

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**OLHARES POSSÍVEIS SOBRE A CRISE: MEDICALIZAÇÃO DA  
VIDA E PRÁTICAS DE CUIDADO NO CONTEMPORÂNEO**

ANNA LUIZA RAGONHA DOS REIS

Niterói, Rio de Janeiro

Agosto/2015

ANNA LUIZA RAGONHA DOS REIS

**OLHARES POSSÍVEIS SOBRE A CRISE: MEDICALIZAÇÃO DA  
VIDA E PRÁTICAS DE CUIDADO NO CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

ORIENTADORA: KATIA AGUIAR

Niterói, Rio de Janeiro

Agosto/2015

R375 Reis, Anna Luiza Ragonha dos.

Olhares possíveis sobre a crise: medicalização da vida e práticas de cuidado no contemporâneo / Anna Luiza Ragonha dos Reis. – 2015.

91 f.

Orientadora: Katia Faria de Aguiar.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

Bibliografia: f. 85–91.

1. Crise. 2. Medicalização. 3. Práticas de cuidado. I. Aguiar, Katia Faria de. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

ANNA LUIZA RAGONHA DOS REIS

**OLHARES POSSÍVEIS SOBRE A CRISE: MEDICALIZAÇÃO DA  
VIDA E PRÁTICAS DE CUIDADO NO CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 21 de agosto de 2015

---

Profa. Kátia Faria de Aguiar- Orientadora

---

Profa. Heliana de Barros Conde Rodrigues- UERJ

---

Profa. Silvana Mendes Lima- UFF

---

Niterói, Rio de Janeiro

Agosto/2015

## **Resumo**

A presente dissertação realiza um questionamento do modelo acionado (e priorizado) na produção de cuidado e saúde no contemporâneo. Por meio de um personagem conceitual que narra uma crise, problematiza como criar um cuidado em meio a era medicalizante, onde vem se atualizando práticas de silenciamento e anestesiamiento frente às dificuldades próprias da vida, tornando patológicos processos banais e cotidianos. Partindo do pressuposto que nos é ofertado um modelo pronto e bastante engessado de saúde e cuidado, questiona como criar um cuidado para além de práticas médicas/terapêuticas/ortopédicas, buscando entender que o cuidado não envolve apenas o plano dos remédios e especialistas. Problematiza também, e busca diferenciar ao longo de toda dissertação, a noção de medicados e medicalizados, interrogando inclusive o próprio conceito de medicalização, desacomodando tal categoria de uma suposta universalidade que naturaliza/generaliza práticas.

Utilizando um momento de crise para pensá-lo como instauração de outra subjetividade, para além de um plano meramente patológico, problematiza-se também se o excesso de diagnósticos, tão em voga na era medicalizante, não poderiam ser pensados de um modo menos biológico e mais político, entendendo que, para eles, poderiam ser pensadas práticas e políticas outras, para além de apenas medicar.

A dissertação tem como intercessores M. Foucault e seus estudos sobre biopoder e cuidado de si; Nietzsche e o tema da grande saúde, além de algumas inspirações de autores da Filosofia da Diferença e do movimento institucionalista francês.

Palavras chave: crise; medicalização; práticas de cuidado; biopoder.

## **Abstract**

This dissertation held a questioning of the driven (and prioritized) today's model in health and care production. Through a conceptual character that narrates a crisis, it discusses how to create a care amid a medicalized age, which has been updating silencing and anaestheticization practices in face of life difficulties, making pathological everyday banal processes. Assuming that we are offered a ready and fairly rigid health and care model, it questions how to create a care beyond medical / therapeutic / orthopedic practices, trying to understand that care does not involve exclusive the medicines and specialists plan. Also discusses and seeks to differentiate along the entire dissertation the notion of medicated and medicalized, questioning the very concept of medicalization, disturbing this so-called universal category that naturalizes / generalizes practices.

Using a moment of crisis to think it as another subjectivity establishment, beyond a merely pathological plan, it also discusses if the overdiagnosis, so fashionable in the medicalized era, could not be thought in ways less organic and more political, understanding that other practices and policies could be thought beyond just medicate. The dissertation has as intercessors M. Foucault and his biopower and care for the self studies; Nietzsche and the great health subject, plus some inspiration from Philosophies of Difference authors and French institutionalist movement.

Keywords: crisis; medicalization; care practices; biopower.

## **Agradecimentos**

Gostaria de não só agradecer, mas também dedicar essa escrita à minha inspiração de toda uma vida, a mariposa dadaísta. Mariposa que acionou a mola que me trouxe até a psicologia, para que depois, ao longo de seis (longos) anos, eu pudesse recriar, a cada instante, o sentido de estar no curso. Agradecer pelo curto mas potente tempo juntas, os abraços, as gargalhadas, o exemplo de militância, os ensinamentos subversivos e libertários, toda dor e delícia que só um irmão pode nos proporcionar. Grata por me instigar sempre a pensar modos outros de estar na vida.

Agradecer à minha mãe, nossa guerreira, mulher de aço e mulher de flor. Agradecer por todo tipo de apoio que me deu durante todo esse tempo (afetivo, financeiro, físico, psicológico...) O amor transborda a capacidade de um agradecimento formal de dissertação, sem dúvida. Agradecer ao meu pai, meu ídolo, que possivelmente choraria emocionado ao ver sua filha caçula concluir o mestrado. E agradecer à Carol por me lembrar sempre de respirar outros ares, me apresentar todo tipo de espiritualidade, por ser uma ótima irmã.

Agradecer à Katia pela parceria que já perdura por três anos, por toda cumplicidade e afeto. Por topar minhas ideias nada acadêmicas, minha escrita irônica e meu desvio no meio do caminho. Sem dúvida nossa relação extravasa os muros e formalidades acadêmicas. Ainda bem! Ao grupo de orientação coletiva: Félix, Gabriel, Vanessa, Dani, Rapha, Alice, Luisa e Sonia. (Além das que já estiveram no grupo: Camila, Vanessa e Tereza). Vocês todos estão presentes em cada linha dessa escrita, numa mistura de palavras, cheiros, ideias, discussões, cuidados e carinhos. Nada disso seria possível sem esse coletivo.

