

O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos “novos sujeitos”?¹

Rogério Paes Henriques

¹ Como citar esse artigo:

HENRIQUES, R. P. O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos “novos sujeitos”? In: BIRMAN, J. et al. *A Fabricação do Humano: psicanálise, subjetivação e cultura*. São Paulo: Zagodoni, 2014, p.83-94.

RESUMO

Este trabalho procura lançar nova luz nos estudos sobre a subjetividade, trazendo a contribuição da psicanálise e de sua noção de sujeito. É um lugar comum na atualidade se apontar o surgimento de novos “sujeitos somáticos”, a partir da constatação de uma mudança na forma como vimos nos subjetivando, cujo deslocamento opera-se de uma concepção psicológica para outra corporal/cerebral. Na contramão dessa perspectiva, afirmamos que o que há de novo na contemporaneidade é a emergência não de “novos sujeitos”, mas de um novo ideal ligado à saúde, encarnado pelo discurso do mestre da medicalização. Questionamos como se pode tomar (clínica e epistemologicamente) as novas formas do ideal de salubridade que caracterizam a contemporaneidade como se fossem “novos sujeitos”, quando se sabe que, desde Freud, o ideal é o avesso da assunção subjetiva. Contrapomos, portanto, às novas formas do ideal, o sujeito da psicanálise, cuja subversão – promovida por Freud –, teve como correlata sua destituição subjetiva. O que caracteriza o sujeito psicanalítico é justamente sua inconsistência radical, que só se “constitui” às avessas, enquanto “falta-a-ser” e “furo no real”. Nesse sentido, a tentativa contemporânea de fazê-lo consistir identificando-o ao corpo biológico ou, a uma parte dele, o cérebro, o reduz ao eu ideal, ou seja, a mero semblante.

A medicalização da vida e o ideal da saúde perfeita

I too believe that humanity will win in the long run; I am only afraid that at the same time the world will have turned into one huge hospital where everyone is everybody else's humane nurse. (Goethe, 1787; *apud* Parens, 2011)

A medicalização é um tema da moda e, como tal, anima a academia e desperta paixões. Há aqueles que a denunciam e aqueles que a defendem, e ambos com o mesmo fervor. Quer seja tratada como a nova vilã por alguns, seja como a nova panaceia do mundo contemporâneo, por outros, a medicalização resiste à redução aos extremos de seu espectro. Tomá-la-emos aqui como um significante compartilhado na atualidade, isto é, como uma boa metáfora que constitui um ponto fixo, um ponto de basta, que ordena as queixas ao saber médico, tomado como dispositivo de controle social.

Há duas definições conceituais recentes para a medicalização: a *soft* de Paul Weindling, que a entende como extensão da racionalidade médica a uma ampla gama de atividades sociais; a *hard* de Thomas Szasz, que a concebe como conversão direta de problemas sociais e morais em doenças (*apud* Nye, 2003). A medicalização reflete a preocupação obsessiva do contemporâneo com a norma e com os processos de normalização, dada a atual modalidade disciplinar de exercício do poder, que implicou sua horizontalização.

Há um consenso entre os estudiosos do assunto de que a medicalização resulta de problemas sociais, frequentemente associados ao corpo e que colocam dilemas morais (seja o desvio da norma, sejam as fases e processos da vida), que vêm a ser reformulados como problemas médicos, sendo ressignificados como moléstias, perturbações, distúrbios, transtornos etc. Nesse contexto, a medicalização varia o seu *modus operandi* desde a mera rotulação pelo saber médico (nível conceitual) às intervenções físicas invasivas pelos profissionais médicos (nível interacional – incluindo aqui sua forma mais conhecida: a medicação). Assim, alguns fenômenos são completamente medicalizados (morte, nascimento/parto, inquietação/distração infantil), outros são parcialmente medicalizados (menopausa), e outros, ainda, são minimamente medicalizados (compulsão sexual, violência). São fatores que influenciam os níveis da medicalização: disponibilidade de intervenções e

tratamentos médicos específicos², existência de definições/explicações concorrentes (presença de grupos que desafiam a opinião médica como, por exemplo, do movimento feminista na definição dominante e na conduta padrão adotada aos casos de violência contra a mulher), cobertura pelos planos de saúde – que abrangem somente tratamentos para problemas “médicos”³.

