional, abriu-se a possibilidade de que todo diagnóstico fosse do tipo SOE. E, de fato, para cada espectro listado na publicação, há no final do capítulo, o item: Outro transtorno “deste espectro” não especificado. Logo abaixo lê-se: este diagnóstico deve ser aplicado quando não é possível encontrar a condição subjacente ou quando “nem todos os critérios são satisfeitos”, ou simplesmente quando falta informação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Assim, sem muito esforço, o manual elevou a “n” potência a possibilidade de qualquer um figurar em “um espectro”.

Como se não bastasse, para quase todos os transtornos categorizados há uma lista de possíveis comorbidades (outras doenças que podem estar associadas ao quadro). Certamente que um mesmo paciente pode satisfazer os critérios para vários diagnósticos. Uma pessoa com hipertensão pode desenvolver diabetes senil, ou alguém com hipotireoidismo pode receber

também um diagnóstico de ovários policísticos. Todavia, no caso dos transtornos mentais, os diagnósticos parecem sobrepor-se num mesmo campo. A doença principal parece subsumida sob outras tantas categorias que podem ser a ela associadas e vice-versa. Vejamos abaixo o que se lê no caso do transtorno bipolar tipo I, por exemplo:

Transtornos mentais comórbidos são comuns, sendo os mais frequentes os transtornos de ansiedade (p. ex., ataques de pânico, transtorno de ansiedade social [fobia social], fobia específica), que ocorrem em cerca de três quartos dos indivíduos. Qualquer transtorno disruptivo, TDAH, transtorno do controle de impulsos ou da conduta (p. ex., transtorno explosivo intermitente, transtorno de oposição desafiante, transtorno da conduta) e qualquer transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno por uso de álcool) ocorrem em mais da metade dos indivíduos com transtorno bipolar tipo I. Adultos com transtorno bipolar tipo I apresentam taxas elevadas de condições médicas comórbidas sérias e/ou não tratadas. Síndrome metabólica e enxaqueca são mais comuns entre pessoas com transtorno bipolar do que na população em geral. Mais da metade das pessoas cujos sintomas satisfazem os critérios de transtorno bipolar tem um transtorno por uso de álcool, e aquelas com os dois transtornos têm grande risco de tentar suicídio. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.132)

Bem, a opção pelo hibridismo definitivamente não foi feliz. Perdeu-se a potência tanto de um quanto de outro método e ampliaram-se as possibilidades de medicalizar o mental.

Os fatores listados até aqui dizem respeito ao modelo classificatório adotado, mas houve outras alterações que também contribuíram na ampliação do número de casos diagnosticados como transtornos. São elas:

- a redução do tempo de apresentação dos sintomas para a formulação de alguns diagnósticos: desta maneira os quadros de depressão, por exemplo, podem ser diagnosticados com a manifestação de sintomas por apenas duas semanas); e
- a criação de novas categorias: um movimento recorrente em todas as edições, nas quais fenômenos contemporâneos são incluídos na lista de doenças para diagnóstico, como o transtorno do jogo pela internet por exemplo;

O fato é que com a publicação da quinta edição a movimentação e discussão em torno do tema adquiriu proporções não encontradas até então. O que teria ocorrido? Hoje, seis anos depois,

gracias a estos debates, disponemos de una serie de respuestas a la pregunta sobre “aquello que salió mal con el DSM-5” (“*What went wrong with the DSM-5*”), también de parte de aquellos que siguen globalmente favorables a la empresa DSM, que de aquellos que se oponen radicalmente. Un acuerdo se vislumbra sobre la ruptura operada por la última edición del manual sin que

haya un acuerdo sobre la naturaleza exacta del franqueamiento de esta ruptura.⁸ (LAURENT, 2017, p.2)

Para surpresa de muitos, parte das discussões feitas logo após a publicação foi conduzida pelos próprios responsáveis por edições anteriores do Manual. Entre as mais comentadas e referenciadas da época estão as de Spitzer, Andreasen e Frances.

Robert Spitzer (2017), o principal arquiteto do projeto DSM III, cinco anos antes da publicação da quinta versão, criticou, em uma carta aberta, os processos burocráticos na construção do manual, tais como: sigilo, organização dos comitês, testes clínicos entre outros. Em 2013, quando a publicação efetivamente se tornou conhecida, as críticas de Spitzer voltaram a ocupar destaque no debate sobre o DSM.

Nancy Andreasen (2013), que integrou o pequeno grupo que dirigiu a construção do DSM III, indicou em uma comunicação em Paris, que a questão cerne estaria no aspecto hegemônico com o qual o Manual foi revestido ao longo do tempo. Para ela, o DSM parecia ter estabelecido um monopólio no campo da psicopatologia. Sua força foi a forma como foi eliminando do “mercado” outras psicopatologias, europeias, latino-americanas, africanas ou orientais que hoje parecem, apenas parecem, inexistentes.

Ironicamente, a própria Nancy estava à frente do manual que inaugurou a psicopatologia DSM atórica como a conhecemos hoje. Ela ainda defende que aquele foi um movimento necessário para afastar elaborações da psicopatologia apoiada na psicologia do ego de origem psicanalítica. Haveria então, para Andreasen, psicopatologias mais apropriadas que outras. Mesmo assim, sua solução para o que ela descreve como um monopólio da classificação seria:

[...] revitalizar el proyecto fenomenológico em la psiquiatría. Ella propone un retorno al sentido. Ella utiliza la fórmula destacada de un “plan Marshall invertido” donde la fenomenología, en el sentido americano del término, o sea una fidelidad a la descripción del síntoma haciéndole un lugar al sentido, debería remediar los estragos causados por el desierto de la lengua del DSM. El proyecto es bello, pero no es seguro que dispongamos de un economista del sentido de tal modo prevenido como lo era el Secretario de estado Marshall sobre la economía, ni que Harvard comparta, esta vez esta opinión, y administre con tanta alegría el regreso del sentido como el plan permitió el regreso del crecimiento en una Europa devastada por su auto-devoración funesta. De todas formas, la referencia a la posguerra tiene el mérito de recordarnos la urgencia de los desafíos de una actitud voluntarista frente al desastre.⁹ (LAURENT, 2017, p.2)

⁸ Graças a esses debates dispomos de uma série de respostas a pergunta sobre “aquilo que deu errado com o DSM-5” (“O que deu errado com o DSM-5”), tanto de parte daqueles que continuam globalmente favoráveis ao empreendimento do DSM, quanto daqueles que se opõem radicalmente. Um acordo se vislumbra sobre a ruptura operada pela última edição do manual sem que haja um acordo sobre a natureza exata do franqueamento dessa ruptura. (Tradução nossa)

⁹ Revitalizar o projeto fenomenológico na psiquiatria. Ela propõe um retorno ao sentido. Ela utiliza a fórmula destacada de um “plano Marshall invertido” no qual a fenomenologia no sentido americano do

Allen Frances, outro antigo integrante da “força tarefa” DSM, desta vez um dos responsáveis pela elaboração do DSM IV, publicou “Saving normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life”¹⁰ (2013), ainda em maio de 2013, mesmo mês e ano de lançamento da quinta edição do manual.

No livro, a crítica segue um tanto deslocada da funcionalidade e composição do Manual para uma denúncia do papel da *Big Pharma* na clínica psiquiátrica atual. De fato, Frances parece não ver problema algum na essência da empreitada DSM, inclusive comenta que “without Robert Spitzer, psychiatry might have become increasingly irrelevant, drifting back to its prewar obscurity. It is rare that one man saves a profession, but psychiatry badly needed saving, and Bob was a rare man”¹¹ (FRANCES, 2013, p.48).

Apesar de questionar a forma de diagnóstico atual, ou seja, os limites na definição do que é normal e do que figura como doença, seu foco é mais específico. Frances relembra que

Neurasthenia, hysteria, and multiple personality disorder were three late-nineteenth-century fads all started by charismatic neurologists (Beard and Charcot) to explain the puzzlingly, nonspecific presentations of many of their patients. Why three epidemics all at once? And why all three started by neurologists? This is a cautionary (and currently very relevant) tale of how the brilliance of neuroscience findings can sometimes give undeserved authority to half-cocked clinical ideas. The conditions then were similar to conditions now: there was a revolution in understanding how the brain works. The neuron had just been discovered, and scientists (including Freud) were busy tracing the paths of its complex web of synaptic connections.¹² (FRANCES, 2013, p.121)

termo, ou seja, a fidelidade à descrição do sintoma, tornando-o um lugar para o sentido, deve remediar os estragos causados pelo deserto da linguagem do DSM. O projeto é belo, mas não é certo que tenhamos um economista do sentido tão advertido quanto o Secretário de Estado Marshall estava sobre a economia, nem que Harvard compartilhe, dessa opinião desta vez, e administre com tanta alegria o retorno do sentido como o plano permitiu o retorno do crescimento em uma Europa devastada por sua autodevoração funesta. De toda forma, a referência ao pós-guerra tem o mérito de lembrar-nos da urgência dos desafios de uma atitude voluntarista diante do desastre. (Tradução nossa)

¹⁰ Salvando o normal: revolta de um *insider* contra a falta de controle do diagnóstico psiquiátrico, o DSM-5, a indústria farmacêutica e a medicalização de nossa vida cotidiana. (Tradução nossa)

¹¹ Sem Robert Spitzer, a psiquiatria poderia ter se tornado cada vez mais irrelevante, voltando à deriva de sua obscuridade pré-guerra. É raro que um homem salve uma profissão, mas a psiquiatria necessitava desesperadamente de uma salvação, e Bob era um homem raro. (Tradução nossa)

¹² Neurastenia, histeria e transtorno de personalidade múltipla foram três modas do final do século XIX, todas iniciadas por neurologistas carismáticos (Beard e Charcot) para explicar as apresentações confusas e inespecíficas de muitos de seus pacientes. Por que três epidemias de uma só vez? E por que todos os três começaram por neurologistas? Este é um conto preventivo (e atualmente muito relevante) sobre como o brilho das descobertas da neurociência pode, às vezes, dar autoridade não merecida a ideias clínicas mal-acabadas. As condições então eram semelhantes às condições atuais: houve uma revolução na compreensão de como o cérebro funciona. O neurônio acabara de ser descoberto e os cientistas (inclusive Freud) estavam ocupados traçando os caminhos de sua complexa teia de conexões sinápticas. (Tradução nossa)

A anedota indica o caminho para pensar sua crítica ao modelo atual. Para ele, tal como o experimentado no final do século XIX, estaríamos montando e promovendo falsas epidemias, não mais guiadas pelo avanço da neurociência, mas pelos progressos da psicofarmacologia e sua captura pelo econômico e social. A inflação não só das categorias diagnósticas, mas também no número de casos diagnosticados seria, em parte, justificada por esses avanços. Ele menciona que a

evidence of diagnostic inflation is everywhere. There have been four explosive epidemics of mental disorder in the past fifteen years. Childhood bipolar disorder increased by a miraculous fortyfold; autism by a whopping twentyfold; attention deficit/hyperactivity has tripled; and adult bipolar disorder doubled. Whenever rates skyrocket, some portion of the rise represents previously missed true cases—people who really need the diagnosis and the treatment that follows from it. But more accurate diagnosis can't explain why so many people, especially kids, suddenly seem to be getting so sick.¹³ (FRANCES, 2013, p.174)

Nesse ponto, o psiquiatra aponta para “habilidade” da indústria farmacêutica nos campos do marketing e do lobby. Afirma que seus avanços são acompanhados ou movidos por uma necessidade menos nobre que o cuidado com a saúde, a saber: o capital. Frances apresenta então, a *Big Pharma*, como se ela fora a própria encarnação do grande burguês, o grande mal, em uma argumentação que beira uma “una espécie de marxismo mecanicista” (LAURENT, 2017, p.3). Diz:

Sixty billion dollars a year will go a long way to sell products and buy politicians. In recent decades, the drug companies have efficiently hijacked the medical enterprise by exerting undue influence on the decisions made by doctors, patients, scientists, journals, professional associations, consumer advocacy groups, pharmacists, insurance companies, politicians, bureaucrats, and administrators.¹⁴ (FRANCES, 2013, p.158)

2.2.2 - A epidemia

¹³ evidência de inflação diagnóstica está em toda parte. Houve quatro epidemias explosivas de transtornos mentais nos últimos quinze anos. O transtorno bipolar na infância aumentou milagrosamente em 40 vezes; autismo em extraordinárias vinte vezes; déficit de atenção/hiperatividade triplicou; e o transtorno bipolar do adulto duplicou. Sempre que as taxas disparam, uma parte do aumento representa casos verdadeiros anteriormente não observados - pessoas que realmente precisam do diagnóstico e do tratamento que dele decorre. Mas diagnósticos mais precisos não explicam por que tantas pessoas, especialmente crianças, parecem estar ficando doentes de repente. (Tradução nossa)

¹⁴ Sessenta bilhões de dólares por ano irão percorrer um longo caminho para vender produtos e comprar políticos. Nas últimas décadas, as empresas farmacêuticas sequestraram eficientemente o negócio médico, exercendo influência indevida nas decisões tomadas por médicos, pacientes, cientistas, jornais, associações profissionais, grupos de defesa do consumidor, farmacêuticos, seguradoras, políticos, burocratas e administradores. (Tradução nossa)

O panorama descrito por Frances parece grosseiro e, para usar de alguma ironia, até paranoico. Especialmente se disposto de maneira vaga, como por vezes aparece nos discursos de alguns movimentos em crítica ao Manual. Todavia, quando tomados os números da produção e do comércio de apenas um dos medicamentos que está diretamente associado ao tratamento de uma das três epidemias citadas: o TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; o argumento parece ganhar certa sustentação. Afinal, hoje,

o metilfenidato, conhecido no Brasil como Ritalina, é o estimulante mais consumido no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados. Sua vinculação ao diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido fator predominante de justificativa para tal crescimento (Itaborahy, 2009; Caliman, 2006; Lima, 2005; Dupanloup, 2004). [...] A fabricação mundial declarada de metilfenidato passou de 2,8 toneladas, em 1990, para 19,1 toneladas em 1999, o que representa um aumento de mais de 580%. Este aumento é devido ao uso do metilfenidato para o tratamento de TDAH, divulgado mais amplamente na década de 1990. No ano 2000, esta produção caiu para 16 toneladas. Mesmo com queda em alguns anos, a tendência foi de crescimento, chegando a 33,4 toneladas em 2004, 28,8 toneladas em 2005, e quase 38 toneladas produzidas em 2006. Destas 38 toneladas, 34,6 foram produzidas pelos EUA, que são não somente os maiores fabricantes, mas também os maiores consumidores. A maior parte do que os EUA produzem é para uso interno. O consumo nos EUA vem crescendo a cada ano, e hoje representa 82,2% de todo metilfenidato consumido no mundo. (ORTEGA, *et al.*, 2010, p. 499)

Big Pharma ou não, o fato é que o discurso de Frances (2013) e os dados apresentados não nos são estranhos. Frequentemente lemos e escutamos o argumento de que o progressivo aumento no número de verbetes e páginas das edições dos manuais é prova o bastante da tendência à patologização contida nessa política classificatória (GARCIA, *et al.*, 2007; IZAGUIRRE, 2011; RODRIGUES, 2003).

Tendência, também citada por muitos como índice de subordinação ao sistema de produção de mercadorias, engendrado pelo capitalismo contemporâneo. Afinal, parece que “[...] a via neoliberal do capitalismo já traz pronta uma solução eficaz para o sistema, alienando e patologizando o desviante. [Articula,] de pronto, a saída lucrativa à química salvadora que dociliza os corpos e mentes mediante ao uso orquestrado dos fármacos” (AMARANTE, PITTA, OLIVEIRA, 2018, p.7).

Vamos um pouco além...

Afinal, se tomarmos as coisas como se apresentam, poderíamos mesmo dizer que hoje, seguindo a lógica do mercado, os transtornos também podem ser consumidos como um *cluster* que inclui entre outros produtos, um nome “para chamar de seu”, a medicação psicotrópica, o tratamento psiquiátrico, a terapia psicológica, a simpatia social e as dispensas especiais de

trabalho ou estudo (para a citar apenas os elementos mais diretos). Ou seja, vende-se um nome e vários outros produtos agregados.

Em geral, esse argumento da patologização e da medicalização da existência como derivado de uma submissão à lógica capitalista é, também, o que serve de bandeira para movimentos que por vezes se apresentam como resposta ao rompimento declarado pelo DSM-III. Movimentos que insistem em demarcar o DSM como uma prática psiquiátrica cega submetida ao capital, em oposição a uma dita clínica ética, que seria aquela da prática psicanalítica, psicológica ou ainda, a da dita psiquiatria esclarecida.

São movimentos internacionais como o Stop DSM (2017), contra a produção e aplicação do manual, ou o Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística (2013), iniciado em Barcelona, que encontra ressonância no brasileiro: Manifesto de São João del-Rei: em prol da psicopatologia clínica.

Os nomes desses movimentos são, no mínimo, sugestivos.

Stop DSM é um clamor posto no “modo imperativo afirmativo”, um tempo verbal que, que ao menos em português, não pode ser usado na primeira pessoa do singular. Nessa conjugação, “Eu” estou impedido, gramaticalmente, de ser sujeito da afirmação “parar o DSM”. “Eu” não paro o DSM, “Eu” nem estou na sentença. E se estou é apenas como aquele que a veicula como um pedido, ou como uma ordem (se é que posso fazê-lo), para que ele pare. Dito de outra maneira, escolhe-se para nomear o movimento, um tempo verbal que parece retirar o sujeito da ação de uma possível posição de agente.

Os dois outros movimentos carregam no nome o termo “psicopatologia clínica”, como sendo algo oposto ao DSM. Todavia, clínica é justamente a palavra que os manuais reivindicam para si. Nesta quinta edição, os termos clínica, clínico e seus respectivos plurais somam um total de 1355 menções no instrumento, ou seja, são quase duas aparições por página textual. Sim, o DSM se apresenta como um manual para clínicos. Em sua introdução, lê-se que aquele é um

guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais. Trata-se de **uma ferramenta para clínicos**, um recurso essencial para a formação de estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área. Embora esta edição tenha sido elaborada, acima de tudo, como um guia para a **prática clínica**, tratando-se de uma nomenclatura oficial, o Manual deve funcionar em uma ampla gama de contextos. O DSM tem sido utilizado por **clínicos** e pesquisadores de diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, familiar/sistêmica) que buscam uma linguagem comum para comunicar as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes. As informações aqui resumidas são úteis para todos os profissionais ligados aos diversos aspectos

dos cuidados com a saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, especialistas das áreas forense e legal, terapeutas ocupacionais e de reabilitação e outros profissionais da área da saúde. Os critérios são concisos e claros, e sua intenção é facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos **clínicos** – internação, ambulatório, hospital-dia, consultoria (interconsulta), **clínica**, consultório particular e atenção primária –, bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais. O DSM-5 também é um instrumento para a coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre as taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais. Por fim, os critérios e o texto correspondente servem como livro-texto para estudantes que precisam de uma forma estruturada para compreender e diagnosticar transtornos mentais, bem como para profissionais experientes que encontram transtornos raros pela primeira vez. Felizmente, todos esses usos são compatíveis entre si. (Grifos nossos) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. XII)

Como poderia, tanto os DSM quanto sua dita oposição, reivindicarem para si o mesmo objeto: a clínica? Seria uma apropriação indébita ou de fato há algo que sustente esse posicionamento de grupos supostamente antagônicos no pleito por um mesmo objeto? Bem, antes de nos apressarmos em uma resposta a estas questões, talvez caiba um outro questionamento. Cabe nos perguntarmos, tal como Miller (2011): o que é a clínica? Sim, pois há de se considerar que

ela se faz classicamente à cabeceira do paciente e é essencialmente uma arte de classificar os fenômenos a partir de sinais e de índices previamente repertoriados. É um exercício de ordenação, de classificação e de objetivação – uma clínica é como um herbário. Assim, essas coletâneas que aparecem periodicamente sob o acrônimo DSM, façamos-lhes justiça, são indiscutivelmente uma clínica. Respondem a seu conceito, apresentam uma lista de sinais e de índices. Ela é, sem dúvida, um pouco mais fraca quanto à classificação. Podemos censurar nessa clínica sua dispersão, sua fragmentação, mas parece-me que o espírito da clínica anima a empreitada. Deixo de bom grado o termo clínica para os DSM. (MILLER, 2011, p.77)

O que Miller (2011) faz aqui é nos convidar a deslocarmo-nos do lugar da queixa inicial. Talvez o objeto de tantas críticas não deveria ser o manual, mas sim, a clínica em si...

Considerando a tese de Foucault em “o nascimento da clínica” (2011), é possível afirmar que a origem da clínica data o final do século XVIII. Seu nascimento se dá pela invenção de um olhar puro (FOUCAULT, 2011), condicionado e conduzido por uma série de operações das quais esta seria apenas um reflexo, um espelho. Um olhar que “concidentemente” nasce no mesmo período em que se consolidava o sistema capitalista.

Sim, certamente ainda é possível evocar a etimologia da palavra clínica e dizer que esta provém do grego *klinus* ou *linikós* que significa leito ou cama. Falar, então, que o termo clínica seria relativo a *inclin*-se sobre o leito, e por extensão *estar ao leito* acompanhando os

encaminhamentos da doença, registrando e interpretando os sinais significativos do corpo do paciente.

Ainda assim, isso não reduziria a implicação de que, na clínica, esse inclinar-se não é livre, e sim orientado para a aplicação de um determinado olhar que supõe duas operações básicas: procedimentos de classificação (agrupamento por tipos e classes) e de ordenamento (inferência de regras que persistem quando determinados sinais se manifestam).

Para se entender como funciona o método clínico, tomemos o exemplo seguinte. Suponha que um paciente procure um médico queixando-se de constante fadiga. Ele não tem ainda uma doença, isto será determinado pelo médico que o assiste. Este interroga seu cliente e, dentre os vários sintomas obtidos durante a entrevista, suponha que selecionou os seguintes como significativos: fadiga constante, emagrecimento progressivo, polidipsia, poliúria. Com este conjunto de sintomas, o clínico reconhece o padrão de um possível diabetes. Para confirmar, ele necessita de algo que possa ser mensurado, quantificado, e que esteja em estreita correlação com a manifestação da doença. Assim, ele pede a dosagem da glicose sanguínea do seu paciente e confirma o diabetes por um valor da glicemia significativamente acima do normal esperado. A experiência médica também ensina como esta doença progredirá e os malefícios que serão produzidos (prognóstico); então, o médico conclui seu diagnóstico propondo ao paciente a interrupção deste curso fatídico por meio de uma medicação específica (o tratamento) e medidas auxiliares. O diagnóstico médico, portanto, inclui em si o prognóstico (curso e resultado da doença) e se apoia em um ou mais sinais quantitativos confirmatórios. Este é o modelo médico ortodoxo. (CÂMARA, 2007, p.309)

Se o “clínico reconhece um padrão” é porque há uma documentação prévia de casos similares, agrupados por categorias e transmitidos pelo escrito e pelo ensino. Pode-se inferir então que o ato clínico se sustenta por códigos identificados e aprendidos tal como uma linguagem. Sim,

podemos comparar o funcionamento articulado destas operações com a construção e apropriação de uma espécie de linguagem. De um lado isolamos uma semântica, contendo o significado dos signos, traços, sintomas e quadros, segundo uma certa proximidade genealógica. Simultaneamente é preciso estabelecer uma gramática, contendo as regras de composição e transformação das figuras patológicas, segundo uma ordem que permite antecipação e previsibilidade. A base desta gramática se divide entre os aspectos morfológicos, fornecidos pela anatomia e os aspectos fisiológicos, fornecidos pela físico-química da matéria viva. Entende-se assim porque a raiz do projeto clínico moderno reside no estabelecimento de uma semiologia, isto é, uma classificação e organização dos signos, índices, sintomas e traços que devem se apresentar como diferenças significativas ao olhar clínico. (DUNKER, 2001, p.60)

As sutilezas dessa língua e a restrição de seu ensino e uso a apenas iniciados ajudou a fundar e consolidar o poder médico. Entretanto, se antes a “língua” era vedada para leigos, hoje, ela está impressa nos manuais vendidos em quaisquer livrarias, ou mesmo em arquivos digitais

livremente partilhados na Internet. Uma abertura que propiciou o fenômeno de “consultas ao Dr. Google”, no qual uma plataforma de busca de dados *online* ganhou o status de médico clínico.