Agradecer ao Felix por tantas trocas de ideias, por ler meu texto cinco (exaustivas) vezes ao longo de dois anos, pela disponibilidade para debates, sugestões, críticas e opiniões. Agradecer também por tantas fanfarras e aventuras, tantos shows, danças, filmes, voltas de bike pela cidade e por tanto afeto. Encontro potencializador que tornou todo esse processo mais suave e divertido.

Agradecer à Denise, terapeuta-leitora-parceira que muitas vezes se propôs a encontros para ‘desempacar’, sugestões de livros (inclusive empréstimos de livros), mas principalmente por acreditar que isso era possível, e tentar me convencer disso todas as semanas, durante dois anos. Não tenho certeza se teria chegado ao fim sem nossos encontros.

Agradecer também aos amigos de fé, irmãos camaradas: Thais, Izabel, Drica, Flora, Juju e David. Grata pelos sorrisos e choros, por tantos abraços, pelas bebedeiras, pelas longas conversas de bar, discussões e partilha das angústias do não saber: por todo amor. Com certeza vocês todas tornaram o processo de escrita mais colorido, mais leve e mais divertido.

Agradecer a todos os animais que estiveram ou ainda estão comigo até hoje. Bela, Zeca, Baudelaire, Costelinha, Totó, Nina, Jack. Seres iluminados que alegraram muitos dias nublados. Agradeço pelo carinho gratuito, pela companhia até nos momentos mais difíceis, por todo afeto.

Agradecer à Silvana pelas aulas maravilhosas da graduação, por estar comigo na monografia de conclusão de curso e agora também na dissertação. São encontros potentes que levo pra vida com muito afeto. À Heliana por aceitar meu convite de qualificação e defesa, pela suavidade que carrega em sua fala e pelas sugestões tão ricas na qualificação. Grata às duas pela disponibilidade, pelo cuidado e carinho com meu texto.

Muitas pessoas ficaram de fora aqui, mas com certeza compõe esse trabalho, da maneira que for. Amizades que fiz e desfiz ao longo de todo esse tempo, parentes distantes que trago no coração, parceiros de mestrado... Estão todos aqui, numa polifonia, escrevendo comigo. E com a Lolli, a quem também agradeço.

## Sumário

1. Introdução.....	9
2. Como fazer?.....	12
2.1 Por onde se começa uma escrita? Questões do corpo-pesquisador.....	16
2.2 Do corpo pesquisador e seus incômodos: Uma primeira metamorphose....	17
2.3 Do corpo personagem: Uma segunda metamorphose.....	20
3. A experiência da crise.....	22
3.1 A captura medicalizante.....	27
3.2 Uma produção histórica.....	33
3.3 O corpo é uma realidade biopolítica!.....	40
4. A crise como diagnóstico.....	48
4.1 Efeitos possíveis de uma ferramenta.....	53
4.2 Não sabemos o que pode um corpo!.....	58
4.3 Regimes de temporalidade.....	64
4.4 Regimes de cuidado.....	69
Pensamentos finais.....	80

*“...mas ele goza de uma frágil saúde irresistível, que provem do fato de ter visto e ouvido coisas demasiado grandes para ele, fortes demais, irrespiráveis, cuja passagem o esgota, dando-lhe contudo devires que uma gorda saúde dominante tornaria impossíveis. (...) Qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem?” (DELEUZE, 1997:13-14, apud, ROLNIK, 1999).*

## 1. Introdução

*Uma crise acomete Lolli. Não era a primeira vez que era acometida por uma crise. A agonia já vinha há um tempo em gradações perigosas de cinza. Porém, chega o momento em que o corpo sente, enfim, que vai perder-se. Que vai desmontar, desequilibrar, descontrolar, desanimar.*

*O corpo desanimou<sup>1</sup> completamente.*

*Seguem alterações de todo o tipo: fisiológicas, morfológicas, comportamentais. Tudo em seu corpo parecia completamente diferente. A começar por seus aspectos físicos: o modo como observa as coisas ao seu redor; o modo como se movimenta no espaço; os passos que dá, a força que imprime no caminhar; a velocidade da caminhada; a respiração; a quantidade de ar que inspira; a curvatura das costas. Tudo se altera e ganha um ritmo de lentidão quase absoluta.*

*Lolli chora por alguns dias sem dar trégua, e estes chorares lhe rendem pálpebras completamente inchadas. Entretanto, independente de pálpebras inchadas ou não, é curioso como não era possível enxergar nada à sua frente. Lolli não via possíveis. Os chorares vinham como chuvas de verão: intensos, de uma só vez, pra inundar avenidas, becos e vielas.*

---

<sup>1</sup> Des – prefixo de negação, ausência, ação contrária. Perder o ânimo, o alento, o entusiasmo, a vontade de agir; desalentar(-se), desencorajar(-se); desistir.

*Não sentia fome, e apenas uma refeição por dia era o suficiente para um corpo que perdera a capacidade de digestão. A tentativa de comer era enfraquecida diante de uma estranha preguiça de mastigar os alimentos.*

*Além disso, a comida parecia sempre ter outro sabor, meio insosso, meio sem graça. Engolir era um ato extremamente difícil.*

*Não engolia, nem a comida, nem a vida.*

Digerir leva tempo. E implica, em certa medida, ativar a faculdade do esquecimento, posto que, conforme observa Ferraz “esquecer corresponde a um processo sem o qual não nos livramos do ressentimento com relação a todo tipo de infortúnio ou mau encontro, e também com relação ao incessante escoar do tempo, a sua irrefreabilidade” (Ferraz, 2010, p.17). Seguindo Nietzsche, Ferraz observa que sem essa atividade plástica e salutar do esquecimento/digestão não poderíamos acatar o novo nem mesmo alegrarmo-nos diante da vida.