Conrad (1992) assinala dois aspectos contingenciais que, historicamente, favoreceram a medicalização nas sociedades industriais modernas. O primeiro concerne à secularização, o saber médico tomou o lugar da religião enquanto novo ideal e a prática médica tornou-se a instância repressiva nessas sociedades — com o avanço da racionalidade científica e tecnológica, muitos fenômenos têm tido seu estatuto ontológico transformado do pecado para a doença (*Ibid.*, p. 213); assim, o ideal da saúde como nova moral que recai, por exemplo, sobre a obesidade e a sexualidade (sobretudo as práticas de “promoção de saúde” invasivas, que desrespeitam os estilos de vida escolhidos), assemelham-se muito à moral cristã, que concebe respectivamente a “gula” e a “luxúria” como pecados capitais. Se na década de 1980 a epidemia de AIDS foi encarada pela medicina ocidental de uma perspectiva predominantemente moralizante, como o comprovam as metáforas associadas ao castigo/punição construídas ao seu redor: “peste ou câncer gay”, “grupo de risco” (Sontag, 2007), atualmente, com seu maior controle epidemiológico (ao menos nos países mais ricos) e sua disseminação indiscriminada por vários segmentos sociais, essa perspectiva moralizante tende a amenizar-se; contudo, continua sendo um eficaz instrumento de controle social do ponto de vista moral se “educar” a população sobre os riscos de se contrair doenças sexualmente transmissíveis em relações sexuais às cegas, em lugar de se lhe admoestar que é pecado trair o cônjuge ou se promiscuir; assim, os processos de medicalização em jogo a partir da segunda metade do século XX substituíram a tradicional oposição binária bem/mal por outra: saudável/doente, como quadro cultural e conceitual maior do Ocidente (Clarke *et al.*, 2000, p. 12).

Outro motivo apontado por Conrad (1992) para a atual amplitude da medicalização relaciona-se à criação de novas ofertas de serviços pela própria medicina, cuja práxis, em função das transformações tecnológicas das últimas três décadas e o consequente controle das epidemias letais, vem deslocando paulatinamente o seu

² Na atualidade, o crescimento dos diagnósticos na área médica ocorre em progressão geométrica, enquanto o crescimento dos tratamentos dá-se em progressão aritmética.

³ Um exemplo é a transexualidade, cujo “tratamento” cirúrgico é pago pelo SUS, desde que se configure como “doença”.

enfoque da doença para a saúde, do patológico para o normal — a medicina até então predominantemente curativa e, quando muito, preventiva, vem se tornando, a cada dia, mais preditiva (chamada “medicina da vigilância” por Clarke *et al.*, 2000, p. 26). Esta questão insere-se nas mudanças em curso que apontam para a passagem da modernidade à modernidade tardia/avançada ou pós-modernidade. Nessa era aparentemente “pós”, resgata-se a vocação intrínseca à medicina moderna, que surge como medicina social na Idade Clássica (Foucault, 1979), cujos efeitos de poder localizam-se na “normalização” da população, com uma panóplia de estratégias concentradas no saber, no controle e no bem-estar que visam ao gerenciamento dos processos vitais humanos⁴. A novidade trazida pela medicina contemporânea nesse reencontro com suas origens é seu foco não mais incidir apenas sobre o patológico (seja com ações curativas ou preventivas), mas, sobretudo, sobre o “parapatológico”, isto é, sobre a categoria nebulosa “população de risco” que se encontra em presumida situação de “vulnerabilidade social” suscetível às patologias — passa-se, assim, de uma prática de cura a um controle da vida.

Os conceitos de “vulnerabilidade” e “risco” são os principais responsáveis pela expansão da medicalização na contemporaneidade. Trata-se do que os anglicanos denominam *healthicization* ou, em português do Brasil, “promoção da saúde”. Conrad (1992) assinala que, diferentemente da medicalização clássica, que assimila a moral à medicina, propondo soluções médicas para problemas morais, a promoção da saúde define a saúde como a nova moral, promovendo estilos de vida desejáveis segundo o novo ideal de salubridade. A promoção da saúde nada mais é que uma atualização da medicalização clássica, à luz da contemporaneidade. Clarke *et al.* (2000) sugerem o termo “biomedicalização” para se referirem a tal atualização, propondo o seguinte quadro explicativo:

⁴ Isso corresponde ao que Foucault define como biopoder: “aquilo que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (1984, p. 134); o biopoder teria um dos seus pólos reguladores centrado na população e outro centrado na “anatomopolítica do corpo humano” via tecnologias disciplinares. Trata-se da invenção, no século XVIII, de “tecnologias positivas de poder”, surgidas a partir da substituição do modelo de intervenção sobre a lepra (segregacionista e marginalizador) pelo modelo da peste (inclusivo e normalizador) — ver aula de 15 de janeiro de 1975, em Foucault (2001). O biopoder é o operador primordial da vida nua (*zoe*), que apaga os traços da vida qualificada (*bios*) na contemporaneidade, para usar as expressões de Agamben (2002).

MEDICALIZAÇÃO	BIOMEDICALIZAÇÃO
Controle	Transformação
Expansão da jurisdição médica a novos domínios	Transformação das infraestruturas da biomedicina, baseadas nas tecnociências
Paradigma operatório: definição, diagnóstico e classificação das doenças (detectar, classificar e tratar)	Paradigma operatório: definição, diagnóstico e tratamento dos riscos (avaliação, vigilância e triagem)
Organização dos serviços dominada pelos médicos	Organização dominada por um <i>managed care system</i> , via tecnosserviços
Os prontuários dos pacientes são locais e impressos em papéis (a fotocópia e o aparelho de fax foram as maiores inovações)	Doença digitalizada, amplamente distribuída. Tratamento e armazenamento da informação médica e dos dados da seguradora de saúde
Controle profissional sobre a produção e a distribuição do saber médico	Heterogeneidade dos modos de produção da informação e do saber sobre a saúde, a doença, a patologia e a medicina
Corpos universais e “taylorizados”; tecnologias / dispositivos médicos e medicamentos do tipo “tamanho único”	Corpos especificados: tecnologias e produtos farmacêuticos adaptados localmente; corpos transformados, tipo “sob medida”, personalizados
Medicina de “caso”/individual, com um controle local (com frequência no consultório do médico) da informação sobre os pacientes	Medicina de resultado/baseada em evidências, no interior de um <i>managed care system</i> , utilizando as tecnologias de ajuda à decisão e os bancos de dados informatizados dos pacientes
Organização econômica, racionalização, corporatização e nacionalização	Privatização econômica, descentralização, transnacionalização/globalização
Extraído de Clarke <i>et al.</i> (2000, p. 15)	

Nota-se que essa noção de “biomedicalização”, ao invés de operar uma ruptura com a idéia precursora de medicalização, radicaliza o seu processo já em curso,

prolongando-o no espaço e no tempo: para além do exercício do poder de vigilância e de controle momentâneo sobre os corpos personalizados, atinge-se os espaços extracorporais do comportamento e da ação no porvir. A nosso ver, a biomedicalização possui relações acumulativas e não excludentes com a medicalização, não havendo, portanto, descontinuidade histórica nem necessidade de distinção conceitual entre ambas; trata-se antes de sobreposição que de ruptura conceitual.

Um dos sintomas da medicalização na atualidade é a definição ampliada do conceito de saúde pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) como “completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade”⁵. Tal definição mostra-se um efeito no plano conceitual do processo de medicalização, ao mesmo tempo em que, no plano prático, mostra-se um multiplicador operativo desse processo. Apesar de todas as afirmações otimistas feitas desde a criação desse conceito positivo de saúde pela OMS, fato é que não se dispõe de ferramentas adequadas para definir a saúde⁶, mas sim seu oposto: a doença. A noção de “bem-estar”, além de extremamente vaga, alça a saúde a um patamar utópico, pragmaticamente inalcançável, firmando-a como novo ideal. A saúde, ao invés de ser definida negativamente, como falta (ausência de doença ou enfermidade), torna-se algo produtivo que devemos nos esforçar por alcançar, torna-se um projeto contínuo, uma realização em si, mas também uma realização de si mesma. Em suma: a saúde assume o lugar de novo ideal na medida em que sua atual definição como bem-estar, que demarca claramente sua inatingibilidade, é diretamente proporcional à proliferação exaustiva de práticas promocionais com vistas a atingi-la.