É conhecida a anedota do médico italiano que, alguns anos atrás, já estava cansado de receber, em seu consultório, pacientes que haviam consultado seus sintomas previamente na internet para a obtenção de um diagnóstico. E que, após muita consideração, pendurou em sua porta um aviso que dizia: “aqueles que já se consultaram no Google e buscam uma segunda opinião, favor procurar o Yahoo”.

Seja como for, mesmo com o livre acesso ao léxico médico e seus ordenamentos, ainda falamos de clínica. Uma clínica pulverizada no social, mas ainda assim, uma clínica. Pois, seja na disposição das informações no Google, ou na formatação dos manuais do tipo DSM e similares, parece mesmo que ainda é o espírito da clínica que anima essas empreitadas. É por isso que qualquer crítica ou movimento que coloque a psicopatologia clínica como o direto antônimo do DSM e outras iniciativas classificatórias do tipo, poderia ser considerado, no mínimo, incongruente.

Para escapar a equívocos deste tipo, haveríamos então de direcionar nosso olhar ao objeto primeiro, ao objeto original, aquele que inaugura a lógica replicada nesses instrumentos diagnósticos: a clínica em si. O convite a esse deslocamento parece ainda mais pertinente se considerarmos o fato de que a clínica, por vezes comparada a um “herbário” ou “dicionário”, parece ter encontrado um jeito de sobreviver a sistemas teóricos que são postos e depostos, mecanismos técnicos que abriram o acesso à informação, e outras transformações, instalando a imutabilidade do patológico e, com ela, a perenidade da Instituição Saúde.

3 O NASCIMENTO DA CLÍNICA

“O não-saber deixou de ser perigoso e o perigo radica no próprio saber”.
(FOUCAULT, 2011, p.179)

Voltemos então a questão preliminar: o que é a clínica?

Aproximamo-nos, ainda há pouco, de uma resposta através de uma citação de Miller (2011). Entretanto, é hora de cernir melhor esse objeto que parece escorregar por entre os dedos a cada tentativa de definição. O que seria a clínica de fato?

Iniciamos essa dissertação discutindo certa epidemia de classificação de patologias, mais especificamente, de psicopatologias. Pois bem, por que então essa não seria uma dissertação sobre classificação psicopatológica? A resposta é simples. Porquê, como afirma Canguilhem, “em matéria de patologia, a primeira palavra, historicamente falando, e a última palavra, logicamente falando, cabem à clínica” (2009, p.90).

Isto quer dizer que a clínica inaugura o saber sobre a patologia e a psicopatologia, através de seus ramos: a semiologia (estudo dos signos, no caso específico dos sinais e sintomas), a propedêutica (conjunto de técnicas utilizadas para o levantamento de sintomas que orientaria o diagnóstico) e da etiologia (estudo das causas ou origens). Por outro lado, dada a lógica pela qual ela se realiza, a clínica também guarda a última palavra sobre a patologia, através de dois outros campos que lhe são próprios: a diagnóstica (avaliação e classificação através da nosologia) e da prognóstica (predição do curso das patologias).

A clínica é, pois, um “universo de instrumentos técnicos” (MACHEREY, 2009, p.151) que detém a primeira e a última palavra sobre as patologias. Daí que, para dissertar sobre a epidemia de classificação psicopatológica, faz-se necessário antes dissertar sobre a própria clínica.

A etimologia da palavra, entretanto, guarda muito mais poesia que o amontoado de ramificações descrito anteriormente. Como já dito, aqui e ali, clinicar, em sua origem, refere-se a inclinar-se, debruçar-se sobre o leito. “Clínica, de acuerdo con la etimología, es un lugar donde hay camas, del griego *kliné* ‘cama’, que a su vez deriva del verbo *klinéin* ‘inclinarse’. Ambos terminos provienen de la raíz indoeuropea *kli-*, cuyo sentido es ‘inclinarse’”¹⁵ (SOCA, 2013, p.161).

¹⁵ Uma clínica, de acordo com a etimologia, é um lugar onde há leitos, do grego *kliné* “cama”, que por sua vez deriva do verbo *klinéin* “curvar”. Ambos os termos vêm da raiz indo-europeia *kli-*, cujo significado é “curvar-se”. (Tradução nossa)

Então, o clínico seria aquele que se curva sobre o leito de um paciente. A expressão aponta para um misto de cuidado e reverência. Sim, a origem do termo guarda consigo a aura de zelo e beneficência que recobre a prática em saúde. Um certo brilho que permanece até os dias atuais e recobre com um invólucro estético de beleza, as propriedades desse ato médico. É exatamente assim que a face bela da clínica termina por ofuscar suas demais dimensões, em especial, as perigosas relações entre saber, poder e capital que lhe são inerentes. Daí que, ora ou outra, vamos verificando que

não houve “psicanálise” do conhecimento médico, nem ruptura mais ao menos espontânea dos investimentos imaginários; não foi a medicina “positiva” que fez uma escolha “objetiva” apoiada finalmente na própria objetividade conhecer. [Entretanto,] o vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de se ter rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das imaginações. (FOUCAULT, 2011, p. VIII)

Já é tempo de abandonar as amarras imaginárias e aprofundar o que concerne este objeto. Tentaremos, nestas linhas, afastar um pouco as fantasias acerca da clínica e do saber médico, histerizando e historizando seu discurso, de maneira a livrar-nos do aspecto tautológico que parece envolver esse instrumento e abrir possibilidades para a crítica da forma e da função pela qual ele se estabeleceu na contemporaneidade.

3.1 – AS MEDICINAS

Os problemas em dar contornos históricos à clínica, são agravados pela maneira inespecífica com que esta é tratada nos livros de história do saber e da prática médica. Há muita discussão sobre o histórico da medicina, e menos construção sobre a história de seus campos ou instrumentos. Talvez, porque o esforço esteja em remeter o marco inicial a uma época de beleza e erudição, na qual o conhecimento era uno e não compartimentado, como o que se passou a experimentar na contemporaneidade com o advento do positivismo.

Fala-se da prática e do conhecimento médico como algo presente desde “os primórdios da civilização”. Todavia, é possível dizer que a construção do objeto desse conhecimento variou significativamente ao longo da história. A cada variação, modificou-se todo o fazer a ele associado, bem como o discurso que o circundava, suas ramificações e seus usos.

No princípio, as questões que inaugurariam a práxis médica eram formuladas face à perplexidade diante de certas funções comuns ao organismo: cicatrização, reprodução e morte, entre outras. Neste caso, as respostas possíveis às perguntas suscitadas por tais fenômenos eram as mesmas encontradas pela humanidade para tantas outras questões realizadas nesse período.

Trava-se de uma explicação pelo sobrenatural. Esse era o tempo de uma “medicina” mágica e ritualística. Sacerdotes, xamãs, curandeiros, pajés eram os que conheciam a linguagem divina capaz de manter ou promover alterações de todo o tipo, inclusive em funções do corpo vivo (LOPES, 1969).

Para alguns (talvez exatamente aqueles tocados pela aura beleza que envolve a saúde), este cenário só seria mudado na antiguidade clássica, quando uma outra forma de conceber os fenômenos orgânicos seria instaurada.

É bem conhecida, por exemplo, a atribuição de paternidade da medicina a Hipócrates. Ele teria sido aquele que iniciou a organização e a racionalização do saber e da prática médica. A notoriedade deste “primeiro médico” é devida, em parte, às referências feitas por seus contemporâneos, Platão e Aristóteles e à edição, no século IV a.C., do *Corpus hippocraticum*. Uma obra a ele atribuída, que se constitui em uma espécie de compêndio sobre “teorias e técnicas” acerca da saúde e da doença naquela época. Os escritos mais significativos deste tratado,

[...] os que constituem o centro fundamental da coleção, foram compostos entre 420 e 350 a.C, etapa que podemos considerar definitiva na formação da doutrina hipocrática. Talvez haja no *Corpus hippocraticum* algum escrito um pouco anterior a estas datas, e também alguns notadamente posteriores [...]. Mas o fundamental e a maior parte dos textos recolhidos no amplo *Corpus hippocraticum* é produto da investigação e do ensinamento de alguns escritores que compuseram suas obras nos decênios finais do séc. V a.C. e nos primeiros do séc. IV a.C. Ou seja, de médicos contemporâneos a Hipócrates, senão do próprio Hipócrates e de seus discípulos mais próximos, da geração imediata. (GUAL *et al.*, 1983, p.10)

A coletividade na autoria desse compêndio é tida por alguns como motivo para descreditar a paternidade de Hipócrates à medicina (BEIER, 2010). Como se o nascimento desse campo não fosse obra de um só homem, mas sim de vários. Entretanto, a questão sobre as origens de uma medicina não mágica jaz mais profunda que uma simples concorrência pela autoria de uma obra em particular. O fato é que: muito antes da edição dos tratados hipocráticos, já há indícios claros de uma outra forma de medicina, mais racional, organizada, não ritual ou sobrenatural.

O *Código de Hamurabi*, por exemplo, uma coleção de 282 leis instituídas pelo sexto rei da dinastia Hamurabi da Babilônia, no século XVIII a.C. (mais de 1200 anos antes dos daquela publicação), instituída uma primeira normatização da atuação médica a partir da fixação de honorários. No *Código*, o exercício da medicina, descrito em 10 artigos, aparece, não como um sacerdócio ou algo de cunho sobrenatural, mas como um serviço a ser pago, pareado a outros ofícios como construtores, tutores, veterinários, entre outros.

206. Se durante uma briga um homem ferir outro, então o primeiro deve jurar que "Eu não o feri de propósito" e pagar o médico para aquele a quem machucou. [...]
215. Se um médico fizer uma grande incisão com uma faca de operações e curar o paciente, ou se ele abrir um tumor (em cima do olho) com uma faca de operações, e salvar o olho, o médico deverá receber 10 shekels em dinheiro.
216. Se o paciente for um homem livre, ele receberá cinco shekels.
217. Se ele for o escravo de alguém, seu proprietário deve dar ao médico 2 shekels.
218. Se um médico fizer uma larga incisão com uma faca de operações e matar o paciente, ou abrir um tumor com uma faca de operações e cortar o olho, suas mãos deverão ser cortadas.
219. Se um médico fizer uma larga incisão no escravo de um homem livre, e matá-lo, ele deverá substituir o escravo por outro.
220. Se ele tiver aberto o tumor com uma faca de operações e ter tirado o olho (do tumor) ele deverá ser pago a metade do valor contratado.
221. Se um médico curar um osso quebrado ou uma parte maleável do corpo humano, o paciente deverá pagar ao médico cinco shekels em dinheiro.
222. Se ele for um homem libertado, ele deverá pagar três shekels.
223. Se ele for um escravo, seu dono deverá pagar ao médico dois shekels.
(BOUZON, 1980, P.91)

Essa normatização através da monetarização da atividade médica no *Código de Hamurabi* é um sinal de como a sociedade, até então estabelecida na antiga Babilônia, se relacionava com a medicina. Ainda que a modalidade mágica, baseada na relação com o sobrenatural, pudesse ser praticada nesse contexto, é certo que a prática já era vista como um serviço na pólis. E, mais do que isso, era de fato um serviço regulamentado.

Séculos mais tarde, cerca de mil anos depois, no século VIII a.C., encontram-se outros importantes registros de uma medicina mais organizada e não mágica. Tratam-se de dois poemas épicos de Homero: a *Ilíada* e *Odisseia*.

Publicados cerca de 300 anos antes dos tratados de Hipócrates, em passagens específicas, os poemas apontam para aspectos relativos ao status do saber médico: sua especificidade, valor e transmissão. Sendo que todos esses fatores aparecem relativamente dissociados de uma relação com o sobrenatural.

Em a *Ilíada* [...] os dois filhos de Asclépio, Podalírio e Macáon, estão à frente dos guerreiros de Ecália. No segundo canto do poema, há uma referência às atribuições curativas dos dois personagens:

“(Havia) também os da Ecália, a cidade de Êurito ecálio, lideravam-nos os dois filhos de Asclépio, dois bons médicos, Podalirio e Macáon. Foram alinhadas por eles trinta côncavas naus” (*IL II*, 730-4).

Esses "curadores", os médicos da *Ilíada*, gozam de um prestígio superior ao dos guerreiros. No canto décimo primeiro lê-se a axiomática sentença proclamada pelo sábio Nestor:

“vale por muitos um homem que é médico, (que sabe) extrair flechas e aplicar medicamentos lenitivos nas feridas” (*U XI*, 514-5).

Na *Odisséia*, o médico não vale menos. Na *Telemaquia*, lê-se como complemento à explicação dos conhecimentos farmacológicos de Helena um comentário acerca do Egito, que muito esclarece sobre o prestígio do médico: “(no Egito) médico é cada um que sabe sobre todos os homens, pois descendem de Peon” (*Od.* IV,231-2). (CAIRUS, 2005, p.30)

Independentemente do caráter ficcional ou não dos fatos narrados nestes poemas, as passagens acima constituem documento do pensamento grego naquele período. O médico ali já aparece como um homem com saber técnico sobre todos os homens.

Muito mais poderia ser dito sobre a história da medicina no ocidente (CAIRUS, 2005) de maneira a dar indícios da forma como essa foi estabelecida como um serviço baseado em um saber técnico bem antes de Hipócrates, entretanto é preciso avançar.

O importante é marcar que muito antes da organização do *Corpus hippocraticum*, a medicina ocidental já estava se constituindo como um saber técnico, *tekne iatrike* ou *ars medica*, afastando-se progressivamente do trato com o sobrenatural. Um movimento que se consolida a partir do desenvolvimento do conhecimento da natureza: pela chamada *physiologia* (ENTRALGO, 1987). Algo que foi se fazendo possível pela

[...] multiforme riqueza da medicina empírico-mágica dos antigos gregos, sua total carência de dogmatismo e a expressa convicção de que algo divino na realidade do mundo e das coisas (*ananke*) põe limites a toda e possível ação mágica. Em síntese, o que pressupôs a façanha hipocrática foi a denominada *ananke physeos*, que nada mais é que a necessidade da natureza. Para atuar segundo a arte, o médico precisava saber o que é a enfermidade, quem é o enfermo como enfermo, quem é o homem e qual é o tratamento a ser empregado. (BEIER, 2010, p.249)

Aí está, precisamente, o valor do tratado hipocrático. Na obra, através da exposição minuciosa da semiologia, etiologia, prognóstico e terapêutica, é possível ter clareza sobre os lugares de médico, enfermo e doença naquela época. Essa tríade estava submetida a racionalidade da *physis*, ou seja, da natureza, e era por ela organizada.

A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões, e não causas. O que está em equilíbrio no homem, e cuja perturbação causa a doença, são quatro humores, cuja fluidez é precisamente capaz de suportar variações e oscilações, e cujas qualidades são agrupadas duas a duas, segundo seu contraste (quente, frio, úmido, seco). A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo desenvolve uma doença para se curar. A terapêutica deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hedônicas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural (*vis medicatrix naturae*). Imitar é não somente copiar uma aparência, é reproduzir uma tendência, prolongar um movimento íntimo. (CANGUILHEM, 2009, p.13)

Desta forma, fica estabelecido aquilo que concerne o enfermo, ou seja, um organismo natural e total, mas em desequilíbrio. E, ainda assim, um ser de responsabilidade que deve “combat the disease along with the physician”¹⁶ (HIPPOCRATES, 2018a, p.6). Marca-se o lugar do médico como um “the servant of the art”¹⁷ (HIPPOCRATES, 2018a, p.5), aquele que deve avaliar o desajuste e atuar pelo natural, para orientar o organismo ao reestabelecimento do equilíbrio perdido. Por fim, delinea-se aquilo que se entende por doença, a saber: um desequilíbrio no organismo.

É importante destacar e aprofundar, aqui, a definição da doença para essa medicina. Afinal, o que “a medicina grega [...] oferece à nossa consideração, nos escritos e práticas hipocráticos, é uma concepção não mais ontológica, e sim dinâmica da doença, não mais localizante, e sim totalizante” (CANGUILHEM, 2009, p.12). A doença não é uma parte externa, não é um agente, nem tão pouco um outro ser, alheio ao paciente. Ela é tão somente um estado. Dito de outro modo, a doença é um estado de desequilíbrio e não uma entidade. Ela não faz parte do corpo humano, ela é o próprio organismo integrado ao meio natural, mas em um estado de equilíbrio alterado.

Daí que, para o médico da antiguidade clássica, é importante escutar o ser por completo e avaliar o meio ambiente em que ele vive. Ouvir do enfermo o que lhe acontece, mas também conhecer a natureza circundante. Comenta Hipócrates (ou um dos muitos autores do *Corpus hippocraticum*):

with regard to diseases, the circumstances from which we form a judgment of them are,- by attending to the general nature of all, and the peculiar nature of each individual,- to the disease, the patient, and the applications,- to the person who applies them, as that makes a difference for better or for worse,- to the whole constitution of the season, and particularly to the state of the heavens, and the nature of each country;- to the patient's habits, regimen, and pursuits;- to his conversation, manners, taciturnity, thoughts, sleep, or absence of sleep, and sometimes his dreams, what and when they occur;- to his picking and scratching;- to his tears;- to the alvine discharges, urine, sputa, and vomitings; and to the changes of diseases from the one into the other;- to the deposits, whether of a deadly or critical character;- to the sweat, coldness, rigor, cough, sneezing, hiccup, respiration, eructation, flatulence, whether passed silently or with a noise;- to hemorrhages and hemorrhoids;- from these, and their consequences, we must form our judgment. (HIPPOCRATES, 2018a, p. 24)¹⁸

¹⁶ combater a doença ao lado do médico. (Tradução nossa)

¹⁷ um servo da arte. (Tradução nossa)

¹⁸ no que diz respeito às doenças, as circunstâncias a partir das quais formamos um juízo sobre elas são – atentando para a natureza geral de tudo e à natureza peculiar de cada indivíduo - à doença, ao paciente e às aplicações, à pessoa que os aplica, pois isso faz a diferença para o bem ou para o mal - para toda a constituição da época e, particularmente, para o estado dos céus e a natureza de cada país - para os hábitos, regime e - para a conversa dele, modos, taciturnidade, pensamentos, sono, ou ausência de sono, e às vezes os sonhos dele, o conteúdo e quando eles acontecem; - a forma como cutuca-se ou coça-se -

Como visto, então, a medicina hipocrática se estabelece como uma arte sustentada por um tripé: doente, doença e médico. Um tripé que não jaz solto no espaço, mas está edificado sobre as bases da Natureza.

Isto, entretanto, não impede os hipocráticos de categorizar quadros particularmente comuns e descrevê-los de maneira a orientar a prática e a formação de novos artífices. Há, no livro “Epidemias”, um dos textos que compõe *Corpus hippocraticum*, uma passagem particularmente específica acerca do valor dessa categorização e sua escrita. Nela, lê-se:

I look upon it as being a great part of the art to be able to judge properly of that which has been written. For he that knows and makes a proper use of these things, would appear to me not likely to commit any great mistake in the art. He ought to learn accurately the constitution of every one of the **seasons** (grifo nosso), and of the diseases; whatever that is common in each constitution and disease is good, and whatever is bad; whatever disease will be protracted and end in death, and whatever will be protracted and end in recovery; which disease of an acute nature will end in death, and which in recovery. From these it is easy to know the order of the critical days, and prognosticate from them accordingly. And to a person who is skilled in these things, it is easy to know to whom, when, and how aliment ought to be administered¹⁹. (HIPPOCRATES, 2018a, p.7)

Vê-se que já há aí uma ocupação com a escrita classificatória. Todavia, ao observar os casos dispostos ao longo desse mesmo texto, nota-se que não figuram quaisquer nomes de doenças. A categorização dos casos é por mero agrupamento. São apresentados pelo nome dos doentes seguidos de uma narrativa sobre o curso da enfermidade. Os casos são agrupados em listas pela época de ocorrência e similaridade dos sintomas apresentados. Classificados sim, de alguma forma. Porém, “a doença” não é materializada e feita existir por um nome em particular.

Abaixo podemos acompanhar um exemplo:

Case i. In Thasus, a woman, of a melancholic turn of mind, from some accidental cause of sorrow, while still going about, became affected with loss of sleep, aversion to food, and had thirst and nausea. She lived near the Pylates, upon the Plain. On the first, at the commencement of night, frights,

às lágrimas dele - às descargas do seu ventre, urina, catarro e vômitos; e às transformações das doenças de um estado para o outro - aos depósitos, tanto os de caráter mortal ou os críticos - ao suor, frieza, rigor, tosse, espirro, soluço, respiração, eructação, flatulência, se soltos silenciosamente ou com um barulho; - a hemorragias e hemorroidas; - destes, e suas conseqüências, é que devemos formar nosso julgamento. (Tradução nossa)

¹⁹ Eu vejo isso como sendo uma grande parte da arte, que se seja capaz de julgar apropriadamente aquilo que foi escrito. Pois aquele que conhece e faz um uso adequado dessas coisas, parece-me que não cometeria nenhum grande erro na arte. Ele deve aprender com precisão a constituição de cada uma das **estações** (grifo nosso), e das doenças; tudo o que for comum em cada constituição e doença e for bom, e tudo o que for ruim; quando uma doença será demorada e terminará em morte, e quando será prolongada e terminará em recuperação; quais doenças de natureza aguda terminarão em morte, e quais em recuperação. A partir daí, é fácil saber a ordem dos dias críticos, e prognosticar a partir deles. E para uma pessoa que é habilitada nessas coisas, é fácil saber a quem, quando, e como o alimento deve ser administrado. (Tradução nossa)

much talking, despondency, slight fever; in the morning, frequent spasms, and when they ceased, she was incoherent and talked obscurely; pains frequent, great and continued. On the second, in the same state; had no sleep; fever more acute. On the third, the spasms left her; but coma, and disposition to sleep, and again awaked, started up, and could not contain herself; much incoherence; acute fever; on that night a copious sweat all over; apyrexia, slept, quite collected; had a crisis. About the third day, the urine black, thin, substances floating in it generally round, did not fall to the bottom; about the crisis a copious menstruation.²⁰ (HIPPOCRATES, 2018a, p.13)

Mesmo em livros com aporte mais específicos sobre enfermidades, como *Sobre as doenças das mulheres* (HIPPOCRATES, 2018b) por exemplo, o que se lê é uma compilação de sintomas, possíveis etiologias e o curso da patologia. A não materialidade da doença, mas o valor da natureza e a igualdade dos pés que sustentam o tripé da arte: doente, doença e médico é o que se faz notar ao longo das muitas páginas do *Corpus*.

Pois bem, essa concepção e significação dos três elementos que constituem a arte referida por Hipócrates (2018a) permaneceu usual por muitos anos. De fato, ela foi a interpretação corrente (ao lado da religiosa) por cerca de mil anos, até ser radicalmente modificada com o advento da contemporaneidade. Compreender essa mudança na história da medicina é esclarecer o porquê se escolheu estabelecer do século XVIII como o tempo do nascimento da clínica.

3.2 – AS CONDIÇÕES PARA O NASCIMENTO DA CLÍNICA

Canguilhem já dizia: “o passado de uma ciência atual não se confunde com essa mesma ciência no seu passado” (CANGUILHEM, 1977, p.15). Isto quer dizer que se deve buscar reconhecer a ciência em seu tempo, situando a ciência do passado no passado, algo congruente ao que tentamos fazer até aqui.

²⁰ Caso i. Em Thasus, uma mulher, com uma virada no modo de pensar para a melancolia, por alguma causa acidental de tristeza que ainda estava em atividade, foi afetada com perda do sono, aversão à comida, e teve sede e náusea. Ela morava perto dos Pilatos, sobre a planície. No primeiro (dia), no início da noite, temores, muita conversa, desânimo, febre ligeira; de manhã, espasmos frequentes, e quando cessaram, ela era incoerente e falava obscuramente; dores frequentes, grandes e contínuas. No segundo (dia), no mesmo estado, não dormiu, febre mais aguda. No terceiro (dia), os espasmos a deixaram; seguidos de coma e disposição para dormir, e novamente acordou, começaram os espasmos e não pode se conter; muita incoerência na fala; febre aguda; naquela noite, copioso suor; apirexia, dormiu, bastante calma; teve uma crise. Por volta do terceiro dia, a urina estava negra, fina, com substâncias flutuantes geralmente arredondadas que não caía para o fundo; em torno da crise, uma menstruação abundante. (Tradução nossa)

A intenção é tomar a ciência com parte produtora e, simultaneamente, como produto de uma rede de relações ainda maior: uma episteme. E, nesse caso, há de se considerar que haverá tanto continuidades quanto rupturas que são realizadas por movimentos internos e/ou influências externas ao próprio campo.