*Não conseguia dormir à noite, remoendo memórias. Remoendo momentos. Olhos encerrados em lágrimas, sem saber se dormia de cansaço ou de sono. Dormir lhe parecia o momento mais dolorido do dia : deitada no escuro, Lolli dispunha apenas de suas memórias. E as memórias doíam demais. Era difícil, naquele momento, resgatar alguma conexão alegre, alguma memória feliz. Parecia não haver nenhuma.*

*Lolli passa dias em silêncio deitada a remoer memórias-toxinas.<sup>2</sup> Seu corpo transborda de um passado paralisante e, ao mesmo tempo, ensurdecedor. Na clausura desse passado, ela não é capaz de ver ou ouvir o que se passa no presente, e tampouco de vislumbrar um futuro. O passado*

---

<sup>2</sup> “O ressentido é um ser de prodigiosa memória: não consegue se desembaraçar de nada. Tudo fere. Os homens e as coisas aproximam-se indiscretamente demais, todos os acontecimentos deixam traços; a lembrança é uma chaga purulenta. Essa memória intestinal e venenosa é o espírito de vingança. O ressentido afugenta o desconhecido, evita o inesperado e impede a aventura; em suma, fossiliza o poder de criação. Por não ter o instinto de devir, deprecia a vida em transformação; sabe conservar a vida, mas não sabe fazê-la nascer.” (Dias, 2011, p. 80)

endurecido passa a endurecer também seus músculos e articulações. Seu corpo parece petrificado: deitada na cama, ela parece não querer nada<sup>3</sup>.

Havia diversas ressonâncias entre Lolli e Nikos – um marinheiro que, como ela, parece não querer nada – dentre elas, a relação indigesta com a memória-toxina:

O medo de ‘se esquecer’ é o medo de esquecer a memória que a corrói, que a dilacera, que se tornou o centro de sua vida e o santuário de sua cotidiana mortificação. Uma memória transformada em veneno que intoxica e que não se digere. (Domingues, 2010, p.59)

Porém, se dormir lhe parecia um momento mais dolorido, isso era apenas antes de pegar no sono, pois sonhar era a melhor parte do dia. No mundo onírico, Lolli parecia poder voar para bem longe – dispendo de asas gigantes e douradas. Ela via lugares que nunca viu na vida, e olhava a terra de longe, com seres em miniatura. Era o mundo dos sonhos, feito de asas gigantes e voos acrobáticos, que vinha fazendo sua existência mais alegre. Era, portanto, o momento mais aguardado do dia, o fio de esperança que lhe conduzia pelos dias mais escuros.

Nesses dias escuros, Lolli não sentia vontade de ir à varanda onde gostava de olhar o formato das nuvens, o movimento da rua ou a vida dos vizinhos, como costumava fazer todos os dias. Seu binóculo criou pó. Já não saía à noite, não ia mais à cidade, não via os amigos, não queria encontrar nada, não queria encontrar ninguém. Viver era doloroso, doía respirar. Passava um dia aguardando o próximo.

Era como se cada poro seu, cada órgão, cada fio de cabelo, cada unha das mãos e dos pés tivesse desistido. Estavam todos aos prantos, desesperados com a vida.

---

<sup>3</sup> “Um profundo tédio a domina. Uma profunda tristeza percorre seu olhar. Um profundo cansaço paralisa seus passos. Uma terrível indigestão cala suas palavras e faz doer o contato. Ao mesmo tempo, há uma intensidade de sensações percorrendo seu corpo.” (Domingues, 2010, p. 50)

“Tem dias que a vida é um ato de coragem.”<sup>4</sup>

## 2. Como fazer?

É curioso como esta pergunta remete imediatamente ao meu campo de estudo, minha questão-problema. A pergunta percorre e vibra no meu corpo. Ela ecoa, grita! Exige uma resposta urgente.

Gostaria de um manual. Gostaria que alguém explicitasse quantas páginas meu trabalho deveria ter; qual formato seria mais bem visto na Academia ou por qual fio condutor seria mais interessante iniciar a escrita. De repente, com um pouco mais de boa vontade, seria possível encontrar algum site especialmente formulado para pós-graduandos.

É bem provável, penso, que Lolli também gostasse de obter um manual que lhe explicitasse, passo a passo, como se portar diante da crise que se anunciara. Ou como prevenir as inundações, aumentar o apetite, melhorar seu processo digestivo. Não à toa, em qualquer situação de crise se busca um especialista que nos ensine como se comportar ou como se cuidar. A presente dissertação pretende questionar o modelo acionado (e priorizado) na produção de cuidado e saúde no contemporâneo. No fim das contas, a pergunta “como fazer” ecoa na pesquisa e na vida.

Porém, neste sentido, emerge na pesquisa (e também na vida) um questionamento outro, engatado no primeiro: como antecipar uma experiência?

Quando a aposta da pesquisa vai à contramão de uma trajetória de cunho positivista, há que se acatar que o caminho – tanto o corpo-pesquisador, como o próprio “objeto” a ser pesquisado – se inventam no processo. Como alguém poderia ensinar algo tão singular? O como fazer surge, justamente, fazendo! Não há manual. É preciso ainda mais paciência como condição de persistir diante da dificuldade. Perseverar.

Entretanto, tal modo de pensar o processo de pesquisa não vem de forma calma, apaziguada ou tranquila e o descaminho é gerador de angústia. Medo de não dar conta; de produzir um trabalho insatisfatório; de perder datas. A tensão com prazos e burocracias do meio acadêmico. A angústia de, a um só tempo, não ver nada à frente, mas ter a possibilidade de criar algum caminho à frente.

---

<sup>4</sup> Fragmento da música “Se tiver que ser na bala, vai”, da banda brasileira Vanguard.

Nessa experiência da criação de escrita e de um corpo-escritor-pesquisador, em que não há qualquer garantia, ponto de partida ou posto de chegada, trata-se de percorrer lugares onde tudo pode tornar-se questionável. Processo em que ambos, dissertação e pesquisadora, nascem desse e nesse encontro com o corpo de Lolli. Nada antecede a experiência e nada pré-existe a ela: nem a pesquisadora, com verdades prontas e acabadas, nem Lolli, esperando para ser, enfim, revelada.