A noção de saúde como “completo bem-estar” remete-nos à regulação pelo que Freud denominava de “princípio do prazer”, ilustrada no conto do escritor argentino Jorge Luis Borges, *O Imortal* (Borges, 2008). Nele, o narrador protagonista após exaustiva busca pela Cidade dos Imortais, frustra-se com o que se depara ao encontrá-la, por acaso, nas suas andanças — trata-se de uma cidade triste e monótona onde a inércia e a nadificação imperam, efeito do gozo da eterna longevidade... O conto de Borges nos

⁵ “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*”. Documento disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 16/10/2010. Na língua inglesa, *disease* (doença) indica a presença de uma patologia de base, independentemente do estado sintomático ou assintomático do doente, que pode manifestar ou não prejuízo visível/mediato; trata-se de um conceito mais amplo que *infirmity* (enfermidade), que é o estado sintomático provocado pela presença de uma patologia de base que implica sofrimento/sintoma/fraqueza ou qualquer consequência negativa visivelmente percebida no enfermo.

⁶ Que Canguilhem já afirmava tratar-se de um conceito vulgar (singular), e não científico (universal).

possibilita indagar: seria tal estado de completo bem-estar atingido pelos imortais e sua correlata salubridade perfeita (ninguém adoece nem morre, a não ser de algumas causas acidentais) compatíveis com a vida? Borges revela-nos que há um “além do princípio do prazer” que insiste, a despeito do ideal da saúde perfeita ter sido ficcionalmente alcançado – a verdade revela-se, aí, como estrutura de ficção.

Parens (2011) assinala que “medicalização” é um conceito sociológico descritivo, tais como “secularização” e “globalização”, e, portanto, não se trata de algo bom ou ruim *per se*; bom e ruim são os usos que se fazem dela e, nesse sentido, há que se distinguir a boa da má medicalização, sendo essa uma das tarefas centrais da bioética. Seria precipitado, portanto, tomar partido apriorístico contra ou a favor da medicalização, sem contextualizar a sua aplicação. Assim, temos a medicalização advinda daquilo que Ehrenberg (2009) chamou de “programa fraco” das neurociências, que visa a desvendar o mecanismo subjacente e descobrir a cura de doenças neurológicas bem delimitadas (*diseases*) como a epilepsia, o Parkinson, o Alzheimer e outros tipos de demências. O que questionamos é: (1) a medicalização de condições existenciais, isto é, a patologização da diversidade/variabilidade humana a partir de categorias guarda-chuva, transtornos (*disorders*) de estatuto ambíguo, tão ao gosto das nosografias psiquiátricas atuais; (2) a medicalização advinda do chamado “programa forte” das neurociências (Ehrenberg, *op. cit.*), responsável pela emergência do cérebro como ator social, isto é, do cérebro como objeto de identificação, semblante da subjetividade contemporânea (“Eu sou o meu cérebro!”), como veremos no próximo tópico.

Um novo semblante para os “novos sujeitos”?

isso de querer
ser exatamente aquilo
que a gente é
ainda vai
nos levar além
(Leminski, 2013, p. 228)

No rastro da medicalização da vida, alguns autores vêm assinalando supostas transformações profundas nos “sujeitos” contemporâneos. O senso de nós mesmos como seres “psicológicos” que desenvolvemos ao longo do século XX — de possuímos uma psique formulada pela biografia e experiência, fonte de nossa

subjetividade e *locus* de nosso descontentamento — estaria sendo suplementado⁷ pelo que se vem chamando de “sujeito somático”. Entende-se por esse termo a tendência em definir aspectos-chaves de nossa subjetividade em termos corporais, isto é, pensar a si mesmo como “corporificado” (*embodied*), entendendo o corpo na linguagem da biomedicina. Ser “somático”, nesse sentido, é codificar seus próprios afetos e desejos nos termos desse corpo biomédico, tentando modificá-lo, curá-lo ou aprimorá-lo, agindo sobre ele. Em um extremo do espectro, isso envolve a reformulação do corpo visível através de dietas, exercícios, cirurgias e *body art*; do outro extremo, envolve o entendimento dos problemas e desejos nos termos do funcionamento “endógeno” do corpo, buscando reformulá-lo — geralmente por intervenções farmacológicas. Enquanto os descontentamentos puderam, anteriormente, ter sido mapeados em um espaço psíquico — o espaço do conflito por excelência — eles são, agora, mapeados sobre a superfície corporal ou sobre um órgão particular desse corpo, o cérebro (Rose, 2003). Tal concepção vem sendo bastante difundida entre os chamados psicólogos cognitivistas, que “redescobrem” o cérebro como objeto da psicologia.