No caso da arte médica ocidental, pode-se observar certa continuidade na práxis, apesar das grandes transformações sociais, religiosas, filosóficas e econômicas ocorridas desde o século VI a.C. até o final da idade moderna. A ruptura deste modelo foi sem dúvidas uma operação retardada. Tardaram mais de 2000 anos para que uma quebra real pudesse ser lida através das publicações de então. É assim que, hoje, tal como o prontuário de uma intervenção cirúrgica, os textos do final do século do XVIII e início do século XIX testemunham, de forma clara, que as ideias de um equilíbrio hipocrático ou mesmo de uma medicina humanista (também baseada numa casuística) haviam sido rompidas.

O rompimento foi feito possível através da invenção da doença como uma entidade em si mesma. Uma criação que se deu inicialmente como um constructo lógico formal para, a posteriori, ganhar substância e materialidade objetiva. A doença passou então a possuir um corpo próprio visível ao olhar médico. Ironicamente, ou não, esse movimento começou pela classificação sistemática.

O século XVIII viu nascer a Nosologia. O termo, listado pela primeira vez em 1755 no dicionário médico de Robert James, referia-se então à: “Nosology; that is, an explanation of Diseases”²¹ (2019, s/p). Todavia, a palavra em sua etimologia sugere menos uma explicação (que seria afim à casuística de até então, como se fora uma narrativa) e mais um tratado, discurso ou racionalização sobre as doenças. Afinal, a palavra nosologia congrega os termos gregos: *nósos* correspondente à doença e *logia* referente à estudo, discurso, tratado, razão. Talvez seja justamente pelas raízes etimológicas, e não pelo sentido corrente da época, que Sauvages tenha tomado o termo para inaugurar o que hoje conhecemos como a ciência da classificação das doenças.

Bem, novamente estamos a falar de inícios, e então aqui cabe uma outra ressalva: não é que antes de Sauvages não houvesse um certo agrupamento de doenças por nomes tal como visto no próprio dicionário de James (2019). Até, Kant nos idos de 1764, em seu “ensaio sobre as doenças da cabeça”, dizia, sem qualquer traço de sarcasmo, que não via “nada melhor [a fazer] do que imitar o método dos médicos, que acreditam terem sido muito úteis aos doentes quando dão um nome à sua doença” (KANT, 2010, p.218).

²¹ Nosologia; que é, uma explicação das Doenças. (Tradução nossa)

O fato é que os médicos humanistas foram prodigiosos em estabelecer similaridades sintomáticas entre quadros de distintos pacientes e, por conseguinte, nomear de maneira particular as afecções das quais sofriam. Uma prova disto, nos lembra Hess e Mendelsohn (2013), é que aquele que decidir seguir as referências de Sauvages, será invariavelmente conduzido à Pieter van Foreest (1521-1597), um médico da cidade de Delft, conhecido como o Hipócrates holandês. Van Foreest é responsável por reunir, até o final do século XVI, uma vasta coleção de observações acerca de enfermidades descritas por antigos médicos. E, hoje, basta uma curta leitura para inteirar-se que em seus textos estão contidas referências à maioria dos autores que Sauvages cita em sua *Nosologia*.

Van Foreest, ou Sydenham (1511-1568) antes dele, o Hipócrates inglês, ou ainda Amato (1624-1689) e outros tantos estudiosos da medicina na época do renascimento foram capazes de conduzir o conhecimento tradicional hipocrático até o limite. Algo que realizaram através da observação de casos, do ensino e do registro das patologias de maneira catalográfica tal como se escrevessem dicionários. Todavia, Sauvages, “diese Beziehung zwischen allgemeiner Darstellung und kasuistischer Beobachtung erneut um und definierte zugleich das ‘gelehrte Wissen’ als eine Generalisierung der empirischen Beobachtung”²² (HESS; MENDELSON, 2013, p.72).

Vejamos exatamente o que isso significa.

François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1767), foi um médico/botânico francês (uma estranha combinação atualmente, entretanto o estudo da botânica fazia parte dos currículos de cursos de medicina da época). Formou-se na Universidade de Montpellier para subsequentemente tornar-se professor daquela escola. Seu interesse e estudos em botânica o conduziram a uma longa troca de correspondências com Carl von Linné (1707-1778), ou Carlos Lineu como se diz em português, um botânico sueco, celebrado na história como o criador da taxonomia moderna. Em uma dessas cartas, Lineu escreve ao colega que pensa que “os sintomas são, em relação às doenças, aquilo que as folhas e os suportes (*fulcra*) são em relação às plantas” (LINNÉ *apud* FOUCAULT, 2005, p. 191).

Não demorou muito para que o próprio Sauvages advogasse que o método taxonômico poderia ser estendido para classificação das enfermidades. Dizia, parafraseando Sydenham:

Estou convencido de que a razão pela qual ainda não temos uma história exata das doenças está em que a maioria dos autores consideraram-nas até aqui apenas como efeitos ocultos e confusos de uma natureza mal disposta e

²² reinterpreto essa relação entre representação geral e observação casuística e, ao mesmo tempo, definiu ‘conhecimento aprendido’ como uma generalização da observação empírica. (Tradução nossa)

deposta de sua condição, e acreditaram perder tempo se se divertissem descrevendo-as. No entanto, o Ser Supremo não se submeteu a leis menos certas ao produzir as doenças, ou ao amadurecer os humores morbíficos, do que ao criar as plantas ou as doenças. (SAUVAGES, *apud* FOUCAULT, 2005, p. 211)

Em 1763, publicou então *Nosologia Methodica*. Nesta obra, propunha-se a classificar as doenças através das normas de taxonomia utilizadas na botânica. O sistema de classificação proposto chegou a listar 10 grandes classes de doenças, subdivididas em 295 gêneros e cerca de 2400 espécies.

Sim, de fato,

Boissier de Sauvages broke with earlier physicians' humanistic ordering of [...]. Classification arose through an incomplete break with, and intensified practice of, a past library-based way of ordering the described world. A new empiricism of generalizations (species) arose out of an older one of particulars (observationes). This happened through the rewriting--not the replacement--of the canon of disease knowledge since antiquity and its reordering on the printed page²³. (HESS; MENDELSON, 2013, p.71)

Nota-se então que a reorganização promovida pelo médico/botânico inaugura o privilégio da generalização, sobre os particulares. Trata-se de uma inversão no olhar. É que, ao invés de se tomar os casos um a um e o agrupá-los por similaridade, faz-se o inverso. Toma-se a doença e a ela se ligam os casos encontrados. Trata-se de uma reescrita que privilegia a doença em sua generalização ao invés dos casos em suas particularidades.

Um homem que sofria de uma pleurisia, apresentava-se como um homem que tossia, cuspiu sangue, respirava com dificuldade, tinha o pulso rápido e a temperatura do corpo alta. Todas estas impressões reunidas formavam uma doença, a pleurisia. E se alguém perguntasse o que era uma pleurisia, a resposta seria simples: era o concurso destes sintomas. Estava fechada, assim, a configuração da doença. A doença não estava mais no espaço concreto do corpo, tomava agora um novo corpo, o classificatório. O olhar clínico da medicina classificatória reduzia o ser da doença a um nome e vice-versa. (FERREIRA, 2007, p.72)

A mudança aqui estava limitada a um constructo teórico. A doença passava de uma mera abstração para ganhar corporeidade com a nomeação dentro da taxonomia. Essa conferência de um status ontológico à doença através de um nome, é uma aparente sutileza, mas terá imenso impacto na história da medicina contemporânea. Isto porque, agora, não se trata de uma nomeação de qualquer tipo.

²³ Boissier de Sauvages rompeu com o ordenamento humanista de doenças dos médicos anteriores [...]. A classificação surgiu por meio de uma ruptura incompleta, e da prática intensificada de um modo passado, baseado em um modelo catalográfico, de ordenar o mundo já descrito. Um novo empirismo de generalizações (espécies) surgiu de um mais antigo, o dos particulares (observações). Isso aconteceu através da reescrita - não da substituição - do conhecimento do cânone da doença desde a antiguidade e sua reordenação na página impressa. (Tradução nossa)

Esta é a primeira vez que a doença aparece nomeada tal como um espécime. Algo que pode se supor existência de maneira alheia ao doente. Vive-se e morre-se, mas a verdade da doença e seu nome permanecem reaparecendo em outros tantos casos de forma igual ou similar. A doença é então um ser perene separado do humano. Ao usar a taxonomia, Sauvages, acidentalmente ou não, por meio de uma metáfora desenhada pelo método, abre as portas para uma mudança radical no estatuto da doença: converte-a em um ser.

Restava então um problema.

Para se conhecer a verdade da doença, seu gênero puro, haveriam de ser afastadas as particularidades, ou seja, os múltiplos efeitos das diferenças qualitativas de apresentação da doença, neste ou naquele paciente. Tal como coloca Foucault, nesta época, “aquele que deseja conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares” (FOUCAULT, 2011, p.14).

Esse era o pensamento corrente. Zimmermann, outro importante médico e naturalista da época, chega mesmo a postular em seu *Traite de l'experience* que: “o autor da natureza fixou o curso da maioria das doenças por leis imutáveis que logo se descobrem, se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente” (FOUCAULT, 2011, p. 14).

Essa breve afirmação sintetiza os dois pontos fundamentais que permitirão o nascimento da clínica, a saber: a mudança de posição do doente, de agente participe na terapêutica, para um veículo através do qual a verdade da doença se manifesta; e a imutabilidade da doença, que traz consigo a possibilidade de descoberta e ensino de suas leis pelo médico. Dada a dimensão e abrangência neste dito, examinemo-lo ponto a ponto.

3.2.1 – Do doente à doença

Neste primeiro tópico, peço-lhes licença para subverter a história factual, fazer uso de um exemplo anacrônico.

Em 2004, estreava em uma emissora de televisão dos Estados Unidos, uma série de ficção sobre um médico que dirigia um departamento de medicina diagnóstica em um hospital universitário: House. A cada episódio, Gregory House e sua equipe se debruçavam sobre um caso de urgência e difícil diagnóstico. Para efeitos de narrativa, os sintomas eram, por muitas vezes, exagerados, seja em reação ou no tempo de curso da doença. E, além destes fatos, que para muitos podem gerar discussão sobre a relevância dos conteúdos apresentados, há ainda toda a controvérsia que acompanha práticas antiéticas do clínico. Entretanto, se evocamos

House é por sua aparente afinidade com os médicos do século XVIII, no que tange à localização da verdade na patologia e não no doente.

“People lie”²⁴, é uma afirmação repetida pelo médico continuamente a cada capítulo. Sim, para ele as pessoas mentem, na maioria das vezes de maneira voluntária e, quando não é este o caso, fazem-no involuntariamente. A verdade está na doença. A busca de House é a busca pela verdade diagnóstica e ela não poderia estar com os pacientes, “os mentirosos”. Por essa razão, ele não precisa nem deve visitá-los, falar com eles, escutar suas queixas. Decide pela surdez em relação às impressões do paciente. O médico direciona sua escuta e seu olhar à manifestação de sinais e sintomas que carregam consigo traços da verdade buscada, analisando os exames colhidos, seu curso e comparando-os as doenças que conhece.

House é uma caricatura, com claras referências ao mestre da dedução Sherlock Holmes (cujo sobrenome também é uma espécie de sinônimo para “casas” no inglês britânico). Entretanto, a série centra-se em um exagero bem específico. Trata-se da hipérbole de uma prática fundamental ao nascimento da clínica: supressão da variável “particularidades do doente”.

o que a medicina classificatória chama “histórias particulares” são os efeitos de multiplicação provocados pelas variações qualitativas (devidas aos temperamentos) das qualidades essenciais que caracterizam as doenças. O indivíduo doente se encontra no ponto em que aparece o resultado dessa multiplicação. (FOUCAULT, 2011, p. 14)

Daí que seu destino não poderia ser outro que não a supressão.

Se antes a doença era entendida como uma mera construção teórica sobre uma alteração na natureza do corpo humano, a verdade estava, então, do lado daquilo que tinha substância: corpo do doente. Era ao paciente que o médico dirigia a escuta e o olhar, pois ele guardava a verdade sobre a alteração que ocorria consigo.

Porém, ao ganhar uma existência própria, isoladamente do corpo humano, a doença capturou o olhar do médico e ganhou privilégio na “escuta” clínica. O olho especializado do clínico tem um outro objeto para focar. Um objeto que guarda uma verdade natural e imutável. A existência da doença como um ser é o que permitirá ao médico prescindir quase que integralmente do paciente. Este, então, resta como um veículo, um espaço no qual se manifesta a doença.

Deste modo, na clínica devem ser encontradas as

[...] doenças cujo portador é indiferente: o que está presente é a doença no corpo que lhe é próprio, que não é o do doente, mas o de sua verdade. São as “diferentes doenças que servem de texto”: o doente é apenas aquilo através de

²⁴ As pessoas mentem. (Tradução nossa)

que o texto é apresentado à leitura e, às vezes, complicado e confuso. [...] Na clínica, onde se trata apenas de *exemplo*, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou. (FOUCAULT, 2011, p.66)

É assim que, no século XVIII, à cabeceira da cama, a figura do médico passa a contestar as manifestações singulares da doença. Passa a duvidar das palavras e sensações do paciente que, decerto, era incapaz de interpretá-las ou talvez, por intenção qualquer, pudesse até mascará-las. O campo empírico da arte médica é então dominado por um racionalismo teórico que, posteriormente, viria integrar de maneira bem peculiar a nova ciência positivista a surgir.

Seja como for, o fato é que

da tríade hipocrática, a doença se sobressaiu. Com isso, foi ela quem passou a falar; o médico queria apenas ver, escutar, saber sobre a doença. Ela, que havia sido considerada, sob a medicina antiga, uma abstração intelectual do homem, ganhou corpo, transformou-se e se destacou. O médico passou a crer que a verdade sobre o paciente era a doença que ele via e tocava, ou nomeava. (FERREIRA, 2008, p.31)

Decerto, é possível que neste momento seja formulada uma contestação: ora, mas o trato com os pacientes é humanizado hoje, não? Você fala de House, mas por que não citar uma outra produção audiovisual, desta vez baseada em fatos reais, Patch Adams por exemplo?

Aqui, cabe então um lembrete. A humanização e o humor de Adams seguem mais ligados à terapêutica do que a clínica em si. Apesar de alguns autores, Canguilhem (2009) por exemplo, apontarem que ambas são inseparáveis, elas não são a mesma coisa. Enquanto a terapêutica é o próprio cuidado e tratamento, processos que estiveram e estão intrinsecamente relacionados com o foco no paciente, a clínica como já dito refere-se aos domínios da semiologia, etiologia, diagnóstica e prognóstica. A clínica concede a direção do tratamento, mas o ato de tratar pertence à terapêutica.

Assim, o que permite que uma série como House seja possível e crível no século XXI é que diferentemente das condutas terapêuticas que variaram com os anos, com a filosofia e os sistemas de conhecimento associados: psicologia, sociologia, a farmacologia, as tecnologias médicas entre outros, a clínica manteve-se inerte em seu princípio.

Naquilo que tange os posicionamentos do paciente e da doença, encontramos a clínica elevada ao zênite na própria realidade dos manuais diagnósticos e também, nas novas formas de coleta de dados, nas práticas diagnósticas, prognósticas e de direção no tratamento, baseadas

por exemplo, no uso de programas de inteligência artificial, como o Watson (software ironicamente nomeado tal como o médico colega de Holmes) da IBM²⁵.

Esta “acidental” evidência de invariabilidade na posição da doença e do doente na clínica contemporânea pode nos conduzir a crer no segundo ponto da afirmação de Zimmerman. Vejamos como...

3.2.2 – As leis imutáveis que logo se descobrem e suas consequências

São notórias, nos textos do século XVIII que ensaiaram estabelecer uma história para a clínica, as narrativas quase míticas a descreverem como uma presença sempiterna. Em muitos deles ela aparece, inclusive, como mais antiga que a própria medicina.

É na clínica, se dizia, que a medicina havia encontrado sua possibilidade de origem. Na aurora da Humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia. Esta relação era de instinto e de sensibilidade, mais do que de experiência; era estabelecida pelo indivíduo para consigo mesmo antes de ser tomada em uma rede social “A sensibilidade do doente lhe ensina que tal ou qual posição o alivia ou o atormenta”. É esta relação, estabelecida sem a mediação do saber, que é constatada pelo homem são; e esta observação não constitui uma opção por um conhecimento futuro; nem mesmo é tomada de consciência; realiza-se imediata e cegamente: “Uma voz secreta nos diz: contemple a natureza”; multiplicada por si mesma, transmitida de uns aos outros, ela se torna uma forma geral de consciência de que cada indivíduo é ao mesmo tempo sujeito e objeto: “Todo mundo, indistintamente, praticava esta medicina... as experiências que cada um fazia eram comunicadas a outras pessoas... e estes conhecimentos passavam de pai para filho...” Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina. E a decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição deste saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculos ou limites, entre Olhar e Palavra; o que já se soube só era, a partir de então, comunicado aos outros e transferido para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber. (FOUCAULT, 2011, p.60)

²⁵ Um sistema de [...] algoritmos sofisticados [...] treinados por meio de dados de assistência médica [que auxiliam] os médicos com sugestões de diagnóstico e tratamento de doenças. O sistema IBM Watson é pioneiro nesse campo [...] e fez progressos promissores em oncologia. Por exemplo, em uma pesquisa de câncer, 99% das recomendações de tratamento do Watson são coerentes com as decisões dos médicos. [...] O sistema começou a causar impacto nas práticas clínicas reais. Por exemplo, analisando dados genéticos, Watson identificou com sucesso a rara leucemia secundária causada por síndromes mielodisplásicas no Japão (tradução nossa) (JIANG *et al.*, 2017, p. 239). O Watson é alimentado pelos resultados de exames, publicações científicas e demais material clínico disponível na rede internacional de computadores. E, é uma plataforma pronta para atualização autônoma, ou seja, a cada instante que um novo dado surge na Rede ele é catalogado e somado ao banco de dados que auxilia as “decisões” do software.

No geral, é como se a partir de Hipócrates a clínica tivesse sido abduzida da experiência livre e persistente que sempre gozou no cotidiano espécie humana. Esse afastamento deliberado devia-se à teorização filosófica que a restringia através da documentação e transmissão por escritos inacessíveis ao indivíduo comum.

Para além disto, questionava-se a validade desta produção de conhecimento que, para os médicos do século XVIII, tinha contornos de uma abstração cega. Afinal, era um saber que não “olhava” para a doença em si, terminando por privilegiar construções metafísicas que se alteravam de tempos em tempos, ao sabor e humor dos filósofos. A medicina deste tempo era, para eles, “infectada” pela inexatidão das construções humanas. Julgavam que a ordem das coisas teria permanecido a mesma, não fosse o reconhecimento da patologia como uma entidade própria, regida por leis naturais. Logo, através da classificação taxonômica, essa clínica mítica estaria supostamente liberta mais uma vez.

Este era o conto narrado no século XVIII, e que ecoa até os dias atuais. Era como se

[...] o leito dos doentes tivesse sido sempre um lugar de experiência constante e estável, em oposição as teorias e sistemas que teriam estado em permanente mudança e mascarado, sob sua especulação, a pureza da evidencia clínica. O teórico teria sido o elemento de permanente modificação, o ponto a partir de que se desdobram todas as variações históricas do saber médico, o lugar dos conflitos e dos desaparecimentos; e neste elemento teórico que o saber médico marcaria sua frágil relatividade. A clínica, pelo contrário, teria sido o elemento de sua acumulação positiva: e o constante olhar sobre o doente, a atenção milenar no entanto nova a cada instante, que teria permitido a medicina não desaparecer inteiramente com cada uma de suas especulações, mas conservar, tomar pouco a pouco a figura de uma verdade que seria definitiva sem ser por isso acabada, desenvolver-se, em suma, sob os episódios ruidosos de sua história, em uma historicidade continua. No invariante da clínica, a medicina teria ligado a verdade e o tempo. (FOUCAULT, 2011, p. 59)

O momento de emergência desse tipo de narrativa, que confere a clínica um caráter sempiterno, não é um mero acaso.

A recente organização das patologias pela taxonomia havia lhes garantido um caráter natural e, através dele, uma aura de imutabilidade. Afinal, somente o que não muda (ao menos não muda ao longo de eras) poderia ser classificado como uma espécie. Sim, decerto restam as particularidades dos casos que podem, inclusive, colorir os quadros com diferenças de indivíduo a indivíduo, seja por variações geográficas ou temporais. Mas, como já visto antes, essas particularidades serão afastadas em nome da generalização que aproxima a patologia de sua lei geral, uma lei que não varia, e que certamente não iria variar com o tempo.

Trata-se da lei que rege as causas, as sintomatologias, o curso da enfermidade e as relações de causa e efeito. Elementos que não se modificariam no “caso a caso” e que por isso permitiriam nomear uma doença e localizá-la como uma espécie atemporal. Este vem a ser,

então, mais um dos efeitos da aplicação da taxionomia às doenças: a adoção do princípio de imutabilidade das leis gerais das patologias.

Pois bem, se a patologia é imutável, então a clínica também o poderia ser. O caráter perene e uniforme da patologia é precisamente o que a faria assim. Afinal, a clínica envolve a descrição, classificação, registro e transmissão de algo que sempre existiu e sempre existirá, algo que não mudou e nem mudará; algo que permanece invariável em sua essência. Logo, haveria de se considerar que a clínica em si também não teria mudado, e nem sequer teria “nascido”. É como se ela sempre tivesse existido em par com a doença, ampliando e condensando saber sobre a patologia que sempre esteve lá.

Imóvel, mas sempre próxima das coisas, a clínica dá a medicina seu verdadeiro movimento histórico; ela apaga os sistemas [filosóficos], enquanto a experiência que os desmente, acumula sua verdade. Assim, se trama uma continuidade fecunda que assegura à patologia “a uniformidade ininterrupta desta **ciência** (grifo nosso) nos diferentes séculos”. Contra os sistemas, que pertenciam ao tempo negativo, a clínica é o tempo positivo do saber. Não se deve, portanto, inventá-la, mas descobri-la: já estava presente nas primeiras formas da medicina constituindo toda sua plenitude; basta, portanto, negar o que a nega, destruir o que nada significa em relação a ela, isto é, “o prestígio” dos sistemas, e deixa-la finalmente “gozar de todos os seus direitos”. A medicina estará, então, ao mesmo nível que sua verdade. (FOUCAULT, 2011, p.60)

Este é o golpe discursivo que estende o estatuto de verdade da patologia à clínica e dela, à medicina.

Sim, a clínica surgiria não como uma ciência (FOUCAULT, 2011). De fato, ela “não é uma ciência e jamais o será” (CANGUILHEM, 2009, p.90). A clínica é, antes, um instrumento. E, aqui, pela primeira vez, ela surge como um instrumento político. Daí que não é tanto que exista uma política da clínica, mas sim, que a clínica é, em si, uma política. Ela se faz o instrumento político que recobre a arte médica com um semblante de verdade. Um semblante que possibilita que a medicina construa um *locus* próprio de saber. Algo que irá permiti-la separar-se dos demais campos e especializar-se.

Se dizemos semblante é porque estamos advertidos desde a saída deste texto quanto à variação do patológico, tão discutida no primeiro trecho desta dissertação. Se a patologia, em especial a mental, pode ser classificada e reclassificada, ou ter parâmetros alterados de acordo com novos achados ou mesmo com mutações, a doença não poderia ser necessariamente regida por leis imutáveis, nem guardaria um aspecto ontológico em si. De fato, por vezes o patológico aparece mais como um constructo teórico de seu tempo que como um fato natural. Nesse caso, por atribuição, poderíamos dizer que, se a doença varia, a clínica não é uma ciência exata, mas sim um saber relativo, devendo variar com ele. Daí, essa perspectiva terminaria, então, por

esvaziar a medicina do poder concedido pela aura de verdade que esta antiga articulação pôde proporcionar.