No lugar de reproduzir saberes prontos, tal qual o modelo intelectual porta-valise<sup>5</sup>, me proponho a utilizar uma caixa de ferramentas. Conceitos-ferramenta que auxiliem na produção do pensar, que ativem o pensamento em sua capacidade inventiva. Conceitos com os quais podemos compor e dialogar, autores que se podem encontrar para engendrar pensamento e fabricar uma escrita e corpo.

Se por um lado, a escrita da dissertação exige toda uma revisão bibliográfica, o estudo constante de conceitos e autores exige, também, certa originalidade – no sentido, talvez, de produzir pensamento. Processo de criação que impulsiona o pesquisador para uma questão-problema, que lhe tenha convidado a trilhar um ou vários caminhos. Como nos adverte Suely Rolnik, “não é a competição acadêmica para ver quem chega primeiro ao trono da verdade que hoje tem sua sede no palácio da mídia cultural; isto nada tem a ver com o pensar.”<sup>6</sup> (Rolnik, 1996, p.245)

Pensar, aqui, é tomado não como da ordem do reconhecimento de algo que já se conhece, mas de experimentar o incômodo do desconhecido (Gallo, 2008), do que ainda não foi pensado. Não se trata, tampouco, de assumir o pensamento como uma atitude natural do ser humano. Pensamos porque somos forçados a pensar, e o que força o pensamento é o problema. Como *acontecimento*, será o problema – composto por elementos singulares diversos – que irá mover o pensamento, ainda que não sejamos capazes de entendê-lo de antemão: a resposta necessita ser construída.

Na tentativa de escrever uma dissertação e mover o pensamento, foi preciso ‘experimentar o problema’ em toda sua singularidade, a partir de arranjos diversos, por diferentes entradas e múltiplas saídas. As soluções estão engendradas aqui, em meio à

---

<sup>5</sup> “(...) aquele que vai para qualquer campo de pesquisa com seus saberes já prontos e arrumados, suas verdades disponíveis em seus planejamentos e metodologias que preservam e garantem seus territórios livres das misturas e das incertezas.” (Coimbra; Neves, 2002, p. 35)

<sup>6</sup> ROLNIK, Suely. *Despedir-se do Absoluto*. In: PELBART, P.P. Cadernos de Subjetividade. São Paulo: Núcleo de Pesquisas da Subjetividade - PUC/SP, 1996. p. 245.

construção<sup>7</sup>, entre encontros e seus efeitos que interferem nos modos de ver, produzindo desvios, vesguices e, no processo, construindo outros focos e problematizações.

Trata-se de uma relação de pressuposição recíproca entre problema e método: não existe, de um lado, o método e, de outro, o problema aguardando por uma solução apropriada. O problema, o modo de colocá-lo e as ferramentas conceituais utilizadas neste processo encontram-se mutuamente implicados. Produzir o problema está intrinsecamente relacionado à produção de uma estratégia metodológica, uma vez que o problema não está no campo propriamente dito, mas no modo como se passa a constituir este campo como um campo problemático.<sup>8</sup>

Alguns intercessores teóricos, como M. Foucault e outros autores que dele se servem para sustentar e assumir uma entrada crítica/genealógica, fazem parte do campo de problematização e produção de pensamento desse trabalho, além de alguns conceitos/ferramentas presentes no movimento institucionalista francês.

Foucault nos auxilia na sua concepção de história como campo de forças formado por práticas, saberes e discursos que se confrontam e se hegemonomizam perante outros, produzindo sujeitos, modos de vida e de existência (Coimbra; Neves, 2002). Partindo de uma concepção contrária a de uma história linear com uma sequência evolutiva onde se inscreve início, meio e fim, o filósofo nos convida a desnaturalizar a própria história, concebendo a emergência de verdades sempre como um efeito de emaranhados em processo de construção e desconstrução constante, estas, por sua vez, sempre forjadas e provisórias, construídas no tempo e espaço.

Com base no referencial teórico do movimento institucionalista francês de 1960, propomos, inicialmente, estudar a noção de implicação. Tomando este conceito não ao modo do senso comum, no qual implicação indica uma vontade ou um investimento de energia. Sempre se está implicado.

O conceito de implicação está diretamente relacionado à recusa de uma pretensa neutralidade do pesquisador (Rocha; Deusdará, 2010). Trata-se de problematizar o lugar que se ocupa, não apenas no ato de pesquisar, mas no próprio cotidiano, na vida profissional, de avaliar as diversas instituições que atravessam e operam no campo de pesquisa. Segundo Barros (1994), a análise de implicação “inclui uma análise do sistema de lugares, o

---

<sup>7</sup> “A emancipação intelectual, ao contrário, consiste no exercício do direito aos próprios problemas, na experimentação sensível dos problemas singulares. Apenas com isso será possível experimentar um pensamento original, “genital”, no dizer de Artaud, que seja engendrado no próprio pensar. Experimentar os próprios problemas: eis a única condição para o exercício do pensamento próprio, de um pensamento autônomo não tutelado, não predeterminado”. (Gallo, 2008, p.124)

<sup>8</sup> Silva, R.N. Notas para uma genealogia da psicologia social. *Psicologia & Sociedade*; 16 (2): 12-19; maio/ago.2004.

assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado ocupar com os riscos que isto implica.”<sup>9</sup>

Tal conceito nos coloca a impossibilidade de neutralizar as diversas instituições que atravessam e constituem o corpo-pesquisador. Impossibilidade de colocar de fora do campo de pesquisa os vínculos afetivos, familiares e ideológicos que nos compõe. Portanto, é preciso afirmar que a escolha do tema a ser trabalhado na presente dissertação perpassa, atravessa e inquieta o corpo pesquisador: os processos atuais de medicalização que se engendram em meio às estratégias de controle biopolítico, a gestão dos riscos e práticas de cuidado.