Essa nova forma de subjetivação deve ser entendida à luz do contemporâneo, no contexto da primazia do discurso da ciência, no qual o chamado “programa forte” das neurociências (Ehrenberg, 2009) — aquele que, fundindo neurociência e psiquiatria, identifica conhecimento de si e conhecimento do cérebro, mente e cérebro, transformando o cérebro em ator social e em objeto de identificação — possui cada vez maior aceitação social.

As neurociências são o aporte científico, tecnológico e médico que permite responder à fabulosa demanda de saúde mental que se difundiu há vinte anos em nossas sociedades (Ehrenberg, 2009, p. 188).

As razões sociais do sucesso popular das neurociências estão menos relacionadas a seus resultados científicos e práticos do que ao estilo de resposta dada para os problemas formulados pelo nosso ideal de autonomia individual generalizada. Elas permitem, hoje, consolar quem — na realidade, a maioria de nós — tem dificuldade de encarar o mundo de decisão e ação que se edificou sobre as ruínas da sociedade de disciplina, aquela que conhecia o respeito à autoridade cuja perda é objeto de lamentações cotidianas. Mas as neurociências suscitam também a esperança de que sejam dadas a todos técnicas de multiplicação das capacidades cognitivas e de controle emocional, igualmente indispensáveis

⁷ Utilizamos esta expressão, pois a construção social do “sujeito somático” parece seguir a “lógica da suplementaridade” de Jacques Derrida, segundo a qual o suplemento não se define enquanto acessório, mas sim enquanto elemento principal, erigindo-se em uma relação de *différance* para com o “sujeito psicológico”.

a tal estilo de vida. É porque as neurociências não são exteriores à idéia de “saúde mental”, elas são a sua ponta científica e tecnológica. Os hábitos contraídos com o consumo de medicamentos psicotrópicos, de drogas e substâncias dopantes, essas práticas neuroquímicas de usinagem de si, preparam o terreno largamente. A extensão das fronteiras de si que a normatividade da autonomia (valorização da realização de si, da ação individual, do *self-ownership*) recobre faz com que pareçam reunidas as condições para que uma representação de si como cérebro doente constitua uma referência semântica apropriada (*Ibid.*, p. 202).

Ehrenberg designa essa subjetividade emergente na contemporaneidade que subjaz ao programa forte das neurociências de “sujeito cerebral”. Esse autor considera equivalentes a “fetichização do cérebro” pelas neurociências e do “si mesmo” pelas ciências sociais, sobretudo, na vertente da antropologia médica de inspiração foucaultiana. De fato, o que Ehrenberg pretende desconstruir (ou, no mínimo, denunciar) é o “mito individualista da interioridade”, seja na sua versão psíquica (substancialista) seja cerebral (materialista), para ele, equivalentes. Ele faz coincidir o sujeito psicológico e o sujeito cerebral em torno do eixo comum da “interioridade”, segundo o qual “o cérebro é a versão materialista da totemização da personalidade” (Ehrenberg, 2009, p. 207).

O romance *As Correções*, do escritor estadunidense Jonathan Franzen (um dos convidados ilustres da *Feira Literária Internacional de Paraty – FLIP* de 2012), é bem ilustrativo nesse sentido, no qual um casal de meia idade, Gary e Caroline, que representam, respectivamente, o sujeito cerebral e o sujeito psicológico, vivem disputando a posição de domínio na relação por intermédio da autopromoção da “Boa Saúde Mental”, com ligeira vantagem para a esposa:

Gary andava muito preocupado com sua saúde mental, mas naquela tarde em especial (...) o clima em seu cérebro estava quente e claro, como o tempo no noroeste da Filadélfia. Um sol de setembro brilhava através de uma mistura de nevoeiro e nuvens miúdas em um fundo cinzento, e até onde Gary era capaz de compreender e rastrear sua neuroquímica (e lembremos que ele era vice-presidente do CenTrust Bank, e não um psiquiatra) seus principais indicadores lhe pareciam todos bastante saudáveis.