Entretanto, apesar de advertidos, volta e meia nos encontramos confiando no mito do caráter sempiterno da clínica, ainda sustentado nos efeitos taxionômicos que aparelharam o patológico como um ser. E não somos os únicos. Afinal, essa é a crença que valeu e ainda vale, à medicina, sua liberação enquanto um campo próprio. Um campo inaugurado sobre a fundação deste instrumento “capaz” de fazer ver a verdade sobre a doença. Sim, é assim que a clínica se configura como um instrumento político para a medicina, através de um golpe discursivo que lhe faz parecer sempiterna, pareada à patologia cuja verdade ela supostamente existe para revelar.

Afastado dos demais sistemas teóricos correntes, o campo médico passa então a ser delineado. E, algumas medidas se fazem necessárias para isso. Era preciso definir quem seriam os guardiões da verdade revelada pela clínica? Quais seriam suas credenciais? A serviço de quem ou do que estariam? Passa-se a questionar a necessidade de proteção e liberação do exercício da prática clínica. Seriam elas feitas pelo Estado? Indaga-se sobre as formas de coleta de dados, a autonomia das faculdades para criação de currículos e abertura de cursos de medicina, bem como as disciplinas que deveriam compor a formação médica e, mais especificamente, sobre como se daria o ensino da clínica em si.

Diferente do que os discursos de então sugeriam, não se trata aqui de um retorno ao liberal, mas antes, do estabelecimento de um campo de rigoroso controle fundado na noção de uma verdade atemporal. Tratava-se de normatizar a formação, a pesquisa e o exercício da prática, limitando a ação e a competição dos “charlatões”. Um movimento em nome da proteção da saúde do doente e por externalidade, da corporação²⁶ médica.

Formam-se as primeiras associações de medicina na Inglaterra e na França. E, as pressões dessa classe em formação aos Estados de então resultam na reorganização dos cursos superiores nas universidades e em decretos que instituem limites para o exercício da medicina. Como lembra Foucault, na França por exemplo, promulga-se que:

“ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente, se não obteve o grau de licenciado”; e o texto acrescentava - o que era a consequência primordial e o fim alcançado pelas faculdades de Medicina em troca de sua reorganização: “Que todos os religiosos mendicantes ou não mendicantes sejam e continuem preocupados pela proibição assinalada pelo artigo precedente”. (FOUCAULT, 2011, p.48)

²⁶ Compreendida aqui como uma organização institucional em corpo.

Todavia, não tarda para que “o tiro saia pela culatra”. A normatização vem sem a vigilância na formação e no exercício. De tal modo, logo há uma multiplicação de cursos de medicina que, entretanto, não são capazes de produzir a garantia de uma prática sustentada em um saber devidamente fundamentado. E assim, monta-se um quadro muito familiar ao dos dias atuais.

No final do século [XVIII], os críticos são unânimes, ao menos quanto a quatro pontos: os charlatães continuam florescendo; o ensino canônico ministrado na Faculdade não responde mais as exigências da prática, nem as novas descobertas (só se ensina a teoria[...]); há excesso de Escolas de Medicina, para que o ensino possa ser assegurado em toda parte de maneira satisfatória; reina a concussão (procuram-se as cadeiras como cargos; os professores dão cursos pagos; os estudantes compram seus exames e fazem com que suas teses sejam escritas por médicos necessitados). (FOUCAULT, 2011, p.48)

Um certo *dejavú*, não?

Bom, em todo caso, naquela época, o problema era que, ainda que se normatizasse o currículo e a abertura de cursos em faculdades,

faltava uma estrutura indispensável [...]: a que teria podido dar unidade a uma forma de experiência já definida pela observação individual, pelo exame dos casos, pela prática cotidiana das doenças, e a um tipo de ensino de que se nota claramente que deveria ser dado no hospital, mais do que na Faculdade, e no percurso total do mundo concreto da doença. Não se sabia como restituir pela palavra o que se sabia ser apenas dado ao olhar. O *Visível* não era *Dizível*, nem *Ensinável*. (FOUCAULT, 2011, p.56)

A criação de um método de investigação e transmissão da verdade sobre a doença em um novo território será a última condição para o nascimento da clínica. Nesse momento, a clínica reivindica o hospital para si e fará dele sua academia e seu campo de pesquisa.

Transitando entre os leitos em “jogos de perguntas e respostas”, ou em um auditório no próprio hospital, durante uma apresentação de paciente, “o professor indica a seus alunos a ordem em que os objetos devem ser observados para serem mais bem vistos e gravados na memória; ele lhes abrevia o trabalho; os faz aproveitar sua experiência” (FOUCAULT, 2011, p.68). É disto se trata a clínica em seu início. À beira do leito, deve-se buscar capturar “nada mais do que aquilo que permite pronunciar um nome, o da doença. Uma vez designada, serão facilmente deduzidas suas causas, o prognóstico e as indicações” (FOUCAULT, 2011, p. 64).

A clínica envolve, pois, apreender a observar e questionar para decifrar entre o sistema de nomes aprendidos. Assim, é possível dizer que, em sua origem, a ela não será uma experiência médica em si mesma, mas sim, “o resultado, para uso dos outros, de uma experiência anterior” (FOUCAULT, 2011, p. 68). Ela é um acumulado de conhecimento, bem como o seu registro e sua transmissão com fins de utilidade.

No século XVIII, só há clínica pedagógica. [...] A clínica não é uma estrutura da experiência médica, mas é experiência, ao menos no sentido de que é prova: prova de um saber que o tempo deve confirmar, prova de prescrições a que o resultado dará ou não razão, e isto diante do júri espontâneo que os estudantes constituem; há como que uma luta, diante de testemunhas, com a doença que têm sua palavra a dizer e que, malgrado a palavra dogmática que pôde designá-la, tem sua própria linguagem. (FOUCAULT, 2011, p. 68)

Por outro lado, o hospital, antes um morredouro²⁷ se torna o terreno onde a clínica acontece enquanto pedagogia e pesquisa. Uma casa para a classe recém-criada de médicos que, em alguns casos ou ao menos por algum tempo, seriam literalmente residentes do hospital. Afinal, há de se lembrar que,

em 1848, a Associação Médica Americana manifestou-se a favor de um sistema de instrução com base na utilização da rede hospitalar para o ensino, dando início a uma nova modalidade de formação de recursos humanos na área médica, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço – a residência médica. O termo residência tem sua origem no fato de, na época, era requisito morar na instituição onde o programa seria desenvolvido, com o objetivo de se estar à disposição do hospital em tempo integral. (MICHEL, OLIVEIRA, NUNES, 2011, p.7)

Estavam suspensos, então, os entraves que fizeram obstáculo à organização da clínica. E, afastadas as ideologias de uma prática livre; a clínica podia agora ser ordenada e sistematizada com rigor, de maneira a fazer corpo com a medicina e, assim, cumprir sua função política na realização da instituição da saúde.

3.3 – A CONSOLIDAÇÃO DA CLÍNICA E A MEDICALIZAÇÃO

Bem, as condições estavam dadas.

A clínica pôde nascer, então, como uma prática pedagógica normatizada, baseada no aprendizado e na utilidade do saber acumulado e sistematicamente classificado através da “taxionomia” das patologias.

No século XVIII, a clínica é, portanto, uma figura muito mais complexa do que um puro e simples conhecimento de casos. E, no entanto, ela não desempenhou papel específico no “movimento do conhecimento científico” forma uma estrutura marginal que se articula com o campo hospitalar sem ter a mesma configuração que ele; visa a aprendizagem de uma prática que ela resume mais do que analisa; agrupa toda a experiência em torno dos jogos de

²⁷ No período que antecede o nascimento da clínica ia-se ao hospital para morrer, não para tratar. Os médicos do século XVII o consideravam uma estrutura artificial, antinatural, o que não favoreceria o tratamento das doenças. O cuidado adequado seria aquele ministrado na casa do paciente, em seu ambiente natural.

um desvelamento verbal que nada mais é do que sua simples forma de transmissão, teatralmente retardada. Ora, em alguns anos, os últimos do século, a clínica vai ser bruscamente reestruturada: separada do contexto teórico em que nascera, vai receber um campo de aplicação não mais limitado aquele em que se *diz* um *saber*, mas coextensivo àquele em que nasce, se experimenta e se realiza: ela fara corpo com a *totalidade* da experiência médica. Para isso, entretanto, ainda será preciso que seja armada de novos poderes, separada da linguagem a partir de que era proferida como lição e libertada para um movimento de descoberta. (FOUCAULT, 2011, p. 70)

Vimos como a possibilidade de deter o saber sobre as doenças faz da clínica um instrumento político para a medicina do século XVIII. Vejamos agora como isto se amplia quando a botânica começa a ser substituída pelo positivismo do olhar em uma simultânea contingência, na qual certo curto circuito permite que os pares saudável e patológico, e normal e anormal, sejam permutados para a criação da oposição artificial normal *versus* patológico.

Dois fatores possibilitam essas transformações: a localização das doenças com a anatomoclínica e o olhar sobre as epidemias.

3.3.1 – Espetáculo, anatomoclínica e a consolidação da instituição de saúde

Em um golpe de vista, o olhar entra em cena para garantir a evidência que faltava à verdade clínica.

A partir de 1650, la proliferación de terminos derivados de órgano en las lenguas latina, francesa e inglesa, como organización, organizado, orgánico, organismo -términos utilizados tanto por filósofos como Gassendi, Locke, Leibniz y Bossuet cuanto por médicos como D. Duncan o G. E. Stahl-, es índice de un 160 esfuerzo colectivo por elaborar una nueva concepción de la vida.²⁸ (CANGUILHEM, 2005, p. 161)

No século XVIII, com o nascimento da clínica, tratava-se de localizar a doença nos órgãos e conceder-lhe a materialidade que ainda lhe faltava. A doença seria localizável, palpável e visível.

Inicialmente pelos cadáveres e depois pelo corpo vivo, o que tornaria a anatomia patológica tão agradável aos olhos clínicos seria a possibilidade de ver e demonstrar aquilo que antes era uma verdade teórica baseada em um ideal de doença impossível de ser visto em sua forma pura.

²⁸ A partir de 1650, a proliferação de termos derivados de órgãos nas línguas latina, francesa e inglesa, como organização, organizado, orgânico, organismo, termos utilizados por filósofos como Gassendi, Locke, Leibniz e Bossuet, bem como por médicos como D. Duncan. ou GE Stahl-, é um índice de um esforço coletivo para desenvolver uma nova concepção de vida. (Tradução nossa)

Por outro lado, o que a torna interessante aos nosologistas é que ela partia de uma classificação. Classificava tipos de tecido, órgãos, e contava uma história comum das alterações de cada sistema. O método da nova anatomia, seria muito semelhante ao da clínica, afinal, a anatomia patológica não dissipou o legado da medicina das espécies, apenas o revestiu com novo vigor e maior verossimilhança.

Na prática diária, a pergunta do médico, ao iniciar uma entrevista com o paciente passou de “o que você tem?” – que apontava para “o que acontece com você?” (o doente), para “onde lhe dói?” – que localizava e delimitava a doença como algo no corpo do doente. Na alteração do questionamento, o doente já destituído de saber, ocupava seu lugar de mero veículo para o acesso ao objeto primordial. A doença poderia ser muda em palavras, mas falaria pelos sintomas e sinais que se fazem ver aos olhos do clínico, que a este tempo já podia localizá-la.

A retificação da questão inicial na anamnese é sintoma de uma prática que resolvia a equação de subtração do indivíduo doente, do ato clínico. Ela direcionava o olhar do médico para o local onde supostamente residiria a doença. Afinal, uma vez delimitados os contornos da doença, o artífice poderia prescindir do doente para interrogá-la diretamente, não com palavras, mas, pelo olhar e pelo tato. É desta forma que a arte médica vai sendo dominada por uma linguagem própria, complexa e hermética, calcada em observações visuais (portanto limitada aos sintomas visíveis) que fundaram o olhar médico como um olhar especializado e diferenciado dos demais.

o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica resolve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. Claro, é preciso conhecer “a estrutura interna de nossos corpos”; mas isso para melhor subtraí-la e libertar, sob o olhar do médico, “a natureza e a combinação dos sintomas, das crises e das outras circunstâncias que acompanham as doenças”. (FOUCAULT, 2011, p .7)

Decerto que, após a euforia com a medicina das classificações e subsequente corporificação da doença, o caminho conduziria à localização dessa no corpo do paciente. Afinal, era nele que se liam os cursos e efeitos do adoecer. Este é o justo período de ouro para a fisiologia, histologia, anatomia patológica. O olho médico tudo quer ver. E vendo, pode mostrar ao outro a prova definitiva de seu saber.

Nesse contexto, a clínica como uma pedagogia baseada no olhar, abre espaço para o espetáculo nos hospitais.

Pode a dor ser espetáculo? Pode e mesmo deve, pela força de um direito sutil que reside no fato de que ninguém está só, e o pobre menos do que os outros que só pode receber assistência pela mediação do rico. Visto que a doença só tem possibilidade de encontrar a cura se os outros intervêm com seu saber, seus recursos, sua piedade, pois só existe doente curado em sociedade, é justo que o mal de uns seja transformado em experiência para as outros; e que a dor

receba assim o poder de se manifestar. “O homem que sofre não deixa de ser cidadão... A história dos sofrimentos a que ele está reduzido é necessária a seus semelhantes porque lhes ensina quais os males que os ameaçam”. Recusando-se a se oferecer como objeto de instrução, o doente “se tornaria ingrato, pois teria usufruído das vantagens que resultam da sociabilidade, sem pagar o tributo do reconhecimento”. E, reciprocamente, delineia-se para o rico a utilidade de ajudar os pobres hospitalizados: pagando para tratá-los, pagará de fato, inclusive para que se conheça melhor as doenças que podem também afetá-lo; o que é benevolência com respeito ao pobre se transforma em conhecimento aplicável ao rico. (FOUCAULT, 2011, p.95)

Assim, se não se paga com uma oferta de saber, paga-se com o dinheiro. Os hospitais não serão mais apenas asilos assistenciais, serão empresas. Ou seja, “o hospital torna-se rentável para a iniciativa privada a partir do momento que o sofrimento que nele vem procurar alívio é transformado em espetáculo” (FOUCAULT, 2011, p.96).

O saber sobre a vida, a morte e a doença, estava atestado pelo visível. E, é esse saber total que aparecerá simultaneamente na expansão da clínica para fora dos muros das universidades e do hospital.

3.3.2 – Epidemias e medicalização

No século XVIII, as noções de constituição, doença epidêmica e epidemia terão um importante papel para a adesão da clínica como uma política e sua permeabilidade no campo social e econômico.

A epidemia em si não era um fato novo. Há séculos era um movimento observado e pensado pelos médicos. No *Corpus Hippocraticum*, por exemplo, há todo um livro dedicado ao tema. Os conceitos variavam, mas é fato que a noção doença epidêmica permaneceu mais ou menos a mesma desde Hipócrates pelos muitos séculos que se seguiram.

A compreensão da origem das epidemias, no contexto da medicina hipocrática, é expressa pela ideia de *Katastasis* ou ‘constituição epidêmica’. Em termos gerais, a ideia de constituição epidêmica relaciona a ocorrência das epidemias a circunstâncias geográfico-atmosféricas. Os textos hipocráticos estabelecem elos entre a natureza dos climas e ventos e a incidência de doenças. A característica mais marcante da medicina hipocrática, porém, é conceber o fenômeno epidêmico como o desequilíbrio de uma harmonia da natureza, apreendida como totalidade. (CZERESNIA, 2001, p.342)

Para os hipocráticos, então, a doença epidêmica era uma alteração na natureza. Se as doenças particulares eram uma alteração na natureza de um indivíduo, as epidemias seriam originadas na alteração da natureza de modo global, ou seja, do ambiente natural como um todo. Essa é uma definição que ainda não dava conta de pensar o caráter de contágio de uma epidemia. Era como se os indivíduos fossem acometidos simultaneamente por uma alteração na *physis*.

A observação empírica das variadas epidemias, especialmente intensificadas “nas épocas de transição entre os modos de produção e nos momentos de crise social” (BARATA, 1987, P.5), vai ajudando a levantar ideias sobre o contágio. Surgem as primeiras indicações profiláticas gerais. Durante o período da peste no medievo em 1348, por exemplo, a Faculdade de Paris indicou que se faça

[...] a fumigação dos domicílios com incenso de flores de camomila bem como as praças e lugares públicos. As pessoas deveriam abster-se de comer galinha ou carnes gordas e azeite. Não deveriam dormir após a aurora, os banhos eram considerados perigosos e as relações sexuais, fatais. O quarto dos doentes deveria ser lavado com vinagre e água de rosas. (BARATA, 1987, P.10)

Se as práticas desta época pareciam ritualísticas, com o tempo as contenções e quarentenas vão se tornando mais comuns. No século XVI, em alguns portos italianos, por exemplo, já era instituído o isolamento por quarenta dias antes do acesso à cidade para marinheiros que tivessem navegado em áreas afetadas por epidemias.

Fosse como fosse, até este momento a compreensão passava pela noção de um desequilíbrio no ambiente em um dado tempo. Os marinhos italianos, por exemplo, poderiam desequilibrar a ordem da cidade. Daí que se habituassem em quarentena antes de reintegrar-se ao meio, por completo.

Mas, uma vez que, no século XVIII, a ideia de doença como um desequilíbrio havia sido abandonada, a forma de pensar as epidemias, também passaria por uma alteração.

Ainda haveria de se considerar que há algo no ambiente que contribui para constituição de um surto do tipo. Entretanto, devido aos avanços na nosologia, a questão cerne para pensar as epidemias naquela época passava por uma dupla acepção. As epidemias teriam duas dimensões: elas seriam uma manifestação, tanto coletiva quanto singular. Coletiva, pois acometeriam vários indivíduos simultaneamente com a mesma doença, e singular porque seu acontecimento é único em tempo e espaço. Dito de outra forma, “o que faz da epidemia um fato único é a especificidade do contexto no qual ela ocorre e não a essência da doença em questão” (BARATA, 1987, P.14).

Neste caso, para definir uma epidemia, ao invés de proceder o usual da classificação por espécies e manter o foco nos dados qualitativos, ou seja, nos sintomas, era preciso mais atenção às quantidades obtidas pelo número de casos registrados. Ocorre que na

análise de uma epidemia não se impõe como tarefa reconhecer a forma geral da doença, situando-a no espaço abstrato da nosologia, mas reencontrar, sob os signos gerais, o processo singular, variável segundo as circunstâncias, de uma epidemia a outra que, da causa à forma mórbida, tece em todos os doentes uma trama comum, mas singular, em um momento do tempo e em determinado lugar do espaço; [...] em suma, uma espécie de singularidade global, um indivíduo de cabeças múltiplas mas semelhantes, cujos traços só

se manifestam uma única vez no tempo e no espaço. A doença específica sempre se repete mais ou menos, a epidemia nunca inteiramente. (FOUCAULT, 2011, p. 26)

Alguns médicos chegam até a propor uma revisão classificatória que permita acolher a adoção das categorias: doenças epidêmicas e doenças não-epidêmicas. Todavia, o movimento necessário às mudanças da época era mais o de fazer a medicina classificatória manter sua função paralela e auxiliar à epidemiologia do que submetê-la ao descrédito em novos ordenamentos. Afinal, a medicina que havia sido investida de uma aura de saber sobre a verdade das doenças através da taxonomia era, pela primeira vez, convocada de maneira massiva a um fazer sobre a sociedade. Passava-se de um conjunto de casos, para a matemática das populações.

A questão era que: se no caso das epidemias o território e o tempo eram fatores intrínsecos à forma da doença, era também sobre o espaço e sua época que a clínica deveria agir. Entretanto, para isso ela precisará fazer corpo com uma experiência médica maior.

A clínica vai então à *polis*. Ela deixa o espaço que lhe é familiar, o hospital, para ocupar a praça e a paróquia. Amplia-se para o social sob a guarda de uma “polícia médica” justificada pela promessa de saúde. Tratava-se de fazer uso do saber médico para controlar as doenças. Assim, a razão médica passa a vigiar a forma dos sepultamentos, fiscalizar os ambientes de trabalho e o comércio de alimentos, informar a população sobre práticas de saúde nas missas ou nos sermões, bem como justificar o investimento nas primeiras ações de saneamento das cidades.

O olhar do médico passa a circular, “[...] em um movimento autônomo, no interior de um espaço em que se desdobra e se controla; e distribui soberanamente para a experiência cotidiana o saber que há muito tempo dela recebeu” (FOUCAULT, 2011, p.34). Um saber sistematizado pela clínica.

Este movimento não é figurativo. Ele acontece de maneira literal. Em meio aos últimos anos do século XVIII,

coloca-se o problema da implantação dos médicos no campo; deseja-se um controle estatístico da saúde, graças ao registro dos nascimentos e das mortes (que deveria mencionar as doenças, o gênero de vida e a causa da morte, tomando-se assim um estado civil da patologia); pede-se que as razões de reforma sejam indicadas em detalhe pelo conselho de revisão; finalmente, que se estabeleça uma topografia médica de cada departamento “com cuidadosos sumários sobre a região, as habitações, as pessoas, as paixões dominantes, o vestuário, a constituição atmosférica, as produções do solo, o tempo de sua maturidade perfeita e de sua colheita, assim como a educação física e moral dos habitantes da região”. E como se não bastasse a implantação dos médicos, pede-se que a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta; será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina. E cada prático deverá acrescentar à sua atividade de vigilante

uma atividade de ensino, pois a melhor maneira de evitar que a doença se propague ainda é difundir a medicina. O lugar em que se forma o saber não é mais o jardim patológico em que Deus distribuiu as espécies; e uma consciência médica generalizada, difusa no espaço e no tempo, aberta e móvel, ligada a cada existência individual, mas também à vida coletiva da nação, sempre atenta ao domínio indefinido em que o mal trai, sob seus aspectos diversos, sua grande forma. (FOUCAULT, 2011, p. 34)

Desta maneira, tudo passa a ser do domínio da saúde. Ela se estende para além do biológico e alcança então o social, o político e o econômico. Afinal, se a doença classificada como uma espécie referia-se a um acometimento individual com causas e consequências encerradas naquele indivíduo, a epidemia, por ser coletiva e singular em termos de tempo e espaço, dava indícios de problemas de maior escala. “A primeira tarefa do médico é, portanto, política: a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos” (FOUCAULT, 2011, p. 37).

Antes das mudanças provocadas pelo efeito da epidemia sobre a clínica, já se pensava em uma “[...] medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência” (FOUCAULT, 2011, p.20). Considerava-se que a medicina deveria se tornar “[...] tarefa nacional. [E, assim] receber do Estado testemunho de validade e proteção legal” (FOUCAULT, 2011, p.21). Por isso, é possível dizer que a parceria com o Estado é selada em um tempo prévio, no momento em que se começa a normatizar a prática médica.

Entretanto, ao desdobrar-se sobre o social, a clínica instrumentaliza a medicina para um funcionamento superior. Trata-se da “definição de um estatuto político da medicina e a constituição, no nível de um estado, de uma consciência médica” (FOUCAULT, 2011, p.29). De um campo sob tutela governamental, a razão médica se torna, ela mesma, uma política uma vez que “a descentralização dos meios de assistência autoriza uma medicalização de seu exercício” (FOUCAULT, 2011, p.45).

Mas, em se tratando de uma política para todos, como se faz quase sempre necessário no caso de políticas de estado, a clínica médica não poderia permanecer reduzida ao patológico. Desta maneira, não faria a função que dela se esperava. É por isso que, neste momento, em sua transformação ela ampliará não só seu campo de ação, mas também seu objeto.

A clínica, assim como a medicina passam a envolver mais que um “*corpus* de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverão, também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*” (FOUCAULT, 2011, p.38). Sai-se do binômio saúde e patológico e passa-se à

possibilidade de um pareamento duplo e artificial, que une normalidade e saúde em uma oposição ao patológico.