O interesse no tema se desdobra, desenhando um campo de problematização singular, interrogando inclusive, o próprio conceito de medicalização, desacomodando tal categoria de uma suposta universalidade que naturaliza/generaliza práticas que, mediante o uso que se faz de uma ética sobre a vida, podem ser entendidas como práticas de cuidado. Suspeitar e interrogar as evidências, como sugere Foucault.

Trata-se, portanto, da aposta em uma escrita que se lança no próprio caminhar, indagando sobre quais discursos se tem atualizado sobre a medicalização. É no estudo do conceito de implicação que o campo de pesquisa vai se redesenhando, ganhando novos contornos e produzindo vesguices.

E como nos alerta L’Abbate (2012), o que interessa à pesquisa não é o que está definido, estabelecido e estruturado, mas justamente aquilo que está em mudança. Surge a vontade (ou talvez a necessidade) de trazer ainda mais o corpo-pesquisador à cena, ainda que ele já estivesse presente o tempo todo na confecção da escrita, como sugere o conceito de implicação. Conforme nos indica Nietzsche,

Não seria antes provável que justamente o que é mais superficial e exterior na existência – o que ela tem de mais aparente, sua sensualização, sua pele – fosse a primeira a se deixar apreender? Ou talvez a única coisa? (Nietzsche apud Paulon e Romagnoli, 2010, p. 93)<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup>Barros, R.D.B Grupo: a afirmação de um simulacro. São Paulo, PUC, Tese de Doutorado, 1994. apud Coimbra e Neves, 2002, p. 44.

<sup>10</sup> “Pesquisa intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos”. PAULON, S; ROMAGNOLI, R.C. Estudos e pesquisa em Psicologia, UERJ, RJ, ano 10, n 1, p. 85-102, 2010.

## 2.1 Por onde se começa uma escrita? Questões do corpo pesquisador

Essa escrita acompanha uma história. Ou melhor, acompanha um personagem. Ou seja, um personagem conceitual<sup>11</sup>. Pois não é um conceito, tampouco uma representação de quem vos escreve. Trata-se de uma multiplicidade de territórios a serem habitados e, posteriormente, abandonados. Uma rede se expressa: interações com os campos da clínica, da política, da literatura, da música, da poesia, da arte e do desassossego, da inquietação, da medicalização, do cuidado. Todo personagem traz consigo uma multiplicidade. Aqui, ele expressa uma crise.

Porém, um aviso de antemão:

embora personagens conceituais expressem conceitos, não são porta-vozes da verdade, mas interrogantes do que é a verdade, do para que serve a verdade, de como se inventa a verdade. Traduzem uma aposta político-epistemológica em torno da diferença, já que o que se coloca em jogo, a partir deles, é a experimentação do pensamento como abertura às forças.<sup>12</sup> (Pereira, 2014, p.12)

É importante anunciar ao leitor a proposição dessa estranha mistura: a mistura de um corpo-pesquisador e corpo-personagem. E desse encontro, questionar o embate entre o processo que denominamos medicalização da vida e práticas de cuidado, entendendo que o ato de tomar um remédio pode ser uma prática de cuidado, mas pode, também, somente estar inserido em um processo de medicalização.

Não se trata de modo algum de corpos que se excluem, mas de habitar as questões que corpo-personagem e corpo pesquisador disparam. Não se trata de memória ou da narrativa de um sujeito. O corpo-personagem insistirá em cortar o texto a todo tempo e afirmar sua potência, encontrando com o corpo-pesquisador e criando um outro corpo: o corpo da escrita. Criação de mundo.

Trata-se de ficção ou realidade? Não seria mais possível distinguir. Na contramão de construir uma pretensa identidade – seja do pesquisador ou de um objeto pesquisado – tal encontro insiste em confundir e dissolver um possível lugar de um EU que fala. No lugar de uma identidade, ou de uma primeira pessoa do singular que se manifesta, este trabalho invoca um plural, por meio dos embates entre dois (e/ou muitos outros) corpos que se alternam, se misturam, se completam e se distinguem, afirmando que, conforme observa Campos, “uma

<sup>11</sup> Deleuze; Guattari: 1992.

<sup>12</sup> Relatório final de pesquisa. Pereira, L.C. O hospício como morada: capturas e resistências nas práticas de cuidado em saúde mental. – 2014.

multidão que fala em mim, através de mim, apesar de mim”. (Campos, 2003, p.02). Produção a um só tempo de corpo(s) e escrita.

## **2.2 Do corpo-pesquisador e seus incômodos: uma primeira metamorfose**

O incômodo com o intenso processo de medicalização na contemporaneidade já acompanha o corpo-pesquisador antes mesmo de qualquer pretensão de elaborar este trabalho de dissertação. Surge de uma rede de cenas forjadas em espaços íntimos e profissionais, do estágio, da vida, do encontro diário com a cidade. Surge no bar, na prática clínica, em relacionamentos diversos, mas sempre de forma intensa e incômoda.

Surge, por exemplo, do encontro com uma amiga, que relata sair com um vidro de Rivotril vazio na bolsa por se sentir mais segura. Ela conta que parou de tomar o remédio há um tempo, mas considera difícil transitar pela cidade sem o frasco (vazio). Fala de uma sensação de ansiedade ao entrar no metrô lotado, e muitas vezes considera essa viagem inviável sem algumas gotas do remédio. O remédio foi indicado e prescrito por uma psiquiatra, porém, ela às vezes muda as dosagens por sua conta. Isso varia de acordo com a multidão que deve encarar, ou se o dia amanhece nublado demais.

O incômodo também surge do encontro com a família, em sua busca constante por novos medicamentos, e com a criação de novos sintomas e efeitos colaterais a partir do uso dos mesmos. Quando aparece neblina nas estradas; quando a rua está povoada de pessoas andando depressa demais; quando se perdem nos caminhos e descaminhos percorrendo uma nova cidade; nessas e em diversas outras situações, sacar um frasco de Rivotril em gotas da bolsa é a saída. A quantidade de gotas dependerá do nervosismo. “*É síndrome do pânico*”, afirmam.