Embora Gary geralmente aplaudisse a tendência moderna à autogestão individual de fundos de aposentadoria, planos de ligações interurbanas e educação em escolas particulares, ficava um tanto menos animado ao ver-se investido da responsabilidade pela química de seu próprio cérebro, especialmente num momento em que certas pessoas de sua vida, principalmente seu pai, recusavam-se a assumir responsabilidade semelhante. Mas Gary era basicamente um sujeito consciencioso. No momento em que entrou em seu quarto escuro, julgou que seus níveis do Neurofator 3 (ou seja, a serotonina: um fator muito, muito importante)

estavam chegando ao ponto máximo dos últimos sete dias, ou mesmo dos últimos trinta, que seus fatores 2 e 7 também estavam superando as expectativas e que seu fator 1 estava reagindo da queda que apresentava no início da manhã, em função do copo de Armagac que tinha tomado ao deitar-se. Andava com passos saltitantes, estava agradavelmente consciente de sua altura acima da média e de seu bronzeado de fim de verão. O ressentimento que tinha da mulher, Caroline, estava moderado e bem contido. Havia progresso também no declínio de alguns índices-chave de paranoia (por exemplo, sua desconfiança persistente de que Caroline e seus filhos mais velhos zombavam dele), e sua avaliação da futilidade e da brevidade da vida, ajustada sazonalmente, mostrava-se coerente com a robustez de fundo de sua economia mental. Não estava nem um pouco clinicamente deprimido. (Franzen, 2003, p. 145-146)

Caroline desabou na cama *king size* de madeira de carvalho. Depois que ela e Gary se casaram, ela tinha feito cinco anos de terapia duas vezes por semana, que o terapeuta, na sessão final, definira como “um sucesso incondicional”, o que lhe dera uma vantagem para toda a vida sobre Gary na concorrência pela saúde mental. (*Ibid.*, p. 166)

(...) Novas palavras estimulantes pareciam necessárias, mas nenhuma ocorreu a Gary. Ele estava experimentando uma escassez crítica dos fatores 1 e 3. Tivera a sensação, pouco antes, de que Caroline esteve a ponto de acusá-lo de estar “deprimido”, e temia que, caso a ideia de que ele estava deprimido ganhasse corpo, ele perdesse o direito às suas opiniões. Suas certezas morais seriam confiscadas; cada palavra que ele dissesse seria um sintoma de doença; nunca mais ganharia uma discussão (*Ibid.*, p. 168).

Como ele fizera bem, ao longo desses meses todos, em esconder de Caroline os muitos Sinais de Advertência! Como era precisa sua intuição de que um déficit putativo do Neurofator 3 iria abalar a legitimidade de seus argumentos de ordem moral! Caroline agora conseguia camuflar a animosidade que cultivava em relação a ele sob a forma de “preocupação” com a sua “saúde”. As volumosas forças convencionais com que ele contava para a guerra doméstica não eram páreo para aquele armamento biológico. Cruelmente, ele atacava a *pessoa* dela; ela, heroicamente, atacava a *doença* dele. (*Ibid.*, p. 208-209)

- Gary, diga alguma coisa. Você está deprimido? - perguntou-lhe Caroline.

- Estou.

E aí ela suspirou. Semanas de tensão acumulada foram drenadas do quarto.

- Eu me rendo, disse Gary.

(...)

- Obrigada.

(...)

Ele gozou gloriosamente. Gozou e gozou e gozou. (*Ibid.*, p. 244-246)

A nosso ver, essa figura antropológica encarnada em Gary, designada “sujeito somático”, nada mais é do que a nova forma do eu ideal (encarnação do discurso do mestre da medicalização) que caracteriza a contemporaneidade, e que alguns autores tomariam equivocadamente como causa de uma nova assunção subjetiva – como se

fosse um “novo sujeito”⁸. Contudo, como tomar (clínica e epistemologicamente falando) as novas formas do ideal que caracterizam a contemporaneidade como se fossem novos sujeitos emergentes, quando se sabe que, desde Freud, o ideal é o avesso da assunção subjetiva? Para a psicanálise, “(...) um sujeito não é causa. Quando muito, ele é causado. (...) é uma função e não uma instância (psíquica). (...) essa função carece de conteúdo próprio” (Cabas, 2009, p. 10). A subversão do sujeito, promovida por Freud, teve como correlata sua destituição subjetiva:

(...) a longa arguição da teoria analítica sobre a natureza, a forma e a estrutura da pulsão tem por objeto um único desfecho: dar conta da questão do sujeito. Tema em que, aos poucos, vai tornando claro que *o sujeito freudiano é um correlato da pulsão, um efeito da satisfação (em tempo: do gozo). Que o lugar do sujeito é congruente com a fonte pulsional. Que sua materialidade é da ordem de um buraco. Que sua substância é da ordem de um furo e que, por tudo isso, o sujeito freudiano é – em última instância – um dos efeitos do real*⁹ (Ibid., p. 73; destaque nosso).