Bem, até o início do século XVIII, os médicos se ocupavam com a saúde, apoiados na análise do funcionamento de um corpo que poderia ter se desequilibrado, deixando de funcionar no seu modo regular original. Todavia, no final daquele mesmo século, e nos anos subsequentes, reinará sobre a clínica a noção de normalidade. A normalidade diz respeito a um modelo exemplar de funcionamento ou de estrutura orgânica. Nesse caso, além de definir as doenças tal uma como uma espécie, agora havia de se trabalhar orientado por um padrão de saúde. Já não se fala em restaurar um estado de equilíbrio anterior, mas sim em investir numa prática capaz de normalizar, ou seja, fazer o organismo alcançar o estado de “norma” do humano. Tal norma, que poderia nunca ter sido experimentada por aquele indivíduo em particular, era dada pelo modelo de homem não-doente que agora integrava o saber clínico.

A partir de então, “quando se falar da vida dos grupos e das sociedades, da vida da raça, ou mesmo da ‘vida psicológica’, não se pensará apenas na estrutura interna do *ser organizado*, mas na *bipolaridade médica do normal e do patológico*” (FOUCAULT, 2011, p.39). Desta forma, o doente passa a ser aquele que é incapaz de ser normativo.

A saúde seria, portanto, mais do que ser normal, é ser capaz de estar adaptado às exigências do meio, e ser capaz de criar e seguir novas normas de vida, já que “o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis”. A saúde pode por fim ser concebida como um sentimento de segurança na vida, um sentimento de que o ser por si mesmo não se impõe nenhum limite. (SERPA, 2003, p.125)

Abre-se aí a possibilidade para a medicalização da existência e para a montagem de uma nova política, uma nosopolítica ou uma biopolítica. Abertura inaugurada pela clínica contemporânea. Este instrumento fundado sobre uma nova noção de doença concedida pela classificação taxonômica modificou, então, o lugar do doente e a função do médico, e debruçou-se sobre o social para, através do saber e da oferta de saúde, estabelecer um novo mercado e uma nova política.

O estranho é perceber que

[...] o pensamento contemporâneo, acreditando ter escapado a ela desde o final do século XIX, nada mais fez do que redescobrir, pouco a pouco, o que o tornara possível. Nos últimos anos do século XVIII, a cultura europeia construiu uma estrutura que ainda não foi desatada; começamos apenas a desembaraçar alguns de seus fios que nos são ainda tão desconhecidos que os tomamos de bom grado como maravilhosamente novos ou absolutamente arcaicos, enquanto que, há, dois séculos (não menos e, entretanto, não muito mais), constituíram a trama sombria, mas sólida, de nossa experiência. (FOUCAULT, 2011, p. 229)

Parece que voltamos ao ponto de onde partimos. Todavia, agora talvez já seja mais fácil desatar outros nós dessa tessitura. Sigamos então.

4 A CASA VERDE, NOSOPOLÍTICA E BIOPOLÍTICA

Não há nada novo sob o sol, é a eterna repetição das coisas é a eterna repetição dos males. Quanto mais se sabe mais se pena. E o justo como o perverso, nascidos do pó ao pó retornam. (QUEIROS, 2012, p.162)

4.1 - DEIXO DE BOM GRADO O TERMO CLÍNICA AOS DSM

É possível que se argumente que há particularidades na clínica *psi* (psiquiátrica, psicológica e psicanalítica) que a distinguiriam da clínica geral. Não negligenciaremos essas peculiaridades. Entretanto, seriam elas suficientes para apartar essa clínica das demais? Vejamos...

4.1.1 – As loucuras e o tempo

A objeção acima poderia ter sido iniciada pelo argumento de que a loucura nem sempre foi entendida como doença. Na antiguidade, é comum encontrar a figura do louco como aquele que vive entre o mundo físico e o imaterial, alguém tocado pela divindade, que pode ouvi-la, vê-la, senti-la e experimentá-la. Assim, nesse tempo, por ter “acesso tanto ao humor, quanto ao saber dos deuses”, o louco era convocado para prever os fatos futuros, decidir sobre estratégias militares, casamentos de nobres, chefes de estado (ou equivalentes), entre outros fatos de importância política e econômica.

A medicina hipocrática também não tomou a loucura exatamente como uma doença. O que há são atribuições a Hipócrates feitas de modo anacrônico, ou seja: a partir de diagnósticos atuais elaborados por clínicos contemporâneos.

A mais conhecida delas talvez seja a histeria. Confere-se ao médico grego a invenção do termo histeria e a origem do diagnóstico a ele associado. Todavia, não há menção ao termo histeria nem uma adequada descrição da doença tal como viemos a compreendê-la desde o século XVIII, em qualquer lugar do *Corpus Hippocratium*. Sim, a palavra histeria deriva do grego *hystera*, que significa útero. Mas em Hipócrates não vemos seu uso, apenas a nomeação do órgão em sua forma original.

Em todo o caso, nos permitamos um rápido exame dos textos.

No *Corpus*, no segundo capítulo de *Doenças das Mulheres* (HIPPOCRATES, 2018b), ao falar sobre doenças que acometeriam o equilíbrio da função uterina, ele menciona os casos em que a menstruação é suprimida. Alguns dos sintomas listados no curso da enfermidade lembram

os sintomas da histeria: dores, desmaios, afasia, paralisia. Entretanto, é só seguir o texto para ver que não se trata da histeria, mas talvez do que hoje se conhece por câncer de útero ou mesmo algum tipo de infecção, pois o curso da doença é limitado em até seis meses, uma vez que, caso não houvesse intervenção médica até o quarto mês, o prognóstico era de óbito.

No sétimo capítulo, há outra entrada que poderia ser associada ao diagnóstico de histeria: trata-se de sufocamento repentino causado por leveza no útero. Segundo Hipócrates (2018b), estando leve, o útero poderia se deslocar no corpo, comprimindo fígado, estômago ou bexiga. Os úteros seriam mais leves em mulheres que não tem relações sexuais (pois não há adição de fluidos) e idosas (pois já não produzem a menstruação). Todavia, esse sufocamento repentino é apenas um sintoma, não corresponde ao conjunto sintomatológico complexo que a medicina contemporânea decidiu entender por histeria.

Na CID 10, por exemplo, ela era listada como integrante à categoria dos transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, significando uma condição na qual atributos psíquicos afetam a “soma”, o corpo. E, para maior especificidade, era locada ainda na subcategoria transtornos dissociativos (ou conversivos). O transtorno ali era descrito como uma perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e sensações imediatas (que envolvem paralisia, parestesias ou mesmo dores sem causas orgânicas detectadas), e descontrole dos movimentos corporais (conversões e agitação corporal). "Nos transtornos dissociativos presume-se que essa capacidade de exercer um controle consciente e seletivo está comprometida em um grau que pode variar de dia para dia ou mesmo hora para hora" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 149). Os sintomas variam de paciente para paciente e no curso de um mesmo caso. Ora é uma dor crônica abaixo da costela direita, ora trata-se de uma dermatite aguda, ora é uma completa “amnésia infantil”, na qual não se recorda nenhum dado da infância, entre tantas outras sintomatologias. Em todo o caso, nesse diagnóstico, tais sintomas são sempre elementos atribuídos ao psiquismo que são somatizados, ou seja, experimentados no corpo.

Assim é seguro dizer que "histeria" não é uma classe antiga de doença mental, mas uma nova categoria formada no início da medicina contemporânea (as primeiras definições são atribuídas a Sydenham e Libaud no século XVII, Whitt, Raulin no século XVIII e Janet, Bernheim, Babinski no século XIX, sendo clinicamente definida de fato por Briquet, Charcot e Freud nos anos finais daquele mesmo século). E aqui, tal como no caso da clínica, fica evidente que os apelos à continuidade apenas servem para mascarar mudanças muito mais significativas na história da instituição de saúde.

Em se tratando da arte hipocrática há, por fim, uma última publicação que poderia ser mencionada aqui. Trata-se do texto *Sobre o riso e a loucura*, com duvidosa atribuição a Hipócrates, que foi descoberto pela primeira vez em Florença, no ano de 1486. Se opto por não o trabalhar aqui, é justamente pelas circunstâncias nas quais ele se fez publicar pela primeira vez, tal como se fora uma peça, mais do século XV, do que da antiga Grécia.

Em todo o caso, por uma questão de ressalva, é preciso que se diga, que no que tange à possibilidade de uma compreensão da loucura nesta medicina, os textos do *Corpus* incluem, ainda, a teoria dos humores. De acordo com essa tese, a vida seria mantida pelo equilíbrio entre quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra, oriundos, respectivamente, do coração, sistema respiratório, fígado e baço. Cada um dos humores possuiria qualidades distintas: o sangue seria quente e úmido; a fleuma, fria e úmida; a bílis amarela, quente e seca; e a bílis negra, fria e seca. De acordo com a prevalência natural de um destes humores na constituição dos indivíduos, haveria diferentes tipos fisiológicos: o popular sanguíneo, o sereno fleumático, o forte colérico e o soturno melancólico.

Assim, mesmo a melancolia e os demais estados de humor aparecem como uma característica particular do indivíduo em sua formação fisiológica, que em alguns casos pode ser desequilibrada como os demais aspectos da *physis*. Talvez essa seja, de fato, a maior aproximação da noção de uma categoria diagnóstica contemporânea que encontraremos em Hipócrates, no caso, a dos transtornos de personalidade. Mas ainda assim, não se trata aqui de uma enfermidade ontologicamente determinada, mas de uma qualidade individual que pode ter seu equilíbrio alterado.

Bem, se a questão da loucura poderia ser entendida por essas duas vias na antiguidade, natural e sobrenatural, na idade média a perspectiva de uma explicação baseada no sobrenatural ganhará novas dimensões. O cristianismo terá um papel fundamental para essa mudança, a partir da propagação da figura do endemoniamento. A loucura manteria sua relação com sobrenatural, mas agora estaria ligada, exclusivamente, a uma má influência, à tentação, ao perigo e à danação. Mesmo em 1509, seria necessário um reformista como Erasmo de Rotterdam, para ensaiar um “elogio da loucura” (ROTTERDAM, 2004) e pareá-la com a genialidade e com a criatividade dos artistas (uma relação apontada previamente por Aristóteles no “Problema XXX”). De todo o modo “a personificação mitológica da Loucura é, em Erasmo, apenas um artifício literário” (FOUCAULT, 2005, p.27).

Dada a possibilidade de influência sobre outras pessoas, fosse pelo desequilíbrio que poderiam provocar na *physis*, fosse pela sugestão demoníaca, os loucos precisavam ser removidos das cidades. Assim, nessa época eram comuns as chamadas “naus dos loucos”:

embarcações que vagavam sem rumo definido nas quais se “punham” essa gente. Atribuía-se a experiência sobre as águas à possibilidade de purgação dos pecados e reaproximação ao divino. As naves funcionavam então tal como novas edições da “nau da salvação”. E, aportavam ocasionalmente pelas cidades europeias promovendo uma “ritualística peregrinação da loucura”.

A compreensão acerca desta condição só foi realmente modificada no final do século XV, nos anos que antecedem o início da “idade da razão”. O cogito de Descartes sintetiza ou inaugura essa nova maneira de pensar. A loucura não será necessariamente um perigo eminente ao indivíduo comum, pois

o eu que conhece não pode estar louco, assim como o eu que não pensa, não existe. Excluída pelo sujeito que duvida, a loucura é a condição de impossibilidade do pensamento. Ou seja, a partir do racionalismo moderno, sabedoria e loucura se separam. Os perigos que a loucura poderia oferecer para influenciar a relação entre o sujeito e as verdades são afastados. (PEREIRA, 1984, p. 61)

A salvo graças à razão, o homem permite que a loucura volte a ocupar o território da cidade. Ela já não é sinônimo de uma danação ou desequilíbrio, mas de um desvio ou uma deficiência moral. O louco é um deficiente, um incapaz de usar a razão. Não sendo racional, ele pode ser tomado por coisa, e ser destituído de seu valor humano, exposto e disposto tal qual um animal.

E justo por sua bestialidade animalesca, será considerado impróprio ao trabalho, incapaz de conviver no social ou de ser cuidado em sua residência. Afinal a besta é insensata, imprevisível e, portanto, perigosa. Desta maneira, o louco ainda deverá ser mantido apartado, mas controlado e vigiado, e não em um livre exílio.

É esse movimento que torna possível o seu enclausuramento nos recém-criados Hospitais gerais. Ocorre que, com o fim das Cruzadas, a Europa começava a ver-se livre da lepra, mas os edifícios dos antigos leprosários mantinham-se de pé. Era preciso conferir utilidade a esses prédios. E há de ser no mínimo pertinente, e limítrofe à ironia, que eles passem então a abrigar os hospitais. Esses espaços, apesar de assim nomeados, nessa época não guardavam qualquer relação com os cuidados terapêuticos. Tratavam-se antes de estruturas administrativas, executivas e semi-jurídicas que figuravam ao lado dos poderes já constituídos e tinham por função exclusiva a reclusão de pessoas.

Para além do Hospital,

é sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual

a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. (FOUCAULT, 2005, p.55)

Bem, qualquer um poderia ser enviado a uma casa de internamento. Bastava apenas que outro lhe apontasse como louco. Assim, querelas de família envolvendo heranças, jogos políticos, problemas conjugais, fosse o que fosse, para tudo era possível lançar mão deste dispositivo de poder sustentado pela arbitrariedade com que poderiam ser definidos os critérios para reclusão.

Certamente, para além dos loucos, o Hospital Geral em Paris, por exemplo, foi criado para abrigar os pobres, de todos os sexos, lugares e idades, nobres ou plebeus, independentemente de sua condição: válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis (FOUCAULT, 2005). Nesse espaço misto, o traço comum era a destituição de valor dessas pessoas desde o momento da decisão pela internação. Os pobres, tal como os loucos, “padeciam” de uma deficiência moral, se os segundos eram desprovidos de razão, os primeiros certamente haviam feito algo para merecer sua condição social. Afinal, se “o trabalho enobrece o homem” a pobreza certamente deveria ser um desvio da virtude.

Entretanto, essa libertinagem no julgamento das internações não poderia ser sustentável por muito tempo. E, talvez pudesse ter sido suprimida completamente logo após a revolução francesa e a propagação de seus ideais, não fosse a apropriação fortuita do Hospital pela clínica que converteu a loucura na doença mental.

É a circular “Instruções para governar os insensatos” de Jean Colombier e François Doublet, promulgada em 1785 na França, e o “*Madhouses Act*” publicado no Reino Unido em 1774, que pela primeira vez tornam oficial o anexo da loucura à prática médica.

O primeiro documento, a circular, resulta de uma solicitação do governo francês a Colombier e Doublet, antes desses terem sido nomeados pelo rei Luís XVI como inspetor geral e inspetor adjunto dos Hospitais civis e das prisões do Antigo Regime. Ambos viajaram por seu país e pelo Reino Unido, observando os cuidados nos locais de internamento. Ao final da expedição, as “instruções” se constituíam de um ensaio nosológico e na incorporação de algumas práticas terapêuticas da época, a internação e reclusão já em vigor.

Na primeira parte das Instruções, Colombier apresenta as condições materiais que devem apresentar os estabelecimentos para evitar que os males da internação dos alienados cresçam e que o fim das doenças coincidam com o fim de seus dias. Além desses aspectos, o autor trata da necessária distribuição dos doentes e das bases do que haveria de constituir o futuro tratamento moral da loucura. Os fundamentos terapêuticos da instituição obtêm também cuidadosa atenção, antes de Esquirol sustentar que “uma casa de alienados é um instrumento de tratamento; nas mãos de um hábil médico, é o agente mais potente contra as doenças mentais”. A estranha combinação de alienista, higienista e filantropo que iria definir os primeiros psiquiatras do século XIX,

encontra seu germe nesse texto. Doublet, por sua vez, animado pela necessidade de colocar ordem na massa indistinta da loucura, propõe diferenciar quatro tipos básicos de alienação: frenitis, mania, melancolia e imbecilidade. Em outras palavras, alienação com febre, alienação total, alienação parcial - limitada a um só objeto, o "ponto melancólico" - e alienação por deficiência intelectual. Classificação que, por sua origem e concisão, aspirava a certa oficialidade como guia para os futuros reformadores de hospitais. No que se refere ao tratamento, Doublet, em sua breve proposta e querendo evitar qualquer pessimismo terapêutico, recomenda todos os recursos médicos tradicionais: sangrias, purgantes, escarificações, banhos, duchas, isolamento etc. (BERLINCK, 2012, p.110)

O segundo documento, o "*Madhouses Act*", deriva da recomendação de um comitê criado pela Câmara dos Comuns do Reino Unido, para avaliar o problema da detenção ilegal em "casas de loucos". Na ocasião, foram estudados casos de reclusão de pessoas não loucas, admitidas e mantidas em cárcere nas casas de internação, mediante pagamento pela parte interessada. O comitê sugeriu, então, que fosse criado um projeto de lei para impedir tal prática.

A lei, ou seja, o "*Madhouse Act*" exigia que todas as "casas de loucos" tivessem de ser licenciadas por um comitê da Faculdade Real de Medicina, o *Royal College of Physicians*. Cada licenciado poderia manter apenas uma casa de internação que deveria ser inspecionada anualmente pelo comitê. A casa deveria atender aos padrões estabelecidos por lei sob pena de ter a licença caçada. O texto instituíu ainda uma multa de quinhentas libras por "ocultar ou confinar" mais de um louco além da capacidade prevista em licença, bem como uma penalidade de cem libras para qualquer proprietário que internasse um paciente sem uma ordem médica. Para que a fiscalização pudesse ser feita, o comitê estaria obrigado a manter um registro de todos dos loucos internados no reino, com atualizações a cada trimestre.

Ambos documentos, francês e britânico, não extinguem completamente as funções pervertidas do modelo anterior. Entretanto, apostam na possibilidade de regulação através da instituição de saúde que se criava a esse tempo. Todavia, a aposta aparentemente foi perdida, pois o que se vê nos quase dois séculos seguintes é uma arbitrariedade similar à anterior, mas desta vez legitimada pelo saber médico, na emergência do poder psiquiátrico que criou a figura do insano (não-são, não-saudável).

Restam as questões: como se deu anexação da loucura pela medicina? Como os médicos foram chamados a orientar as práticas de internação? Como de repente loucura havia se convertido em doença?

4.1.2 – Da loucura à doença mental

Antes de avançar, retrocedamos um pouco.

No início do século XVIII o número de reclusões às casas de loucos ou hospitais era crescente. Subitamente, instala-se o medo de ser internado e, para além, dele uma outra angústia. As casas de internação, antes leprosários, pareciam guardar a possibilidade de um novo mal. Algo que afetaria tanto a razão, visto que agora essas edificações abrigavam loucos, quanto a biologia, dado o passado funesto de sua arquitetura. O imaginário social era povoado pela ideia de um mal misterioso a crescer nesses espaços que poderia recobrir a cidade, tal se fosse como uma doença epidêmica da desrazão.

O desatino adquire o valor imaginário de doença, mas seu conteúdo é moral. Toda uma literatura acerca de uma “febre pútrida”, originada nos estabelecimentos, é elaborada na época. No entanto, se o médico é chamado nessa ocasião para observar o internamento, não é para discernir o mal e a doença, não é para curar os internos, mas para proteger os outros dos perigos que as casas encerram. Isto é, a medicina torna-se cúmplice da moral. (PEREIRA, 1984, p. 73)

É por essa perspectiva que nascerá a doença mental. A medicina, que produzia saber sobre as epidemias, deveria vigiar para manter encarcerada a possibilidade de uma afecção coletiva de desatino. A instituição de saúde é convocada para uma função de manter a moral social. Desta forma, o curto-circuito que opõe o patológico ao híbrido normalidade/saúde na clínica geral vai ganhar, aqui, uma proporção ainda maior.

A loucura, que é o arquétipo do fora da norma, passa então a ser tomada como patológica. E, assim sendo, caberá a ela ocupar seu lugar de objeto do fazer clínico, como algo que porta em si uma verdade a ser descoberta. Aqui, tal como na clínica geral, as questões não deverão ser dirigidas ao paciente, mas à enfermidade. Por isso,

quando o pensamento clássico deseja interrogar a loucura naquilo que ela é, não é a partir dos loucos que ele o faz, mas a partir da doença em geral. A resposta a uma pergunta como: "Então, que é a loucura?" é deduzida de uma análise da doença, sem que o louco fale de si mesmo em sua existência concreta. O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura. (FOUCAULT, 2005, p.207)

Essa dedução se manifestará nas múltiplas nosologias, desenhadas naqueles anos e nas décadas precedentes. Nosologias como a de Platero - *Praxeos Tractatus* (1609), de Jonston - *Idée Universelle De La Médecine* (1644), de Boissier De Sauvages - *Nosologie Methodique*

(1763), de Linné - *Genera Morborum* (1763), de Weickhard - *Der Philosophische Arzt* (1790), entre tantas outras. De fato,

constitui ainda um paradoxo, nessa história que não carece deles, a constatação de que a loucura se integrou, sem dificuldades aparentes, nessas novas normas da teoria médica. O espaço da classificação abre-se sem problemas para a análise da loucura, e a loucura, por sua vez, de imediato ali encontra seu lugar. Nenhum dos classificadores parece ter-se detido diante dos problemas que ela poderia ter colocado. (FOUCAULT, 2005, p.212)

Entretanto, eles não tardam a aparecer. Tão logo que publicadas, cada uma dessas classificações, ao menos naquilo em que tocam às novas doenças mentais, caem descartadas. Havia dois grandes problemas, ao menos: a insistente influência do julgamento moral atravessando a noção de doença e a variedade de apresentações da loucura.

Quanto ao primeiro problema, é possível afirmar que, de saída, ainda havia muita confusão entre a possibilidade de materializar a doença no campo da saúde e a insistência da acepção moral do desatino. Pinel chega a resumir a questão no artigo *Nosographie do Dictionnaire des sciences médicales*. Ali, escreve:

Que dizer de uma classificação... na qual o roubo, a baixeza, a maldade, o desprazer, o temor, o orgulho, a vaidade, etc. se inscrevem no número das afecções doentias? Trata-se na verdade de doenças do espírito, e muito frequentemente de doenças incuráveis, mas seu verdadeiro lugar é antes entre as Máximas de La Rochefoucauld ou entre os Caracteres de La Bruyère do que numa obra de patologia. (PINEL *apud* FOUCAULT, 2005, p.218)

De fato, nem todas as nosografias serão completamente afetadas por essa fusão com a moralidade. Entretanto, até aquele século, nenhuma delas ficava isenta dessa “contaminação”. Quando o valor amoral não era atribuído aos comportamentos tomados como sintomas, o julgamento se fazia presente nas hipóteses causais, etiologia, ou ainda na terapêutica como com o chamado tratamento moral de Pinel e Esquirol. Esse

tratamento moral tinha um sentido educativo que envolvia aspectos ambientais e sociais. No entanto, a idéia de que através dos métodos psicológicos seria possível corrigir erros na lógica de pensamento e raciocínio daqueles que se afastavam da norma admitida como correta, implica uma questão ética que podia facilmente justificar condutas arbitrárias ou coercitivas. E nesse sentido Esquirol teve uma postura de autoritarismo, segundo o olhar de hoje, ao pressupor que a conduta terapêutica, para se opor às idéias delirantes, não podia usar apenas a compreensão, a persuasão e os conselhos lógicos, mas deveria introduzir diversas formas de “choque” que perturbassem emocionalmente o paciente para fazê-lo adotar uma idéia oposta à de sua lógica delirante. (PACHECO, 2003, p.55)

Pinel e Esquirol são apontados como os pais da psiquiatria contemporânea. Porém, se por um lado, esses dois médicos franceses foram mesmo aqueles que primeiro se interessaram em ouvir a doença mental através de seus pacientes, fazendo-os existir como pessoas doentes a

serem tratadas, ao invés de coisas ou animais a serem dispostos e expostos, por outro é possível afirmar que a moralidade que atravessava essa forma de fazer médica impedia o uso do instrumento clínico em sua plena potência. Seja em Pinel, Esquirol ou nos demais nosologistas do período, o que vemos nesse tempo é, apesar dos esforços médicos, a insistência do anormal e do amoral sobre a noção da patologia, ou seja, da doença mental.