Surge em um estágio realizado em um Centro de Saúde em Copacabana, em situações diversas. Muitas pessoas procuravam o Posto apenas para conseguir a receita médica (geralmente exigida no ato da compra). No grupo de acolhimento, muitas falas desconcertantes. Uma paciente relata que precisa do remédio para sorrir. Essa fala exige uma pausa.

O corpo precisa de remédio para sorrir.

A paciente diz isso e se emociona. Seus olhos ficam aguados e ela olha para o chão. Escuto essa fala e penso em lhe fazer muitas perguntas. São tantas, que não sei nem mesmo por onde começar. E o grupo segue falando... Outra diz que faz uso do Rivotril há mais de 20

anos, e que se não conseguisse a receita ali, iria a outro Posto. Quando é perguntada sobre o que sente, a paciente tem dificuldade em responder. Dispõe apenas da informação que sofre de depressão, e que isso se resolve com remédio. A maioria dos pacientes já trazia um diagnóstico pronto.

A situação se repetia nos atendimentos individuais e no grupo realizado com pais. Muitos procuravam atendimento psicológico esperando que o especialista *psi* lhe desse as chaves para resolver todos os problemas. E, para desgosto do corpo-pesquisador, muitos profissionais assumiam/assumem tal lugar.

O incômodo continua em outro estágio, este realizado em uma Escola Pública no município de Niterói, onde professoras desejam encaminhar os ‘alunos desajustados’ aos especialistas *psis*, esperando que sejam consertados. Porém, não são apenas os alunos que aparecem no lugar de desajuste: muitas professoras relatam noites de insônia, dores de cabeça, fadigas crônicas que resultam, às vezes, em afastamento do ambiente escolar. Pais, alunos e professores estão ansiosos para o conserto de seus desvios e deficiências.

Quando é oferecido ao próprio corpo-pesquisador um benzodiazepínico para dormir, após dias de insônia quando inicia seu primeiro estágio. Uma tia oferece receitas de Clonazepam dadas pelo seu cardiologista para insônia. O médico sabe que o remédio não é para ela, mas não se incomoda em dar a receita. Ela e o médico garantem que o remédio funciona, e que não há maiores problemas em tomar um remédio tarja preta. “*Todo mundo toma hoje em dia*”, ela diz. Se todo mundo toma, não deve ter problema que o corpo-pesquisador tome também. Inquieta, porém, que o cardiologista receite o Clonazepam sem ouvir o relato, sem ver seu rosto ou escutar seu tom de voz.

Surge do encontro com o bombardeio de sites, blogs, grupos de apoio criados na internet, notícias veiculadas na mídia (“alterações na língua podem indicar problemas”, “antidepressivos são utilizados em arara que tirava com o bico as próprias penas”, “Angelina Jolie extirpou as mamas saudáveis com medo de que adoecessem e a levassem à morte”), seções especializadas em saúde, programas sobre saúde (Bem-Estar, Até Quando Você Quer Viver, Medida Certa). Um excesso de lugares que apresentam e privilegiam determinado modelo de saúde como ideal a ser atingido: corpo saudável é corpo jovem, magro, belo e que nunca adoee. Corpo que atende a um tempo de urgências, de *uma nação que trabalha, que estuda e que batalha* posto que *não pode parar por conta de uma gripe*: É a nação CORISTINA D que faz acontecer.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Slogan utilizado em uma propaganda de remédio antigripal. Disponível na internet em 01/06/2015 no link <https://vimeo.com/31754403>

O constante incômodo do corpo-pesquisador foi inspirador/disparador da monografia de conclusão do curso de Psicologia, intitulada “*Processo de medicalização e mídia: olhares sobre o normal e o patológico*”. Partindo de algumas reportagens veiculadas na mídia que propagam noções de saúde como ideal de bem-estar, foi problematizado o processo de medicalização vivido na sociedade, trabalhando alguns conceitos como saúde, normal e patológico. A partir de autores como Canguilhem, Espinosa e Nietzsche, o trabalho se propunha também a pensar em que mídia estamos consumindo, que vida e quais práticas temos atualizado de silenciamento e anestesiamiento frente às dificuldades próprias da vida, tornando patológicos processos cotidianos.

Ali, já eram avaliadas as diversas linhas presentes no processo de medicalização, em diálogo com a mídia. Para isso, foram utilizadas algumas notícias (retiradas de revistas ou programas de TV), que a cada novo capítulo desencadeava uma nova discussão. Foi realizado um estudo sobre o processo de medicalização, um breve estudo do DSM e uma discussão sobre os conceitos de normal e patológico, em Canguilhem.

Com o trabalho de monografia concluído (ou melhor, finalizado), a questão continuava a martelar o corpo-pesquisador. A finalização da monografia não foi suficiente para anular o incômodo, mas ao contrário, potencializou-o.

Diante das constantes cenas que ganhavam vida nas mesas de bar, nas salas de espera dos consultórios médicos, onde habitavam corpos não apenas medicados, mas anestesiados diante da cidade, nos estágios, no trabalho... Com o crescente número de jovens medicalizados e crianças encaminhadas na escola para consultórios psiquiátricos... De uma rede de imagens, falas e experiências surge a vontade e a necessidade de continuar a pensar sobre o intenso processo de medicalização da vida.

### 2.3 Do corpo-personagem: uma segunda metamorfose

A princípio, as discussões e questionamentos propostos pelo corpo-pesquisador surgiram de cenas, cheiros, vozes, pessoas, lugares e desses encontros, os mais diversos. De experimentações que percorriam seu corpo, fazendo dele muitos outros.