O sujeito da psicanálise é da ordem de um vazio, dado que “(...) seu desejo não procede de nada consistente, mas só da pura falta da Coisa” (Baas, 2001, p. 45) e na medida em que “(...) a fonte pulsional gira em torno de um vácuo que nada pode saturar” (Cabas, 2009, p. 64), sendo sua vacuidade estruturante que possibilita a formatação do eu como função imaginária e constructo sócio-histórico. Para o “primeiro Lacan” (Lacan, 1953-54/1992), Freud utiliza ao longo de sua obra o termo *Ich* em duas acepções distintas: *moi*, o eu enquanto função imaginária, e *Je*, que é o sujeito do significante (sujeito barrado do desejo), o ser falante constituído enquanto “falta-a-ser”. A partir do seu vigésimo segundo seminário (Lacan, 1974-1975), o “último Lacan” introduz a noção de “falasser” (*parlêtre*), uma condensação entre o significante e o gozo, acrescentando ao *Je*, o corpo simbólico mortificado pelo significante, o corpo real

⁸ Qual não foi minha surpresa quando, após o término desse trabalho, pude ler, numa recente publicação em língua portuguesa, a seguinte afirmação de Nikolas Rose, um dos papas da antropologia médica pós-foucaultiana: “*Não faço nenhuma afirmação a respeito de mudanças na personalidade ou na psicologia humanas – isso exigiria um tipo de investigação bem diferente. Minha análise diz respeito não ao que os seres humanos são, mas ao que eles pensam que são: os tipos de seres humanos que eles próprios presumem ser*” (Rose, 2013, p. 44; grifo nosso). Rose afirma, portanto, que sua tipologia do “si-mesmo neuroquímico” corresponde a uma imaginarização do eu (na mesma direção do que proponho aqui), e não a um novo sujeito - bem diferente do que propõe Alain Ehrenberg com sua presunçosa concepção de “sujeito cerebral”.

⁹ Segundo o autor, as expressões “furo”, “furo no real” e “buraco” são metáforas que fazem alusão à fonte pulsional e, enquanto tais, limitam-se ao plano das descrições, fornecendo tão somente “uma imagem do curso que a fonte imprime ao movimento pulsional”, mas não a fonte pulsional em si para além de suas descrições, o que implicaria adentrar o “terreno conceitual das fórmulas propriamente ditas”, seja “a função do furo na lógica (vide o teorema de Goedel)”, seja “a topologia (vide a teoria da catástrofe de René Thon)”, ou ainda, o “campo da física quântica de Dirac” (Cabas, 2009, p. 64).

gozante da pulsão. Como a pulsão corresponde à energética na dimensão do real, portanto, inapreensível, ex-sistente fora do sentido, Lacan desloca sua descrição do sujeito da "falta-a-ser" (metáfora filosófica) ao "furo no real" (metáfora topológica, advinda da matemática das superfícies não orientadas). O sujeito enquanto fonte pulsional, efeito do real, do qual nos fala Cabas (2009), o sujeito do "último Lacan", permanece sendo da ordem de um vazio¹⁰, contrapondo-se ao eu, que consiste enquanto função imaginária.

O "sujeito somático" corresponderia, assim, ao eu ideal contemporâneo, formatado segundo o novo mestre da medicalização: o indivíduo medicalizado, identificado à sua imageria cerebral, isto é, capturado pelo seu reflexo fornecido pelas novas tecnologias de imagem, $i(a)$, o que representa, se tomarmos o Esquema L proposto por Lacan (1998, p. 58), a relação imaginária entre o eu e o semelhante¹¹. Esse fenômeno imaginário de identificação especular do eu com o outro da semelhança em nada se assemelha ao sujeito da psicanálise, sendo o oposto da assunção subjetiva. Vimos que Lacan, ao cunhar a noção de falasser, condensou o "sujeito do desejo" – o qual, enquanto "centelha entre duas espadas", é causado pelo deslocamento metonímico entre significantes que o representam –, ao "sujeito do gozo", efeito do real e da repetição pulsional. Lacan condensou, assim, as dimensões simbólica e real do sujeito, contrapondo-as à dimensão imaginária do eu.