A segunda questão dizia respeito à variação nos quadros que, ora conduzia a formulação de novos diagnósticos, ora apontava para a imprecisão nas descrições já reunidas. A “doença mental” parecia ser profícua em produzir novos sinais em um mesmo quadro, característica que terminava por afastá-la dos agrupamentos aos quais “deveria” permanecer submetida. Dito de outra forma, um paciente cuja doença havia sido classificada como X, passava a manifestar elementos das enfermidades Y, Z, ou S, ao mesmo tempo que deixava de preencher todos os critérios para a doença X. Enfim, ironicamente para a surpresa dos taxonomistas, a loucura parecia não muito afeita a respeitar a normalidade da classificação.

Daí que ainda tardaria um pouco para que a doença mental pudesse ganhar uma existência própria. Diferente da clínica que nasceu pela materialização da patologia, no caso do mental o processo inverso seria necessário. Seria preciso que a clínica, já estruturada, instrumentalizasse os médicos para criar a doença mental. Entre eles estava Kraepelin. Ele “inaugurou o método clínico na psiquiatria, descartando a abordagem então baseada no sintoma e em especulações morais” (CÂMARA, 2007, p.308). Seguiu o direcionamento proposto pelos fundadores da psicopatologia, Karl Kahlbaum (1828-1899) e Ewald Hecker (1843-1909). Apoiado sobre a clínica, Kraepelin realizou observações longitudinais e quantitativas, construindo uma nosologia eficaz em seu propósito, cujos efeitos são sentidos até os dias atuais.

4.1.3 - Kraepelin e o nascimento da clínica *psi*

Kraepelin cresceu na Alemanha, começou seus estudos em psiquiatria na década de 80 do século XIX, quase cem anos após o nascimento da clínica. A anatomoclínica já era uma realidade nas demais áreas da medicina, entretanto no campo da psiquiatria, devido às limitações técnicas da época, tudo ainda era uma questão de debate teórico com quase nenhuma comprovação prática.

A aposta que a doença mental pudesse ser localizada no cérebro já estava presente desde o final do século XVII. O *Sepulchretum sive anatomia practica ex cadaveribus morbo dematis* de Bonet, por exemplo, publicado pela primeira vez em 1679, resume as diferenças qualitativas de humidade e secura em cérebros de indivíduos melancólicos, ou pacientes com demências,

encontradas nas autópsias realizadas pelo médico suíço. Nesse texto, o aspecto qualitativo era apresentado como associado ao caráter, e não necessariamente entendido como uma alteração que provocava a doença mental.

Cerca de cinquenta anos depois, Meckel proporá uma medição mais exata, para além das impressões subjetivas de seus antecessores. Pesará, medirá os tamanhos, a elasticidade, as cores e então lançará a hipótese de que são alterações na forma geral do órgão que produziriam as doenças. Em Meckel,

o estado do cérebro não mais representa a outra versão, à tradução sensível da loucura; ele existe como evento patológico e alteração essencial que provoca a loucura. Causalidade não mais considerada no simbolismo das qualidades, [trata-se de] causalidade linear agora, na qual a alteração do cérebro é um evento considerado em si mesmo como um fenômeno que tem seus próprios valores locais e quantitativos, sempre identificáveis numa percepção organizada. Entre essa alteração e os sintomas da loucura não existe outro elo de pertinência, outro sistema de comunicação além de uma extrema proximidade: a que faz do cérebro o órgão mais próximo da alma. (FOUCAULT, 2005, p.243)

O esforço de determinação das localizações cerebrais, nas quais alterações observáveis se ligariam a cada sintomatologia, é reforçado no século XVIII, por Morgagni na Itália e Cullen na Escócia. Entretanto, nenhum dos achados é suficiente para tornar esse localizacionismo um consenso.

De volta à Alemanha, podemos dizer que enquanto clínico, Kraepelin era um defensor do localizacionismo.

Com seu colega Lois Alzheimer, procurou descobrir sinais que caracterizassem objetivamente cada doença. Alzheimer teve êxito em demonstrar alterações – embora *post-mortem* – na demência senil que levaria o seu nome, mas não teve êxito em outras, incluindo aqui a *dementia praecox*, que Bleuler renomearia como *esquizofrenia* (CÂMARA, 2007, p.310).

Kraepelin reconheceu que as limitações técnicas da época seriam um empecilho para os avanços da psiquiatria. Dizia que, naquele tempo, ainda não eram “[...] capazes de diferenciar entre o córtex de um paciente com Paralisia Geral e o de um sujeito normal, e muito menos identificar a doença por suas características patológicas” (KRAEPELIN, *apud* BERRIOS; HAUSER, 2013, p.130). Todavia, parecia-lhe possível que o método clínico fosse potente o suficiente para sanar alguns dos entraves que tornavam a psiquiatria um campo questionável, enquanto parte da medicina. A questão que orientava Kraepelin era saber, na ausência da fidelidade da anatomoclínica, em que medida e por quais outros métodos

[...] clínicos se poderia compreender mais claramente as manifestações da loucura? Os sintomas e sinais que correspondem aos da doença subjacente são extraordinariamente variados. Isto implica que as condições antecedentes devem ter sido complexas. Mesmo quando claros agentes externos estão

envolvidos (por exemplo, um ferimento na cabeça ou envenenamento) (...) há um jogo de forças em ação: o sistema nervoso do indivíduo afetado, os déficits herdados das gerações passadas e sua própria história pessoal (...) estas condições são especialmente importantes quando se considera as formas da doença que não surgem de lesões externas, mas das circunstâncias da pessoa em causa (...) parece absurdo propor que seja a sífilis que faça com que os pacientes acreditem que são os possuidores orgulhosos de carros (...) ao invés de que sejam os desejos usuais dessas pessoas refletidos nesses delírios (...) Se essas observações se aproximam da verdade teremos que buscar a chave para a compreensão do quadro clínico, principalmente nas características do paciente individual (...) suas expectativas desempenham um papel decisivo. (KRAEPELIN *apud* BERRIOS; HAUSER, 2013, p.128)

Assim, em 1887, após apenas oito anos de trabalho nesse campo, durante uma conferência intitulada *As direções da pesquisa psiquiátrica*, Kraepelin anunciou sua

[...] intenção de combinar pesquisa e cuidados ao paciente psiquiátrico e definiu os objetivos para a primeira: no curto prazo, ele iria procurar por grupos válidos de doenças e, a longo prazo, procuraria as “leis” que ligam os dados anatômicos aos psicológicos. [E,] no que dizia respeito à formação de grupos de doenças, ele pensava que, na ausência de critérios neuropatológicos, teria de se contentar com as descrições clínicas. (BERRIOS; HAUSER, 2013, p.130)

Kraepelin tem um ponto de partida bem definido. Apoiava-se especialmente na obra de Kahlbaum. Esse teórico da psiquiatria já havia proposto a adoção do método empírico-clínico para a montagem de uma classificação das doenças mentais. É em Kahlbaum que pela primeira vez se lê a importância da observação do tempo, ou seja, do “curso da doença” na psiquiatria. Para ele “a ‘essência’ da doença [...] se encontrava em sua história natural e perfil temporal” (BERRIOS; HAUSER, 2013, p.131).

Entretanto, Kahlbaum privilegiava a teoria, e seus escritos careciam de uma comprovação de base empírica. É sobre este furo que Kraepelin iniciará sua prática. Buscou testar as hipóteses de seu antecessor e iniciou uma observação em campo, acerca dos “aspectos” (ou sintomas) que forneceriam “[...] informação no que diz respeito à ‘essência’ de uma doença. Ele esperava que, uma vez identificados, esses sintomas poderiam ser utilizados como critérios para gerar uma classificação que fosse, pela primeira vez, baseada *in re*” (BERRIOS; HAUSER, 2013, p.131).

Passou a realizar estudos longitudinais nos serviços que coordenou, separando os sintomas particulares ou “acidentais”, dos essenciais à doença. Afinal, em virtude da variedade de apresentações das doenças mentais, uma observação continuada dos casos ao longo de anos, poderia indicar “cursos similares de doença e doenças uniformes pela observação retrospectiva” (Kraepelin *apud* BERRIOS; HAUSER, 2013, p.131).

O tempo também lhe possibilitava observar, mais do que simplesmente escutar o doente. Nas repetições, afastava-se das “pistas falsas” que o estado de desrazão pudesse promover. Reproduzia, então, o movimento clínico de certo afastamento da escuta do doente como portador da verdade, para escutar a repetição dos sintomas essenciais e desvendar a língua da doença.

Esta aposta metodológica era então fundamentada por quatro elementos da clínica geral: a causa orgânica, a hipótese ontológica da doença, a incorporação da variável tempo, que até aquele momento não integrava o raciocínio e a prática da psiquiatria e a alteração na posição do doente e do clínico.

Sem dúvidas, Kraepelin conseguiu finalmente integrar o método clínico à psiquiatria. Ele fez uso do “diagnóstico de uma forma ‘funcional’ e adiou a sua esperança de encontrar uma ligação entre a anatomia e o quadro clínico. Ele insistiu, no entanto, em seu objetivo de curto prazo de encontrar uma classificação válida” (BERRIOS; HAUSER, 2013, p.137). Assim, com seus achados, “o raciocínio psiquiátrico foi estabelecido e empiricamente provado, estabelecendo a realidade da doença mental e sua prevalência universal, independente da cultura” (CÂMARA, 2007, p. 310).

Seus estudos incluíram ainda a pesquisa sistemática dos antecedentes hereditários nas doenças mentais, e experimentações psicofarmacológicas como possibilidades terapêuticas. Essas duas práticas abriram o campo para o estabelecimento da genética psiquiátrica e da psicofarmacologia, como conhecemos hoje (CÂMARA, 2007).

Assim, no final do século XIX, pouco mais de cem anos após o nascimento da clínica, estava montada, então, a clínica *psi*. E, “around 1900, Kraepelin was being praised as the man who had introduced clarity into the chapter of mental diseases, and his system gradually found acceptance everywhere”²⁹ (ELLENBERGER, 1994, p. 285). Tanto que hoje, mesmo com aparentes oscilações, é correto dizer que: “a psiquiatria ainda vive em um mundo kraepeliniano” (BERRIOS; HAUSER, 2013, p.127).

Se outras tentativas de abordagem foram tentadas ao longo do último século, elas não negligenciaram o uso do método clínico como parâmetro para seu desenvolvimento. Mantiveram conservadas a aposta na materialidade da doença, a observação do curso da enfermidade utilizando a comprovação do prognóstico para o estabelecimento do diagnóstico e a classificação taxonômica das patologias. Adicionaram a isso, o espetáculo, com as

²⁹ Por volta de 1900, Kraepelin era aclamado como o homem que introduziu clareza sobre o capítulo das doenças mentais, e seu sistema gradualmente encontrou aceitação em todos os lugares. (Tradução nossa)

apresentações de pacientes: prática que “consiste no exame do paciente, realizado pelo médico diante de um público composto, em geral, pelo corpo clínico e por alunos” (FERREIRA, 2007, p.296). E que, de acordo com Foucault (2005), já era usual desde o curso de clínica das enfermidades mentais oferecido por Esquirol, em Salpêtrière, já em 1817.

Por fim, a clínica *psi* pareceu trabalhar com os últimos elementos através dos quais a clínica geral conferiu estabilidade à instituição de saúde: nos últimos anos passou a valer-se de “epidemias de doenças mentais” para estabelecer enfim uma medicalização especificamente psiquiátrica. Mas esses são temas que merecem outras linhas, e por isso os discutiremos com mais precisão nas entradas a seguir.

O que vale lembrar, por ora, é que o interesse pelos textos de Kraepelin apareceu renovado nos anos 70 do século XX (BERRIOS; HAUSER, 2013). É importante mencionar esse fato, pois trata-se do período no qual se experimentou os avanços mais significativos da psicofarmacologia e dos exames de imagem. Era um tempo no qual apontava-se que a intenção original de Kraepelin poderia finalmente ser alcançada. Assim, não é por acaso que toda essa conjuntura parecerá ser definitiva para a mudança dos DSM em direção à perspectiva clínica-empírica, atórica, cuja etiologia, caso apresentada, estaria relacionada às bases químicas, genéticas, orgânicas, descartando qualquer narrativa moral.

O mais interessante é notar, tal como fez Ellenberger, que esse “inventor da clínica *psi*”, assim como os manuais dos quais falamos aqui,

has become the whipping boy of many present-day psychiatrists who claim that his only concern for his patients was to place diagnostic labels on them, after which nothing more was done to help them. In fact, however, he took the greatest care that every one of his patients should receive the best treatment available in his time, and he was an extremely humane person.³⁰
(ELLENBERGER, 1994, p. 285)

4.1.4 - Clínica, Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise

Chegamos então a um ponto crucial deste texto.

Definidas a clínica e sua versão na psiquiatria já é seguro afirmar que os manuais psiquiátricos DSM respondem a esse conceito. Tal como colocava Miller, que em outro ponto já evocamos aqui,

³⁰ tornou-se o bode expiatório de muitos psiquiatras dos dias de hoje que alegam que sua única preocupação com seus pacientes era a de atribuí-los um rótulo diagnóstico, e depois disso nada mais era feito para ajudá-los. Na verdade, entretanto, ele se preocupava muito com o fato de que cada um de seus pacientes deveria receber o melhor tratamento disponível na época e era uma pessoa extremamente humana. (Tradução nossa)

“[...] essas coletâneas que aparecem periodicamente sob o acrônimo DSM, façamos-lhes justiça, são indiscutivelmente uma clínica. Respondem a seu conceito, apresentam uma lista de sinais e de índices. Ela é, sem dúvida, um pouco mais fraca quanto à classificação. Podemos censurar nessa clínica sua dispersão, sua fragmentação, (MILLER, 2011, p.77)

Mas, já podemos dizer que é, de fato, o espírito da clínica que anima essa empreitada. Pois bem, tal como sugeriu o psicanalista, agora seria possível deixar “de bom grado o termo clínica para os DSM” (2011, p.77).

E, aqui, quando digo “deixar” essa afirmação implica em outra coisa.

Se deixo o termo clínica aos DSMs é tanto porque reconheço neles essa propriedade, quanto por entender sua inadequação à psicologia e à psicanálise. Se posso **deixar** o termo clínica para os DSMs é porque agora é mais fácil ver que não há psicologia ou psicanálise clínica. Vejamos o porquê.

No caso da psicologia, primeiro precisamos pontuar que não há e nunca houve uma única psicologia. Fala-se de psicologias, no plural, graças à multiplicidade de abordagens criadas para compreender um objeto que também varia: o comportamento, as funções cerebrais, a metafísica mente, o inconsciente, o ser, entre tantos outros. Estranho, não? Mas de fato, elas variam tanto em posicionamento epistemológico quanto em objeto.

Sim, as psicologias do século XIX herdaram da “Aufklärung a preocupação de alinhar-se com as ciências da natureza e de encontrar no homem o prolongamento das leis que regem os fenômenos naturais” (FOUCAULT, 2006, p.133). É justamente isso que permitiu que esse conhecimento fosse apartado da filosofia, seu campo de origem. Nessa ocasião, surgem os modelos físico-químico de Mill, o modelo orgânico de Wundt (cujo laboratório teve como pesquisador o próprio Kraepelin) e o modelo evolucionista de Spencer. Até que, nos últimos anos daquele século, deu-se a “descoberta do sentido” (FOUCAULT, 2006) e lentamente o alinhamento positivista foi sendo abandonado.

Janet inaugura essa tendência introduzindo o sentido nas relações de estímulo e reação com a noção de conduta humana. Husserl que, em 1887, iniciará suas pesquisas propondo uma *Psychologische Analysen* (1887) abrirá o caminho para a perspectiva fenomenológica. Também são deste período os primeiros estudos de metapsicologia realizados por Freud, os quais culminarão na invenção do inconsciente no século seguinte. Anos mais tarde, nos Estados Unidos, Skinner passou a buscar significações objetivas que fornecessem parâmetros experimentais para a psicologia. Nascia então a ciência do comportamento. Contemporaneamente, outros tipos de evidências, baseadas especialmente na observação da leitura visual, instrumentalizavam Wetheiner, Kölher e Kolfka para o desenvolvimento da

teoria da Gestalt e sua aplicação psicológica. No campo da evolução e da gênese humana, Piaget e Wallon avançaram nos estudos sobre a forma pela qual se desenvolvem o conhecimento e os afetos, para os quais Vygotsky acresceu os elementos sociais e históricos. Para além disso, houve também aqueles que fizeram dessa abordagem objetiva das significações, uma psicologia métrica. Tais como Binet e Cattell, cujas teses sobre inteligência derivaram no teste popularmente chamado teste de QI, e Muway e Rorschach que desenvolveram seus achados a partir de testes projetivos para a determinação do caráter e expressão de traços subjetivos. Enfim, vários objetos e variados métodos, que seguramente não conseguimos apresentar em totalidade.

Se essa flutuação constante denunciava a fragilidade da psicologia enquanto um campo específico, o posicionamento político e econômico a sustentou ao longo do século XX. Os psicólogos souberam recobrir os mais diversos campos. Onde houvesse algo humano haveria lugar para a psicologia. Assim, foi infiltrando-se e pareando-se a outros saberes que a psicologia pode subsistir. No decorrer desses últimos cento e cinquenta anos

[...] a psicologia instaurou relações novas com a prática: educação, medicina mental, organização de grupos. Ela se apresentou como seu fundamento racional e científico: a psicologia genética constituiu-se como o quadro de toda pedagogia possível, e a psicopatologia ofereceu-se como reflexão sobre a prática psiquiátrica. Inversamente, a psicologia se colocou como questão os problemas suscitados por essas práticas: problema do sucesso e do fracasso escolar, problema da inserção do doente na sociedade, problema da adaptação do homem a sua profissão. (FOUCAULT, 2006, p. 134)

Logo, é possível afirmar que a psicologia não é em si clínica. Tanto é que os behavioristas de antes e de hoje não se dedicam ao estudo e diagnóstico de doenças, mas sim de comportamentos, e os cognitivistas, de funções. Os humanistas tratam do ser e a genética e o sócio-construtivismo, do conhecer e, mesmo aqueles que dizem fazer uma psicologia de inspiração psicanalítica, têm seu foco nas manifestações do inconsciente. O fato é que, o que se chama psicologia clínica é muitas vezes a apresentação terapêutica da psicologia, e não uma clínica de fato tal como a que conseguimos definir nesse ensaio.

Se a psicologia se vale da clínica é, enquanto um pareamento para apontar os problemas suscitados por essa prática, algo similar ao que por ora fazemos aqui ou, na pior das hipóteses como instrumento político tal como a medicina o fez antes dela. Sim, é com vistas a legitimar seus campos de prática: na saúde, na escola, nas organizações, que ela faz uso dos diagnósticos psiquiátricos que lhe são, em origem, “alienígenas”.

No caso da psicanálise, a confusão talvez seja mais justificada. Afinal, Freud nunca escondeu o desejo inicial de obter comprovações empíricas para sua invenção. Em seu projeto, estão inclusive as raízes teóricas do modelo de funcionamento neuronal verificado nesse século.

Entretanto, os avanços da psicanálise a afastaram do contexto médico em que nascera. A análise leiga, conduzida por não-médicos, foi importante para abrir as possibilidades de uma psicanálise não-clínica, ou seja, cuja prática não está centrada na doença, mas sim nas formações inconscientes, entre elas, os sintomas. Ora, mas o que são então as categorias neurose, psicose e perversão ainda tão citadas por psicanalistas? Sim,

na psicanálise, perpetuaram-se classes clínicas herdadas, em boa parte, da psiquiatria, onde eram elaboradas por professores às vezes levados a se afastar da interlocução com os pacientes. [...] Seja qual for a sofisticação que possamos dar a essa classificação, um psicanalista terá que se referir a ela, isso faz parte dos instrumentos dos quais nos servimos, mesmo quando reprovamos seus fundamentos. Ela serve, mas nos aperta, arrocha o raciocínio e é preciso um esforço muito especial para conseguirmos dela nos descolar. (MILLER, 2011, p.77)

Nesse caso, parece que algo da clínica permanece aqui. Essa é uma questão da qual não se é tão simples escapar. Haverá aqueles que argumentarão que essas nomenclaturas se tratam de estruturas para pensar os casos e que por isso não seriam da mesma ordem que as demais classificações. Mas, esse é um argumento que não se sustenta, pois os fins não deveriam justificar os meios (a não ser que se concorde com Maquiavel³¹ ou alguns utilitaristas, coisa que não parece alinhar-se com a ética e com a política desta prática).

O fato é que, apesar dos avanços desde Freud, a clínica nesse campo retorna sempre no que, vez por outra, escutamos aqui e ali: “este é um sintoma típico de histeria”, ou “não preenche todos os requisitos para uma psicose, mas...”. Isso para não dizer dos “casos inclassificáveis”. Fala-se como se houvesse sintomas próprios a cada estrutura. Típicos, tipos, classes cuja categorização termina sempre por apagar a nomeação singular de cada um.

O estranho é que, ao menos em um ramo da orientação psicanalítica, a lacaniana, a tônica deveria ser outra. Afinal, é sabido que, em seu último ensino, Lacan pôde prescindir das categorias clínicas em uma radicalização da psicanálise do singular. É certo que muito antes ele já ensaiava abandonar os tipos clínicos e estruturas clássicas em prol de uma psicanálise continuísta e não classificatória. Os matemas já podem ser lidos como uma direção nesse sentido, mas o movimento faz-se notar com mais propriedade nas aulas de **Sinthoma** (2007).

³¹ “Os meios serão sempre julgados honrosos e por todos louvados, porque o vulgo sempre se deixa levar pelas aparências e pelos resultados, e no mundo não existe senão o vulgo; os poucos não podem existir quando os muitos têm onde se apoiar.” (MAQUIAVEL, 1997, p.103)

Como lembra Miller, “O que Lacan chama de *sinthoma* é, por excelência, o conceito singular, cuja extensão é tão somente o indivíduo.. [...] Lacan [...] chama de *sinthoma* a tautologia do singular.” (MILLER, 2009, p. 38). Nesse seminário, ele chega inclusive a derrubar a possível diferença categorial que classificaria *sinthoma* e sintoma como distintos, comunicando à audiência que tanto faz como escolham nomear pois sintoma ou *sinthoma*, são singulares. E, eu completaria, não fazem, nem devem fazer classe.

Mas, é sem dúvidas no Seminário 24 que ele extrai as últimas consequências de sua enunciação. Abandona de vez a linguagem para pensar a estrutura, afinal a linguagem “fascista”, como já dizia Barthes (1980), invariavelmente estabelecerá categorias. E assim, apela para a topologia de modo radical. Nesse caso, em alguns momentos diz, “[...] a estrutura do homem é tórica” [tradução nossa] (LACAN, 2019, p.11) e em outros, que a “[...] estrutura, não significa nada além do nó borromeu” [tradução nossa] (LACAN, 2019, p.53), para enfim concluir que:

Tudo o que sabemos sobre o homem é que ele tem uma estrutura, mas essa estrutura não é fácil de dizer. A psicanálise expressou sobre esse assunto algumas lamentações, a saber, que o homem se inclina para o seu prazer, que um sentido claro: o que a psicanálise chama de ‘prazer’ é sofrer, sofrer o mínimo possível. Ainda deve haver lembre-se de como defini ‘o possível’, que tem um curioso efeito de reversão, pois digo que: ‘O possível é o que para de escrever’. (LACAN, 2019, p. 73)

O mais interessante aqui é que, ao apontar para essa singularidade impassível de definição por categorias, sejam elas quais forem, aponta-se para o avesso da biopolítica (LAURENT, 2016), aponta-se para o avesso da clínica.

Ora, mas o que restaria à psicanálise se optarmos por deixar a clínica de bom grado aos DSMs como o sugeriu Miller (2011), por exemplo? Bem, penso mesmo que vale recordar o que Lacan enunciou sobre o **Lugar da psicanálise na medicina**, quando retoricamente questionou: “Em nome de quê terão vocês que falar, senão precisamente desta dimensão do gozo³² do corpo e disto que ele comanda quanto à participação em tudo que está no mundo?” (LACAN, 2001, s/p).