Surge, agora, do encontro com Lolli. Do que nela pulsa, e também do que anestesia. Do que insiste, afinal: do “coração que teima em bater. Avisa que é de se entregar o viver!”<sup>14</sup>

Lolli surge da pele. Da superfície. Do caos. Do acontecimento. De um dia frio do Rio de Janeiro. Ela brotou das águas salgadas: de muita lágrima, de todo o suor. Foi se criando em meio a conversas etílicas, recolhida das notícias de jornal, dos personagens de novelas e filmes, do que “não tem remédio nem nunca terá: o que não tem receita”<sup>15</sup>. Um corpo retalho: pedaços do corpo-pesquisador, de experiências pessoais, relatos familiares, de notícias da TV. Nasceu da multidão. Da vontade de nascer, mas, principalmente, da vontade de perseverar. Nasceu da/na crise, como um recurso que possibilitasse o rastreamento dos pareamentos cuidado-tutela/medicação-proteção. Um intercessor que faz falar lá onde o corpo pesquisador não alcança; onde ele não seria capaz de falar – não por uma incapacidade ou má vontade, mas porque “a experiência é de quem sente”.<sup>16</sup>

É curioso como, em quase todos os contextos em que é utilizado, o termo ‘crise’ nunca se refere a algo bom ou positivo. Geralmente designa uma situação de emergência que causa apreensão, que é negativa, que deve ser rapidamente contida e resolvida. Situação que exige intervenção imediata.

Aqui, a crise também exige intervenção. Porém, ela se faz como condição da existência, no sentido de uma reação do organismo à beira da catástrofe. Crise de um corpo que resiste a uma lenta mortificação, que deseja alterar suas rotas cheias de encontros tristes. Crise e criação: duplo movimento. Crise que indica mudança, que deseja alterar o rumo. Que pode indicar um sinal, um aviso, um ponto de permuta, uma abertura às forças. Um ponto de partida para a criação de movimentos inventivos na vida. Portanto, não tomada como processo negativo:

---

<sup>14</sup> Trecho da música “Pois é”, da banda brasileira Los Hermanos.

<sup>15</sup> Trecho da música “O que será”, do cantor e compositor brasileiro Chico Buarque.

<sup>16</sup> Trecho da poesia “Tenho más notícias por telefone”, Vanessa Monteiro Silva, 24-01-2013

Em crise, a pessoa se sente deslocada do lugar-comum, da rotina estável e segura, da experiência da maioria. Desterritorializa-se. Falta-lhe, então, a consistência de um chão e falta-lhe igualmente a certeza de um porto seguro. Vive-se como navegante, um navegante que trafega em alto-mar, sem a luz de um farol e sem mapa de viagem. (Bichuetti, 2000, p. 26)

O corpo em crise é sempre pensado/tomado/tratado como um corpo improdutivo, estranho, desadaptado, incômodo e inconveniente. O ser em crise é um estranho que de algum modo não responde às exigências da lógica hegemônica do capital por corpos produtivos e dóceis. No lugar do sujeito uniforme e normalizado, apresenta-se um corpo singular e desadaptado. Porém, ainda que esse corpo carregue em si uma potência inventiva, muitas vezes tal experiência pode ser geradora de enorme sofrimento. Mas, no lugar de esmiuçar um quadro patológico, com seus sinais e sintomas, gostaríamos de conectar a experiência da Lolli a um acontecimento, posto que

(...) instaura uma fissura, abre-se uma rachadura em nós que promove uma mutação subjetiva, que leva ‘a uma nova distribuição entre o bom e o mau, o deleitável e o insuportável, ora em uma mesma pessoa (que, a partir de então, mal pode identificar o passado que viveu como seu passado), ora em uma coletividade. (Domingues, 2010, p. 24)

Experiência que não respeita o Cronos, instaurando uma nova subjetividade/sensibilidade e uma nova relação com o corpo e o espaço. Experiência que diz de uma transformação do estado de coisas, uma mudança no estado do mundo. Recusar o enquadre da Lolli em uma patologia indica a vontade de tratar da questão em sua singularidade. Descolar-se dos diagnósticos fechados com o intuito de produzir lugares outros, modos outros que escapem às capturas e modelos gastos, que nos entorpecem e cansam. Com Lolli, propomos a criação de um corpo que busca sentir e se apossar da experiência de constante produção de si, posto que “(...) é preciso apossar-se das sensações para criar sentidos e por meio desta experiência transmutar-se ou ver e dizer outras coisas, de outras formas, sob outros ângulos, perspectivas, sonoridades.” (Domingues, 2010, p.19)

Para além do uso/criação de um personagem, Lolli encarna a afirmação uma crença: a impossibilidade de protocolar uma experiência singular.

“Mas a Lolli usa remédio”, alguém poderia argumentar.

Aqui, esse seria um falso problema, pois não se trata de uma simples investida contra o uso de medicamentos. A crítica se faz ao uso indiscriminado de medicação, como uma saída, a única saída possível.

### 3. A experiência da crise

Todos e tudo na vida tendem a negar a crise.  
Somos fundados (ou melhor, a-fundados) no ideal de estabilidade e da segurança.  
Tememos, deste modo, toda crise.  
Ela nos ameaça. Aterroriza.  
Preferimos a rotina. O previsível.  
No entanto a crise é uma usina, um motor, um laboratório...  
Nela, esconde-se e revela-se a mudança, o novo, o inesperado.  
“Viver é perigoso”, se viver engloba travessias, voos, metamorfoses.  
(Bichueti, 2000, p. 29)

*Sozinha em casa, Lotli vai à cozinha. Lágrimas desesperadas escorrem por toda sua camisola. Ela precisa fazer alguma coisa. Olha as coisas dispostas na parede e seleciona a espátula. Acende o fogão. Esquenta a espátula. Gruda no braço. Esquenta a espátula. Gruda no braço. Esquenta a espátula. Gruda no braço. Três vezes seguidas. Tudo se passa muito rápido, porque isso não é coisa sobre a qual se raciocina. Com o pulso latejando, molha a espátula e guarda na gaveta. Volta para a cama e olha o braço marcado. Em alguns minutos, fica vermelho. Em uma hora, surge a marca da queimadura. A ação lhe retira do pensamento obsessivo que lhe consumia há alguns minutos atrás. Outros pensamentos se conectam à cena, produzindo novos agenciamentos : como ficará a marca? Quando se queimaria novamente?*