A essência do sujeito da psicanálise (se é que há alguma) é justamente a sua impossibilidade de substancialização, seja psicológica, via "tirantias da intimidade", seja corporal/cerebral, via "subjetividades somáticas", seja outra qualquer:

(...) se o sujeito freudiano for "algo", esse "algo" é a repetição [pulsional]. A repetição d'Isso que se impõe. Donde o sujeito se define em relação ao Isso. Significa que não existe por si. Sua chance (...) é de advir ali onde o Isso era. A tal ponto que se fosse "alguém" e se apresentasse falando na primeira pessoa, ele – o sujeito freudiano – diria: "Isso sou" (Cabas, 2009, p. 93).

¹⁰ Essa intuição parece ganhar corpo com a recente "descoberta" científica dos "Bósons de Higgs" (popularmente chamados "partículas de Deus") pela Física de Altas Energias, que, em se confirmando, colocará de uma vez por todas por terra a concepção bastante difundida de que não há criação *ex nihilo*, uma vez que tais partículas surgem a partir do nada.

¹¹ O esquema L introduziu à relação imaginária entre o eu e o outro da semelhança, o eixo simbólico que vincula o sujeito ao Outro da alteridade radical. Lacan pretendia, assim, circunscrever a topologia do espaço falante, na qual a mensagem que o sujeito (S) envia ao outro (a') é, na verdade, uma mensagem que lhe vem do inconsciente como discurso do Outro (A).

O “sujeito somático” (nova configuração do eu ideal contemporâneo) confere uma ilusória consistência ontológica ao sujeito, identificando-o ao corpo biológico (ou, mais especificamente, a uma parte dele, o cérebro) e o alçando a mero semblante. Clinicamente, isso produz seus efeitos. Concluimos com o relato, à la Molière, de um médico psiquiatra que, ao perguntar a sua paciente se os antidepressivos que ele lhe havia prescrito estavam funcionando, ouviu dela: “Sim, eles estão funcionando bem... Sinto-me muito melhor. Porém, ainda estou casada com o mesmo alcoolista filho da puta. Só que, agora, consigo suportá-lo” (Parens, 2011, p. 03-04). Para além desse eu medicalizado, há a insistência de um sujeito que nada quer se haver com Isso.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. (2002) *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
- BAAS, B. (2001) *O Desejo Puro*. Rio de Janeiro: Revinter.
- BORGES, J. L. (2008) “O Imortal”, in *O Aleph*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 07-25.
- CABAS, A. G. (2009) *O Sujeito na Psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- CLARKE, A. E. *et al.* (2000) “Technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales, rhizomes mondiaux”, *Sciences Sociales et Santé*, 18(2): 11-40.
- CONRAD, P. (1992) “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- EHRENBERG, A. (2009) “O Sujeito Cerebral”, *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, 21(1): 187-213.
- FOUCAULT, M. (1979) “O Nascimento da Medicina Social” in *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 79-98.
- _____. (1984) *História da Sexualidade I — A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (2001) *Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.
- FRANZEN, J. (2003) *As Correções*. São Paulo: Companhia das Letras.
- LACAN, J. (1953-54/1992) *O Seminário, Livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- _____. (1974-1975) *Seminário 22: R. S. I. Psikolibro*. Versão castelhana. Disponível em: <<http://psikolibro.blogspot.com.br/2007/10/obras-completas-de-lacan-entrega-05.html>>. Acesso em: 08/04/2013.
- _____. (1957/1998) “O Seminário sobre ‘A Carta Roubada’”. in *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 13-66.
- LEMINSKI, P. (2013) *Toda Poesia*. São Paulo: Companhia das Letras.
- NYE, R. A. (2003) “The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century”, *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39(2): 115-129.
- PARENS, E. (2011) “On Good and Bad Forms of Medicalization”, *Bioethics* (on-line), 27(1): 28-35.
- ROSE, N. (2003) “Neurochemical Selves”, *Society*, 41(1): 46-59.
- _____. (2013) *A Política da Própria Vida: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013.
- SONTAG, S. (2007) *Doença e suas Metáforas, AIDS e suas Metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.