Sim, prescindindo da clínica e da suposição de saber que ela engendra, ainda resta um fazer bem próprio à psicanálise dessa orientação. Aquele que coloca os analistas na posição de parceiro-sintoma dos que escutam. Sempre mais ocupados com a singularidade do como se

³² Gozo na perspectiva lacaniana estaria relacionado ao ganho primário do sintoma, à satisfação/insatisfação em torno da qual este se monta. Apesar desta breve tentativa de definição, é necessário lembrar que o termo gozo teve sua significação continuamente alterada ao longo do ensino de Lacan e maiores detalhes podem ser lidos em **Os seis paradigmas do gozo** (MILLER, 2012).

goza e suas implicações, do que com as classes, tipos, ou estruturas básicas que supostamente orientariam qualquer fazer. Sim, sob essa direção “[...] o analista enquanto causa de desejo, sujeito suposto saber, cedeu lugar ao analista parceiro-sintoma.” (ALMEIDA, 2010, p.2). Aquele que é capaz de realizar certa parceria com o analisando, sendo “[...] parceiro tanto do gozo quanto do inconsciente” (QUINET, 2003, p.132). O que Lacan formaliza como

[...] analista como parceiro-sintoma do sujeito, causa uma revolução no campo da psicanálise aplicada, pois o objeto analista fazendo suplência onde a suplência do sujeito não funciona [o que] nos afasta dos casos clássicos, [e] que a psicanálise [possa] ser aplicada em diversas condições, prescindir do standard, variar e espaçar o tempo das sessões, dispensar o divã, sem se tornar uma psicoterapia. (VICENTE, 2004, p. 41)

Vê-se então que os avanços nesse campo permitiram que a doença se convertesse, não em uma alteração ou em algo ontológico, mas em um dado tautológico a ser acompanhado e não decifrado. Ela, a doença, está presente no humano, lhe é constituinte e singular, varia tanto quantos forem os casos, e assim não há de se medi-la ou classificá-la, mas sim de se encontrar uma maneira de bem dizê-la (LACAN, 2003), e dela padecer menos. Assim, também é possível dizer que há, ao menos, uma psicanálise não clínica: a do último ensino de Lacan.

Desta forma, parece-nos cada vez mais sem sentido um movimento que apoie uma clínica ética em oposição a uma clínica “rotuladora”, um movimento contra ou a favor dos manuais, anti ou pró psiquiatria. Afinal, não se trata de oposição ou defesa, mas de compreensão do alcance e de poder político que o instrumento “clínica” proporciona, e por outro lado da possibilidade de deixar cair esse objeto em práticas que podem dele prescindir.

Caminhemos mais um pouco.

4.2 – A CLÍNICA: NOSOPOLÍTICA À BIOPOLÍTICA

A nosopolítica (etimologicamente: política das doenças) é um termo cunhado por Foucault em 1974 (FOUCAULT, 2006) para referenciar a micropolítica de administração da vida que se estabeleceu a partir do nascimento da clínica no século XVIII. Trata-se de uma direção baseada em um desdobramento na compreensão das doenças como um problema político e econômico que de início promoverá a intervenção estatal sobre questões relativas à saúde das populações.

A noso-política, mais do que o resultado de uma iniciativa vertical, aparece, no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral. [...] Qual o suporte desta transformação? A grosso modo, pode-se dizer que se trata da preservação, manutenção e conservação da "força de

trabalho". Mas, sem dúvida, o problema é mais amplo: ele também diz respeito aos efeitos econômico-político da acumulação dos homens. (FOUCAULT, 2006, p.195-198)

Naquela ocasião, ela compreendia duas frentes básicas: o privilégio da infância e a medicalização da família, e o privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social. Ou seja, garantir o aumento da população através da diminuição da mortalidade infantil e mantê-la produtiva pela vigilância em saúde.

Assim, estabeleceram-se prescrições médicas bem exatas para as famílias. E, de modo a garantir uma melhor aceitação, elas foram revestidas do sentido de “amor e cuidado mútuo”. As instruções incluíam obrigações de cuidado, contato, atenção, asseio, higiene, aleitamento materno, sugestões de vestuário adequado ao clima e exercícios para a promoção de saúde. O fortalecimento dos laços conjugais e das relações entre pais e filhos era incentivado, de maneira que as relações familiares passaram a ser modificadas por esse novo meio de subjetivação.

No campo da higiene, a cidade passa a ser o objeto da medicalização. As práticas eram sanitárias e de controle epidemiológico. Aqui começa a se estabelecer um laço direto entre as instâncias do poder público e a medicina. Os médicos ocupavam, pouco a pouco, o lugar de administradores ou conselheiros da saúde, especialistas na arte de governar o “corpo social”. Foi esta função higienista, edificada sobre o saber clínico, que lhes concedeu certo poder político no anos finais do século XVIII. Um poder que, no século seguinte, acharia-se expandido para os campos social e econômico.

Mas a influência política da clínica não parou por aí. Se no século XVIII tratava-se de uma política para o controle da mortalidade e das doenças com vistas ao aumento da disponibilidade da força de trabalho, no século XIX tratar-se-á de uma política sobre a vida: a biopolítica. Ampliada a partir da nosopolítica que a antecedeu, a biopolítica refere-se à forma como

o capitalismo que se desenvolveu entre os confins do século XVIII e o início do XIX, socializou um primeiro objeto, o corpo, em função da sua força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não operou simplesmente através da consciência ou da ideologia, mas se exerceu no corpo e com o corpo. Para a sociedade capitalista, o mais importante é o somático, o corporal. O corpo se constitui enquanto realidade bio-política, e a medicina como estratégia bio-política. (FOUCAULT, 2006, p.80)

A biopolítica tinha por objetivo manter as médias, garantir possibilidades de compensação para uniformização da população e assim otimizar os estados de vida. Enquanto prática, se fundamentará em mecanismos de controle, previsão, regulação e normatização da vida. É por isso que podemos dizer que ela ultrapassa a nosopolítica. Afinal, o cerne de sua

proposição já não é a oposição saúde *versus* doença e sim com o binômio híbrido: saúde/normal *versus* patológico.

É pela biopolítica gestada graças à operação deste “curto circuito” que se promoveu a ampliação do antagonismo artificial entre o normal e patológico. Um artifício que, nos anos seguintes, determinaria uma valorização crescente da norma e do ideal de normalidade. Assim,

no século XIX, a medicina havia ultrapassado os limites dos doentes e das doenças, mas ainda existiam coisas que continuavam a ser — não médicas — e pareciam não “medicalizáveis”. A medicina tinha um exterior e se podia conceber a existência de uma prática corporal, uma higiene, uma moral da sexualidade, etc., não controladas nem codificadas pela medicina. [...] Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado. E quando se quer objetar à medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso é feito em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso. (FOUCAULT, 2010, p. 183-185)

Há quem entenda a biopolítica como uma externalidade, ou um efeito colateral à clínica. Como se essa política funcionasse tal qual uma doença iatrogênica.

O termo técnico [...] *iatrogênese*, é composto das palavras gregas *iatros* (médico) e *genesis* (origem). Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. [...] Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos. (ILLICH, 1975, p.32)

Entretanto, tomar a biopolítica como um efeito iatrogênico seria reducionista. Seria pensar, tal como Kraus que, hoje, “one of the most widespread diseases is diagnosis”³³ (KRAUS, 1990, p. 77). E, apesar de apreciar a ironia sagaz do austríaco, já ultrapassamos esse ponto. Sim, acompanhamos nesse texto as implicações políticas que o nascimento da clínica geral e da clínica psiquiátrica produziu. E assim, a dimensão doentia de ordem iatrogênica não poderia ser o único fator a ser considerado na análise de um objeto tão complexo.

Se a clínica e atualmente os DSMs são instrumentos de uma biopolítica, é porque eles possibilitaram a inserção do corpo no mercado. Eles converteram o corpo humano em mercadoria e abriram caminho para o consumo da saúde. A análise dessa competência aparentemente intrínseca a ambos pode esclarecer um pouco mais sobre a querela que envolve a crise pós-DSM.

4.3 – UMA QUESTÃO CAPITAL

³³ Uma das doenças mais difundidas é o diagnóstico.

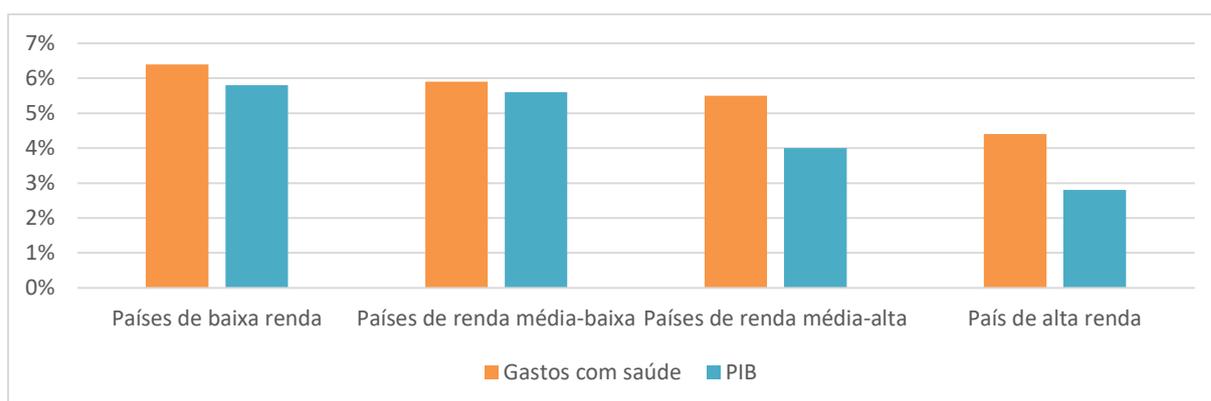
Em 1975, o austríaco Ivan Illich publicava “*Nemesis Médicale: L'expropriation de La Santé*” (ILLICH, 1975). Neste livro, tecia duras críticas à medicina que conduziam para uma crítica mais geral à produção industrial.

Já nas primeiras páginas, apontava um dado curioso: naquela época os gastos em saúde cresciam mais do que o produto mundial bruto. Esse crescimento, que era um fato nos anos 70, segue verdadeiro ainda hoje, cinquenta anos depois. O mais novo relatório mundial da OMS, Organização Mundial de Saúde, sobre os gastos globais com saúde, aponta que:

- Total health spending is growing faster than gross domestic product, increasing more rapidly in low and middle income countries (close to 6% on average) than in high income countries (4%).
- Health system resources are coming less from households paying out of pocket and more through pooled funds, in particular from domestic government sources.³⁴ (XU K; *et al.*, 2018, p.5)

O gráfico a seguir demonstra esse aumento entre os anos de 2010 e 2016.

FIGURA 3 - Média de crescimento dos gastos de saúde por grupos de países



Fonte: adaptado de Xu K *et al.* (2018)

Se Illich pôde ser taxativo ao afirmar que “o nível de saúde não melhora mesmo quando aumentam as despesas médicas” (1975, p.45), nós aqui seremos mais cuidadosos. Afinal, os dados utilizados por ele, nessa ocasião, referiam-se à expectativa de vida que, ao menos na década de setenta, não parecia crescer, ainda que fossem feitos gastos adicionais em saúde.

Todavia, os dados relativos à expectativa de vida diferem dos de cinquenta anos atrás. O último relatório da OMS sobre essa questão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019)

³⁴ Os gastos totais com saúde estão crescendo mais rapidamente do que o produto interno bruto, aumentando mais rapidamente nos países de renda baixa e média (cerca de 6% em média) do que nos países de alta renda (4%).

• Os recursos para consumo do sistema de saúde estão vindo menos das famílias que pagam a partir do próprio bolso e mais através de fundos comuns, em particular de fontes governamentais domésticas. (Tradução nossa)

revelou que: entre 2000 e 2016, a expectativa de vida global ao nascer aumentou 5,5 anos, de 66,5 para 72 anos. E, a chamada esperança de vida saudável ao nascer (número de anos que se espera viver em plena saúde) aumentou de 58,5 anos em 2000 para 63,3 anos em 2016.

Para além disso, o relatório demonstra que a expectativa de vida continua fortemente afetada pela renda, uma vez que nos países considerados de baixa renda, a expectativa de vida é 18,1 anos mais baixa que nos países de alta renda. Mas, não há como dizer se a riqueza dos países está diretamente relacionada ao consumo de saúde de seus habitantes. Assim, a expectativa de vida mais alta pode estar relacionada ao maior consumo de saúde, mas também à disponibilidade de nutrição, elementos básicos de infraestrutura, entre outros aspectos, que em tese, são originalmente alheios à medicina.

Em todo o caso, o resultado registrado no primeiro relatório aponta para uma medicalização do orçamento público e privado. Segundo Illich, essa

medicalização do Orçamento é indicador de uma forma de iatrogênese social na medida em que reflete a identificação do bem-estar com o nível de *saúde nacional bruta* [...]. Essa *saúde nacional bruta* exprime a mercantilização de coisas, palavras e gestos produzidos por um conjunto de profissões que se reservam o direito exclusivo de avaliar os seus efeitos e que tornam o consumo de seus produtos praticamente obrigatório, utilizando seu prestígio para eliminar da vida cotidiana as escolhas alternativas. Este efeito paradoxal da medicalização do Orçamento é comparável aos efeitos paradoxais da superprodução e do super-consumo nas áreas de outras instituições maiores. (ILLICH, 1975, p. 48)

E, aqui a crítica subdimensionada pelos movimentos contra os manuais psiquiátricos reaparece. Ressurge em sua devida proporção, ou seja, ampliada à medicina, mas com uma abertura significativa a um objeto ainda maior: o sistema capitalista. Isso, claro, se não formos capturados pela armadilha de culpar os DSMs, a clínica, a psiquiatria, e a *Big Pharma*, por todos os males... Afinal, sabemos bem que

o mais dileto de todos os passatempos sociais é a busca de culpados. Quando algo sai errado em grande escala, quase nunca se permite que a própria coisa seja posta em xeque, o problema há de estar nas pessoas. Não se responsabilizam propósitos dúbios, relações sociais destrutivas ou estruturas contraditórias, e sim a falta de vontade, a escassa competência ou mesmo a má-fé das pessoas. Bem mais fácil é fazer rolar cabeças do que subverter relações e modificar formas sociais. Essa tendência espontânea da consciência irrefletida para digerir dificuldades mediante atribuições subjetivas de culpa vai ao encontro da ideologia do liberalismo: afinal, ela subjetivou de cima a baixo a questão das causas dos problemas sociais. A ordem reinante do sistema social lhe foi alçada a dogma de uma lei natural, fora de qualquer possibilidade de avaliação – daí a causalidade de experiências negativas não poder recair senão nos sujeitos, em sua existência imediata. Cada qual é culpado de seus próprios infortúnios ou fracassos, mas também crises e catástrofes sociais só podem ser causadas por pessoas ou grupos. subjetivamente culpados (KURZ, 2018, p.1)

Falemos então não de um livro, uma prática ou uma classe culpada pela medicalização, mas do que jaz na estrutura dessa questão.

Não acreditamos que se trate de uma coincidência que a clínica e o capitalismo tenham uma origem comum. Ambos se consolidaram entre dois grandes eventos ocorridos no século XVIII.

A chegada do “século das luzes” trazia consigo o ideal de uma visão plena, livre das sombras que outrora imperaram. Tudo pareceria possível, pois, “agora que o progresso e o iluminismo tinham mostrado ao mundo o que era racional, o que restava a ser feito era apenas retirar os obstáculos que evitavam que o senso comum seguisse seu caminho” (HOBSBAWM, 1996, p.175). E para tanto, medidas drásticas precisavam ser tomadas.

É assim que, não por acaso, em meio a todo o entusiasmo científico que marca o nascimento da clínica, eclodem também as duas grandes revoluções de nosso tempo: a revolução francesa e a revolução industrial. Revoluções, ou como coloca Hobsbawm (1996): uma grande e dupla revolução, cujo efeito foi, simplesmente, o de abrir caminho para o que há anos já era gestado como uma nova ordem. Tratava-se de uma revolução política, científica, mas que, sobretudo, marcava “[...] o triunfo não da ‘indústria’ como tal, mas da indústria capitalista; não da liberdade e da igualdade em geral, mas da classe média ou da sociedade “burguesa” liberal” (HOBSBAWM, 1996, p.10).

Aqui Não que o capitalismo simplesmente surja com as revoluções. Tal como vimos com a clínica trata-se de um processo que foi sendo gestado no gradual solapamento que aos poucos minava a velha ordem. Assim, seria ingênuo apontar as revoluções como produtoras da eclosão de algo inédito. Não se trata disso. Mas antes, de que seriam nelas que se consolidaram o triunfo de algo que já operava ali.

Pois bem, faz-se necessário lembrar que nesse período de transição “a ciência natural foi decerto modo a ‘ciência caseira’ do capitalismo ascendente, foi ela que forneceu um paradigma para uma ‘objetividade’ sem sujeito”. (KURZ, 2017, p.1). Algo que é uma premissa para o funcionamento desse sistema.

Certamente a ascensão do capitalismo como o conhecemos não poderia acontecer em um mundo dominado por uma *aufklärung* religiosa, e especificamente católica. O catolicismo pregava a humildade e o trabalho como a devida penitência pela expulsão do paraíso. Talvez, por isso a reforma no pensamento da época também seja concomitante à reforma protestante. Entretanto, não acreditamos com Weber (1989) que a reforma protestante seja o marco causal para o capitalismo.

Acho que no adiantar dessas linhas você já deve ter percebido que não tomamos nenhum desses eventos como causa, mas sim como contingentes. E, no caso dessa reforma religiosa trata-se de uma contingência que permitiu que, mesmo em um contexto marcado pela religião, as causalidades mágicas e miraculosas gradualmente cedessem lugar às causalidades físicas. De modo que

o mundo passava a ser concebido como um mecanismo. Em decorrência, o interesse pelo corpo modifica-se. A relação que o homem construiu com o corpo será semelhante à relação que ele construiu com a natureza. Uma relação em que predomina a dominação, o controle e a destruição das partes. Se essa compreensão se dissemina nos séculos XVIII e XIX, é no XX que esse modo de pensar e intervir será interiorizado. (CARVALHO, 2006, p.157)

Essa afinidade entre as ciências naturais que abriram caminho para o nascimento da clínica e a economia capitalista pode ser explicada através do exame de dois pontos comuns e fundamentais em seus “métodos”: o funcionalismo e o reducionismo.

O funcionalismo, diz respeito a inquirir apenas pelo modo de funcionar, não pelo sentido ou pela propriedade do objeto em si. E então nesse caso as significações do objeto investigado ficam relegadas às categorias da metafísica, da ideologia ou da opinião subjetiva. Assim “na ‘ciência’, os objetos dissolvem-se em suas funções” (KURZ, 2017, p.3). E nesse caso, na clínica a essência da doença só interessa por suas causas e efeitos, fora de qualquer sentido subjetivo. Por outro lado, o funcionalismo,

na práxis social, trata-se daquela "razão instrumental" criticada por Horkheimer e Adorno, que dá margem a manipulações segundo o fim tautológico cegamente pressuposto da valorização do capital, em que tanto a ciência natural e a técnica quanto a economia teórica acham-se banidas. (KURZ, 2017, p.3)

E nesse caos, novamente encontramos traços do funcionalismo no modo como a clínica, desde seu nascimento, circula no social. Encontramos-lhe na maneira pela qual ela “decide” contar sua história, tal como um ato orientado por uma função que sempre existiu e sempre existirá. Ora, o funcionalismo da clínica aparece sobretudo em sua dita tautologia.

O reducionismo, por outro lado,

[...] significa, ao menos segundo a intenção, que objetos e formas de ordem superior sejam reduzidos a meras "combinações" de objetos e formas de ordem inferior. Economia e ciência natural concordam em grande parte que espírito, cultura e sociedade possam remontar a elementos biológicos ou mesmo econômicos (funções), e esses, por sua vez, a elementos físicos. A consciência humana, o pensar e as formas de interação social a eles conexas devem ser reduzidos a processos neurobiológicos no cérebro. (KURZ, 2017, p.4)

Novamente é preciso que se diga que não se trata, aqui, de fazer juízo de valor e negar os avanços tecnológicos que esta forma de compreender o mundo nos legou. Entretanto, é preciso se fazer reconhecer que diferentemente do que alegam os críticos ao DSM seria incorreto afirmar que: o capitalismo deturpou a clínica e a desviou de seu propósito original.

É necessário fazer ver em definitivo que nunca houve uma clínica não afetada pelo capital. Afinal, clínica contemporânea desde seu nascimento se orienta pelas mesmas bases que estão na origem que desse sistema econômico. A “nossa clínica”, a clínica como a pensamos não seria possível sem o capitalismo. Afinal ambos têm uma constituição comum, andaram e andam sobre os mesmos trilhos ou sob um mesmo discurso.

É preciso reconhecer que a clínica se insere nesse contexto no qual

tanto para a natureza quanto para a sociedade, o enlace desse funcionalismo reducionista com esse reducionismo funcional desenvolve potenciais destrutivos. É por isso que a ciência natural e a economia, apesar de seu patente sucesso na manipulação do homem e da natureza, acabou por não trazer melhora nenhuma às condições de vida. A economia não se cansa de produzir novos surtos de pobreza e crises, a ciência natural, novos "artefatos de destruição". Mas esse infeliz resultado não remonta a um "abuso" contingente, a uma simples "utilização" equivocada da "cientificidade" legítima, antes está radicado nos próprios procedimentos, nos axiomas e no sistema de categorias da ciência natural e da economia. Não estamos às voltas aqui com uma objetividade absoluta e a-histórica, senão com um mundo filtrado pelas formas do moderno sistema produtor de mercadorias, que se fazem passar por um a priori absoluto não apenas no pensamento econômico, mas também no científico. (KURZ, 2017, p. 8)

Não somos idealistas.

Não há como retornar a um ponto em que isso não foi uma verdade. Afinal, desde o século XVIII “o corpo humano se introduziu duas vezes no mercado: a primeira através do assalariado, quando o homem vendeu sua força de trabalho, e a segunda por intermédio da saúde” (FOUCAULT, 2011, p.189). Foi assim que passamos a viver em

[...] uma situação em que certos fatos foram levados a um paroxismo. E esses fatos, no fundo, são os mesmos de todo o desenvolvimento médico do sistema desde o século XVIII, quando surgiu uma economia política da saúde, quando apareceram os processos de medicalização generalizada, os mecanismos da bio-história. A dita crise atual da medicina nada mais é do que uma série de fenômenos suplementares exacerbados que modificam alguns aspectos da curva, mas que não a criaram. (FOUCAULT, 2010, p. 191)

4.4 - CRISE E DEMOCRACIA

Capitalismo, produção de mercadorias, clínica, DSM, medicalização, política, nosopolítica, biopolítica... O fato é que vivemos em

[...] uma época de simultaneidade histórica. Ainda que as situações do ponto de partida, herdadas do passado, sejam distintas, os problemas do futuro só podem ser formulados como problemas comuns a uma sociedade mundial imediata. De acordo tanto com a forma quanto com o conteúdo, os velhos paradigmas da esquerda estão obsoletos: nação, regulação política, reconhecimento burguês, Iluminismo. A crítica precisa ir mais fundo e apreender os pressupostos repressivos desses conceitos ao invés de requerer seus ideais. Do contrário ela dá em água, sem nenhum efeito. (KURZ, 2019, p.6)

E, parece-nos peculiar que essa crítica possa (in)romper e eclodir justo pelo atributo que o funcionalismo e o reducionismo deste sistema insistiram em calar.

Sim, é de se imaginar que em uma sociedade produtora de mercadorias como essa a democracia apareça como uma aporíá. Afinal, não se trata de uma política de pessoas e para pessoas mas, sim de corpos convertidos pela redução e função em mercadorias de uso e troca a serem dispostas no mercado de trabalho e de saúde.

Pois bem, o interessante é notar que o que o sistema e, nesse caso em específico,

lo que la burocracia DSM no puede controlar es un movimiento democrático que hace que los sujetos se adueñen de categorías que les son propuestas por los especialistas para hacer un uso de ellas “off label”. Y no solamente para los medicamentos. Es cierto que psicótico, por ejemplo, es una categoría que nadie quiere. Nadie la ha reivindicado cuando ha sido un poco limpiada de las categorías DSM. Lo que no es el caso de las categorías bipolares, autistas e hiperactivos. La gente se reclama bipolar: “Soy bipolar, lo sé, y no estoy loco.”³⁵ (LAURENT, 2017, p. 11)

Nesse contexto em que predomina a iniciativa de normatização, o singular de cada um aparece nas invenções que pervertem a normatização. Uma capacidade invenção que não aponta para a coletividade tal como se faziam as revoluções no passado, mas para o individual. Algo no “um a um” aponta-nos a possibilidade de criação de uma outra ordem que não essa.

La crisis de las clasificaciones es algo excelente puesto que deja cada vez más oportunidades a cada uno de encontrar allí su lugar y su camino, de encontrar un alojamiento que finalmente desafie a los protocolos universales y permite, para cada uno, usos posibles del encuentro ineluctable con un modo de etiquetaje, y el uso que es posible hacer de ello.³⁶ (LAURENT, 2017, p. 12)

³⁵ o que a burocracia do DSM não pode controlar é um movimento democrático que faz com que os sujeitos adotem categorias que são propostas por especialistas para usá-las “*off label*”. E não só por medicamentos. É verdade que psicótico, por exemplo, é uma categoria que ninguém quer. Ninguém reivindicou quando foi um pouco limpada das categorias do DSM. O que não é o caso das categorias bipolar, autista e hiperativa. As pessoas reivindicam o termo bipolar: "Eu sou bipolar, eu sei, e não sou louco". (tradução nossa)

³⁶ A crise das classificações é algo excelente, pois deixa cada vez mais oportunidades para que cada um encontre seu lugar e caminho, uma acomodação que finalmente desafie os protocolos universais e

Foi assim que escutei uma vinheta clínica que certa vez de um colega partilhava em uma reunião de cartel³⁷. Ele falava sobre sua própria prática em psicologia. Contava: “[...] uma paciente psicótica, resistente às medicações, disse-me que seu psiquiatra finalmente lhe prescrevera um remédio que lhe fazia bem, a Risperidona. ‘Como não usar um remédio que me diz: respire, dona!?’” (DORIA, 2017, p.1).

A vinheta, posteriormente convertida em um texto para um jornal de circulação local, revelava a ironia na forma singular que aquela mulher havia encontrado para se relacionar com a medicação. Afinal, essa medicação em particular não promove nenhum efeito sobre o ato de respirar. De acordo com um de seus fabricantes

a risperidona é um antagonista seletivo das monoaminas cerebrais, com propriedades únicas. Ela tem uma alta afinidade pelos receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e dopaminérgicos D₂. A risperidona liga-se igualmente aos receptores alfa-1 adrenérgicos e, com menor afinidade, aos receptores histaminérgicos H₁ e adrenérgicos alfa₂. A risperidona não tem afinidade pelos receptores colinérgicos. Apesar de a risperidona ser um antagonista D₂ potente, o que é considerado como ação responsável pela melhora dos sintomas positivos da esquizofrenia, o seu efeito depressor da atividade motora e indutor de catalepsia é menos potente do que os neurolépticos clássicos. O antagonismo balanceado serotoninérgico e dopaminérgico central pode reduzir a possibilidade de desenvolver efeitos extrapiramidais e estende a atividade terapêutica sobre os sintomas negativos e afetivos da esquizofrenia. (EUROFARMA, 2019, p. 4)

A ironia é completa se consideramos que a Indústria farmacêutica, como já mencionado em pontos mais iniciais deste texto, investe bilhões de dólares em marketing todos os anos. Criam-se nomes funcionalistas para os fármacos apostando em efeitos desse tipo: o metilfenidato vira Concerta para “consertar” o TDAH e o zaleplon torna-se Sonata para “ninar” o insone, por exemplo.

Mas, aqui, alheia a toda iniciativa capital, essa Dona converte àquela droga um sentido único. Por um efeito de homofonia ela cria uma significação singular completamente alheia a norma social. Assim pode servir-se da medicação com a potência própria àquele que nomeia e, ainda assim, sem o fazer por uma política ou por uma determinação econômica.

Você pode dizer, mas ela fez isso tudo para tomar a pílula, para integrar-se a esse sistema. E aqui, penso que devo chamar-lhe a atenção: não sejamos funcionalistas. O brilho nessa vinheta não está na finalidade da ação, não repetamos aquilo pelo qual funciona a clínica e o

permita, para cada um, usos possíveis do inelutável encontro com um modo de rotulagem, e o uso que é possível fazer dele. (tradução nossa)

³⁷ dispositivo utilizado em escolas de psicanálise de orientação lacaniana no qual quatro pessoas e “mais um” reúnem-se pelo desejo de estudo de um objeto comum para realizar pesquisa e discussões por um período limitado a dois anos.

capitalismo. Não se trata de olhar os fins, mas sim os meios. E, o meio aqui é a invenção fora da norma, singular, que pode apontar para outra coisa que não aquilo que jaz instalado.

Assim, em meio a normatização biopolítica e a aparente submissão totalitária ao mercado, um sutil ato transgressor como esse nos lembra que ainda é possível desviar a ordem vigente. Não pelas antigas categorias, mas por meio de uma invenção.

5 INCONCLUSÕES: NÃO HÁ PROGNÓSTICOS

“A vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o julgamento difícil” (HIPÓCRATES, 1959, p. 23)

É tempo de ensaiar nossas considerações finais sem, contudo, encerrá-las em uma totalidade absoluta.

Sim, o curso desse estudo possibilitou uma leitura crítica da crise pós-DSM através do redirecionamento da queixa corrente de movimentos sociais e de classe, para uma análise detalhada do objeto a ela subjacente: a clínica e suas implicações e efeitos nos processos de medicalização que sustentam a biopolítica.

Tomando a crise de mania diagnóstica atribuída aos manuais como um sintoma, foram levantadas possíveis causas para os acontecimentos que seguiram a publicação do DSM-5. Examinou-se as limitações relativas à linguagem e à classificação, em especial às empregadas pelos manuais. Observou-se então as implicações epidêmicas, sociais e econômicas desta “mania”. Elementos que apontaram para a possibilidade de um problema de ordem política, ou seja, na maneira pela qual a política das classificações *psi* teria sido estabelecida ao longo dos anos. Foi neste ponto que, reconhecendo o fato de que a clínica era em si mesma parte dessa política de classificação, optou-se pelo estudo deste objeto.

Passamos então a discutir a clínica. Afastamos o imaginário de uma presença sempiterna desse objeto distinguido as práticas médicas de antes e de depois do século XVIII. Verificamos como foram criadas as condições para o nascimento da clínica, estabelecidas através da materialização e ontologia da doença conseguidas pelo uso da taxonomia, do rearranjo das posições de médico, doente e patologia e da descoberta e catalogação de leis imutáveis sobre a verdade das enfermidades para a definição de diagnósticos. Acompanhamos então a forma pela qual o instrumento “clínica” foi consolidado como um artifício político para a criação da instituição de saúde através da medicalização oportunizada frente a ameaça das epidemias e pelo espetáculo promovido pela recém-inaugurada anatomoclínica.

Ao final desta revisão, pudemos então restringir o foco à clínica *psi* em suas especificidades. Iniciamos reconhecendo as variações das representações sociais da loucura ao longo do tempo. Vimos como o curto circuito já operado na clínica geral que opunha o normal ao patológico fez nascer a doença mental como um objeto fugidio nas mãos dos médicos. Visitamos algumas tentativas de classificações que falhavam em seu propósito clínico pois conservavam aspectos morais como sintomas e causas. Até que, em Krepelin assistimos à

aplicação do método clínico à psiquiatria. E, ao acompanhar seu trabalho entendemos e pudemos então concluir que: os manuais DSM são sim uma clínica e que a clínica *psi* não seria outra que não a psiquiátrica. Fato esse que se tornou mais evidente ao repassarmos aspectos sobre a história das psicologias e da psicanálise, suas concepções teóricas e práticas. Essa revisão nos abriu novamente a possibilidade de avaliar as implicações políticas do uso da clínica por tantas outras classes ou instâncias que não a médica. Foi justo aí que encontramos na clínica as raízes da nosopolítica e a subsequente biopolítica. Contudo, cuidamos para não estabelecer uma relação de causalidade direta, mas complexa, dado que o objeto “clínica” surge como contingente a outros elementos, em especial o sistema de produção capitalista.

Por fim, em um cenário de aparente simultaneidade histórica, as situações do passado se apresentaram a nós como um presente contínuo. Todavia, encontramos alento e possibilidade do estabelecimento da democracia na transgressão realizada pelos usos *off-label* dos diagnósticos psiquiátricos. Uma invenção singularizada que parece ainda ser capaz de subverter a ordem mesmo que de maneira íntima, distinto dos levantes coletivos de outrora.

Por tudo dito, é possível afirmar que atingimos os objetivos inicialmente estabelecidos nesta pesquisa. Afinal: passamos a compreender a estrutura, o funcionamento e as principais críticas ao manual DSM; revisamos a noção de clínica contemporânea a partir da leitura de seu nascimento no século XVIII e comparamos a estratégia clínica e a iniciativa DSM através de sua estrutura e dos seus efeitos de medicalização na biopolítica.

Nesse processo, podemos ressaltar que o exame dos pressupostos teóricos que sustentam a classificação do manual e as leituras da historiografia e genealogia de Foucault foram fundamentais.

Agora já podemos responder com segurança algumas indagações que inauguram esta pesquisa, mas que apesar disso em nossas linhas iniciais não estavam escritas através de interrogações, mas sim grafadas através do irônico tempo verbal: futuro do pretérito.

Sim, o termo clínica parece adequado para descrever os manuais psiquiátricos. Sim, a crise pós-DSM-5 é antes uma crise na clínica *psi*. E, sim, a clínica contemporânea se constituiu como uma estratégia que contribui para a medicalização da vida e por conseguinte para a biopolítica. Ela o fez por ser capaz de conceder a medicina um poder nunca antes visto. O poder garantido pelo semblante da verdade diagnóstica, estabelecido pela classificação e passível de replicação e predição. É pelo poder engendrado pela clínica que a medicina pôde e ainda pode recobrir campos que não são seus em origem, medicalizando o social, o econômico e o político.

Decerto que muito mais poderia ser dito sobre o outro elemento que parece convergir para que a biopolítica seja a política atual: o capitalismo. As afinidades entre a clínica, o sistema

capitalista e a biopolítica merecem ser exploradas. Entretanto, é preciso que se diga que relação entre esses dois últimos elementos não é novidade. Basta folhear o “Nascimento da Biopolítica” de Foucault (2012) que um desavisado terá a surpresa de encontrar apenas textos sobre a economia neoliberal e os sistemas de governo que se valem de suas máximas, mas nenhuma linha sobre a razão médica em si!

A outra questão que mereceria aprofundamento em pesquisas futuras é a gênese da democracia na invenção e uso *off-label* das classificações. Afinal, abre-se aqui uma possibilidade transgressora que aponta para o avesso da norma e, portanto, o avesso da biopolítica.

Ainda assim (ou talvez justo mesmo por restarem coisas a fazer), acredito que essas linhas mal traçadas tenham cumprido sua intenção original de dissipar parte da alienação que envolve o trabalho em saúde mental, ao menos para mim e para você leitor.

O que fazer a partir daqui? Não sei.

Tudo que sei é que apesar da dificuldade em localizá-lo nos dias atuais, há sim um fora da clínica. Ele existe nos usos *off-label*, mas também em uma terapêutica que dela prescinde. Algo que vejo todos dias em minha prática ora psicológica, ora psicanalítica. Algo que me salta aos ouvidos no discurso dos pacientes que sem nenhum conhecimento da clínica, mas algum conhecimento de si, inventaram uma outra forma de estar nessa existência. Invenções que por vezes perdem o efeito e os conduzem ao consultório. E, nessa experiência, hoje, minha posição acha-se convertida em um semblante de objeto de causa para uma nova invenção, mais do que em um House ou Holmes interessado no deciframento de uma verdade.

Sim, formei-me pela clínica e talvez você também o tenha feito. Mas, hoje posso dizer com segurança e sem receio de diminuir meu fazer, que o que faço não é uma clínica, mas sim um ato analítico, no qual, de qualquer modo, busco operar como parceira sintoma dos que escuto. Não que eu julgue que a clínica deva ser descartada. Afinal, se você se lembra bem, de saída já havia lhe alertado que esse não era um texto contra a medicina, a favor da medicina ou por uma nova medicina.

Tudo o que posso dizer é que, tal como os que vem me ver inventam democraticamente novos usos e significações para a norma, reservo-me ao direito de fazer o mesmo com minha prática. Se você decidirá inventar algo que lhe seja próprio e qual será sua invenção, tão pouco posso precisar. Mas espero que este texto tenha cumprido a intenção de adverti-lo sobre o seu fazer assim como, a tarefa de construí-lo advertiu-me sobre o meu.

REFERÊNCIAS

- ADAM, James. *Mental health: On the spectrum*. Nature: International weekly journal of science. Disponível em: <https://www.nature.com/news/mental-health-on-the-spectrum-1.12842>. Acessado em 30 de novembro de 2013.
- ADORNO, Theodor W. O ensaio como forma. In: *Notas de literatura I*. São Paulo: Editora 34, 2003.
- AGOSTINHO, Santo. *Confissões: de magistro, do mestre*. São Paulo: Abril Cultural, 1980.
- ALMEIDA, Vanda. O analista parceiro sintoma. *Latusa Digital*. Ano 7, n. 40/41, p. 1-4, mar. 2010.
- AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana M. F.; OLIVEIRA, Walter (Orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDREASEN, N. *DSM 5 and the Ongoing Death of Phenomenology*. In: JORNADA “Qui a peur du DSM 5?” da Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de la Santé Mentale, 2013, Paris.
- ARENDDT, Hannah. *Homens em tempos sombrios*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- ARISTÓTELES. *Da interpretação*. São Paulo: UNESP, 2013.
- ASSIS, Machado de. O alienista. In: *Obra completas*. Vol. II, conto e teatro. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1979.
- BARTHES, Roland. *Leçon*. Paris: Éditions du. Seuil, 1978.
- BARATA, Rita de Cássia Barradas. Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-15, Jan-Mar, 1987.
- BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito*. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, Dec. 2011.
- BEIER, M. Algumas considerações sobre o paternalismo hipocrático. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 246-254, 2010.
- BERLINCK, Manoel Tosta. Jean Colombier e François Doublet: o nascimento da psiquiatria. *Revista latino-americana psicopatologia fundamental*. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 108-112, Mar. 2012.
- BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008.
- BERRIOS, German E.; HAUSER, R. O desenvolvimento inicial das ideias de Kraepelin sobre classificação: uma história conceitual. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 126-146, Mar. 2013.
- BOURDIEU, Pierre. *A Distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp, 2007.

BORGES, Jorge Luis. O idioma analítico de John Wilkins. In: BORGES, Jorge Luis. *Outras inquisições*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p. 121-126.

BOUZON, E. *O código de Hamurabi*. Petrópolis: Vozes, 1980.

CAIRUS, HF. O Corpus Hippocraticum. In: CAIRUS, HF., and RIBEIRO JR., WA. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 25-38.

CÂMARA, Fernando Portela. A catástrofe de Kraepelin. In: *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 307-318, Jun. de 2007.

CANGUILHEM, G. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S; et al. (Org.). *A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica*. São Paulo: Editora LeberArs, 2013.

CARVALHO, Y. Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física. *Revista Brasileira de Ciência e Esporte*, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, maio 2006.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editoras, 1987.

CERTEAU, Michel de. *História e psicanálise: entre ciência e ficção*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

CHENIAUX, Elie. Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 27, n. 2, p. 157-162, Jun. de 2005.

CHESTERTON, G. K. *Hereges*. Campinas: Ecclesiae, 2011.

_____. *On Lying in Bed and Other Essays*. Calgary: Bayeux Arts, 2000.

_____. *Ortodoxia*. Campinas: Ecclesiae, 2013.

CZERESNIA, D. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 8 n.2, p. 341-56, jul-ago 2001.

DEMAZEUX, Steeves; SIGNY, Patrick. (Orgs.) *The DSM-5 in perspective: philosophical reflections on the psychiatric Babel*. Heidelberg: Springer, 2015.

DÓRIA, André. *Respire, dona*. Disponível em: <https://www.holiste.com.br/respire-dona-por-andre-doria/>. Acessado em 28 de novembro de 2017.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, v.12, p.39 - 61, 2001.

ECO, Umberto. *A busca da língua perfeita*. Bauru: Edusc, 2001.

_____. *A vertigem das listas*. Rio de Janeiro: Record, 2010.

ELLENBERGER, H. F. *The Discovery of the Unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. London: Fontana Press, 1994.

ENTRALGO, P.L. *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Universidad, 1987.

EUROFARMA. *Risperidona*: bula para profissional da saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5511712015&pIdAnexo=2698267. Acessado em 06 de abril de 2019.

ESPOSITO, Roberto. *Biopolítica y Filosofía*. Buenos Aires: Grama, 2006.

FERREIRA, Beatriz Espírito Santo Nery. *O lugar do médico e seus impasses a partir da clínica contemporânea da anorexia e bulimia*. 2008. 265f.: il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2008.

FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos. Apresentação de pacientes: (re)descobrimo a dimensão clínica. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 295-310, Dec. 2007.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins. Fontes, 1999.

_____. A psicologia de 1850 a 1950. Ditos Escritos: In: MOTTA, M. B. (Org.). *Ditos & escritos I: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, São Paulo, v. 18, p. 167-194, 2010.

_____. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2006.

_____. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCES, Allan. *Saving normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow, 2013.

FREUD, S. Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas. In: *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise Parte III (1915-1916)*. Rio de Janeiro: Imago, 1999a.

_____. O Recalque. In: *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*. Rio de Janeiro: Imago, 2001a.

_____. O Inconsciente. In: *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*. Rio de Janeiro: Imago, 2001b.

_____. *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (1901)*. Rio de Janeiro: Imago, 1999b.

GARCIA, C. et al. A nomeação diagnóstica e o sujeito prêt-à-porter. In: ENCONTRO, *Terceiro Encontro Americano, XV Encontro Internacional do Campo Freudiano*. 2007, Belo Horizonte.

GARCIA-ROZA, Luiz. *Palavra e verdade: na filosofia antiga e na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

GUAL, C. G. et al. *Biblioteca Classica Gredos*. Madri: Gredos, 1983.

HACKING, I. Sobre a taxonomia dos transtornos mentais (Resenha). *Discurso*, São Paulo, v. 1, n. 43, p. 301-314, 18 set. 2014.

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-IV. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

HESS, V.; MENDELSONH, J. Fallgeschichte, Historia, Klassifikation: François Boissier de Sauvages bei der schreibarbeit. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*. Leipzig, v. 21, n. 1, p. 61–92, fev. 2013.

HIPÓCRATES. *Aforismos de Hipócrates*. São Paulo: Zumbi, 1959.

HIPPOCRATES. *Hippocrates Volume VII: Epidemics*. Cambridge: Harvard, 2018a.

_____. *Hippocrates Volume XI: diseases of women 1 and 2*. Cambridge: Harvard, 2018b.

HOBSBAWM, E. J. *A era das revoluções*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nemesi da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JAMES, Robert. *A Medicinal Dictionary: Including Physic, Surgery, Anatomy, Chymistry, and Botany, in All Their Branches Relative to Medicine; Together with a History of Drugs, an Account of Their Various Preparations, Combinations, and Uses; and an Introductory Preface, Tracing the Progress of Physic and Explaining the Theories Which Have Principally Prevail'd in All Ages of the World – Vol III*. London: T. Osborn, 1755. Disponível em: https://archive.org/details/BIUSante_01686x03. Acessado em 02 de janeiro de 2019.

JIANG, F.; et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*. v. 2, n.4, p. 230-243, 2017.

KAWA, Shadia; GIORDANO, James. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. In: *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*: PEHM. London, v. 7 n.2. 13 Jan. 2012.

KRIPKE, Saul. *Nomear e necessidade*. Lisboa: Gradiva, 2012.

KANT, I. Ensaio sobre as doenças da cabeça de 1764. *Revista Filosófica de Coimbra*. Coimbra, n. 37, p. 201-224, 2010.

KURZ, Robert. *A nova simultaneidade histórica: o fim da modernização e o começo de uma outra história mundial*. Disponível em: <http://www.obeco-online.org/rkurz154.htm>. Acessado em: 02 de janeiro de 2019.

_____. *O homem reduzido*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs0310199908.htm>. Acessado em: 04 de abril de 2017.

_____. *Populismo histórico*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs1803200109.htm>. Acessado em: 13 de abril de 2018.

LACAN, J. *L'insu que sait de l'une-bévues'aile à mourre*. Disponível em: <http://staferla.free.fr/S24/S24%20L'INSU....pdf>. Acessado em 05 de outubro de 2019.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo, n.32, 2001.

_____. *O seminário, livro 23: o sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. Televisão. In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LAURENT, Éric, *La crisis post-DSM y el psicoanálisis*. Disponível em: www.latigolacanian.com. Acessado em 02 de fevereiro de 2017.

LOPES, O.C. *A medicina no tempo: notas de história da medicina*. São Paulo: Melhoramentos, 1969.

MACHEREY, P. A filosofia da ciência de Georges Canguilhem. In: CANGUIHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

MANIFESTO POR UMA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA NÃO ESTATÍSTICA. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 361-372, set. 2013.

MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. D. T. Residência Médica no Brasil. *Cadernos ABEM*. Rio de Janeiro, v. 7, p 13-27, out. 2011.

MILLER, J. A. O inconsciente e o sintoma. In: *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 55, 2009.

_____. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana online nova série*. Ano 3, n. 7, p. 1-49, mar. 2012.

_____. *Perspectivas dos Escritos e Outros escritos de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – BR. *Manual da classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito: sexta revisão*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde; 1952.

MONTAIGNE, M. Demócrito e Heráclito. In: *Ensaio*. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

MOREIRA, M. *O DSM, o sujeito e a clínica*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORTEGA, Francisco et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 499-512, set. 2010.

PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 152-157, jun. 2003.

PLATÃO. *Diálogos VI*: Cratilo, Carmides, Laques, Ion, Menexeno. São Paulo: Edipro, 2010.

PEREIRA, J. F. *O que é Loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

QUEIRÓS, Eça. *As cidades e as serras*. São Paulo: Babel, 2012.

QUINET, Antônio. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

- RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan-jun 2003.
- ROTTERDAM, Erasmo de. *Elogio a Loucura*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- SABSHIN, M. Turning points in twentieth-century American psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, Washington, v.147, n.10, p. 1267-1274, 1990.
- SAFATLE, V. *O cinismo e a falência da crítica*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- SANTOS, Ricardo. *Paradoxos semânticos: compêndio em linha de filosofia analítica*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2014.
- _____. *Vagueza: compêndio em linha de filosofia analítica*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2015.
- SERPA, O. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de "o normal e o patológico" de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 121-135, 2003.
- SOCA, R. *La fascinante historia de las palabras*. Buenos Aires: Interzona, 2013.
- SPITZER, Robert. *DSM-5: Open and Transparent?* Published Online:18 Jul 2008. Disponível em: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.43.14.0026> Acessado em 12 de abril de 2017.
- STEIN, D. J; et al. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Current opinion in psychiatry*. London, v. 26, n.5, p. 493-497, 2013.
- STOP-DSM. *Stop DSM*. Disponível em <https://stop-dsm.com/en/category/why-stop-dsm/>. Acessado em 20 de junho de 2017.
- VICENTE, Sônia. O ato analítico. *Cogito*, Salvador, v. 6, 2004. p. 39-43.
- XU K, Soucat A. et al. *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/HIS/ HGF/HFWorkingPaper/ 18.3). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>. Acessado em 18 de novembro de 2018.
- WEBER, Max. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1989.
- WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization, 2019.
- ZORZANELLI, Rafaela T.; CRUZ, Murilo G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 70. *Interface (Comunicação, Saúde, Educação)*, São Paulo, v. 22. n. 66, p. 721-31, 2018.