O momento da crise. É nele que nada mais parece possível. É nele também, ao mesmo tempo, que se cruzam as transformações em curso. E é nele, finalmente, que todas as possibilidades se abrem, mesmo se a atualidade parece ao doente completamente bloqueada. (Pelbart, 2013, p. 37)

*Sentada no sofá, ela olha a varanda de longe. Em sua cabeça, uma cena se inicia : se imagina indo até o banheiro e pegando a tesoura, que fica na primeira gaveta. Vai até a varanda e recorta a grade. Olha para baixo, avaliando em qual lugar seria melhor atirar seu corpo. Onde seria*

*melhor cair? Como seria a sensação de suspensão? Inundada de pensamentos de morte, ela chora. A ideia de se atirar lhe provoca.*

*Lolli não percebe que deseja a morte de uma vida, mas que tal morte não implica em deixar morrer toda e qualquer possibilidade de vida. Talvez somente aquele tipo de vida precisava morrer. Mas até pra morrer, você tem que existir.<sup>17</sup>*

*Sente enjojo. Dor de barriga. Mãos suando frio. Dentes rangendo. Taquicardia. Tenta vomitar, mas não consegue. Desespera-se quando percebe que não sente sono, mesmo há dias sem dormir. Ela tem a nítida sensação de estar enlouquecendo. De estar entrando num caminho sem volta. Essa sensação a faz chorar ainda mais. Lolli senta no chão e abraça as pernas, tentando se situar. Situar seu corpo desfeito.*

*À noite, resolve aumentar a dose do remédio para dormir, ingerindo comprimidos até que consiga adormecer profundamente. Apaga com o olho aguçado e o travesseiro ensopado.*

Nos momentos críticos se vai ao fundo, se atinge o fundo, vai-se a pique, por assim dizer; perece-se. Quando as cadeias causais se interrompem e a continuidade entre o mundo e o eu se quebra, o fundo faz irrupção e aquele que sofre parece afundar-se. (Pelbart, 2013, p. 38)

Pelbart (2013) nos alerta para uma interessante discussão sobre um momento de crise, relacionando-o à criação de outro espaço e tempo, diferentes do mundo objetivo. Segundo o autor, a questão primordial que se coloca na crise é: as coisas irão ao sentido da vida ou da morte?

Momento em que ocorre uma ruptura com o que até então seguia como constituído da vida, quebrando os segmentos, rompendo com a aparente linearidade. Não há mais o contínuo: o acontecimento-crise corta o traçado reto, rachando o tracejado de concreto. Algo precisa mudar.

---

<sup>17</sup> Trecho da música “6 minutos”, do cantor brasileiro Otto.

O cotidiano se torna insuportável, intolerável. O trabalho, ou o viver, torna-se agora outro: “não a realização eventual de um possível previamente dado, mas a criação necessária de um possível sob fundo de impossibilidade.” (Pelbart, 2013, p. 45) E talvez as coisas, a um só tempo, sigam no sentido da vida e da morte: morte do constituído e criação de outra vida, outro corpo, de outros agenciamentos<sup>18</sup>. Duplo movimento de desfazer-se e refazer-se.

*O constante exercício de recriar-se e renascer é agora colocado como urgência. Lolli já não pode retomar um estado/momento perdido, ou talvez buscar no fundo do seu ser uma essência vital. A tarefa de criação se coloca não mais como uma possibilidade, mas como condição vital para suportar a sensação de ‘afundamento’. E se o fundo faz irrupção, parecendo afundar ainda mais, resta a Lolli inventar meios de travar o movimento mortífero de perecer. Muitas vezes, em alguns processos e/ou procedimentos dolorosos e intensos, se faz necessário o uso de agentes anestésicos que promovam a privação da sensibilidade...*

Trata-se de olhar a crise como acontecimento<sup>19</sup> e não como processo patológico. Processo que instaura outra subjetividade, inaugurando um novo e diferente modo de se relacionar com o corpo e seus movimentos, paradas, suas expansões e retrações (que respira diferente; que caminha diferente; que se curva diferente), com o tempo (que se demora mais, imprimindo um ritmo de lentidão aos dias), com a sexualidade, com o meio, com o trabalho...

Criação de subjetividade para além da clausura do diagnóstico e da medicalização. Subjetividade que, para além de um nome, instaura outro modo de ser e se relacionar com o mundo, que não necessariamente se diria patológica, mas diferente. Se ao mesmo tempo a crise remete à angústia diante de um momento de catástrofe, de destruição do que se

---

<sup>18</sup> “O conceito de agenciamento tem a vantagem, em relação à noção abandonada de ‘máquina desejante’, de sair do campo da Psicanálise para pôr em relação todas as formas de conexões, incluídas as do âmbito do não humano, e liberar suas forças. Basta colocar juntos elementos singulares e heterogêneos para se dispor de um agenciamento particular. Pode ser a vespa e a orquídea, mas também o cavalo, o homem e o estribo, ou ainda o cavalo-homem-arco... Todas as combinações são possíveis entre máquinas técnicas, animais e humanos.” (Dosse, 2010, p. 211)

<sup>19</sup> “Acontecimento, como esse encontro que nos joga para fora de nós mesmos – nos desterritorializa -, rompe a teia de significações, desfaz a organização do sujeito, abre o corpo e coloca-o diante do não-senso, instalando a crise. Para ir além deste momento de crise sem desmoronar é preciso que se possa criar novos universos, novos corpos, novos ritmos. Fazer a fissura transbordar em traço, virar ferida, marca, cicatriz. Fazer corpo do que era silêncio e imensidão.” (Lima; Aragon, 2010, p. 133)

desenhava até então, por outro ela remete também à criação. Talvez os sintomas do corpo não remetam, necessariamente, ao patológico, e, sim, à demonstração de uma vida que não deseja mais as disciplinas e obrigações que lhe vinham sendo colocadas/impostas, desejando combinações e arranjos outros. Seria toda crise patológica? Qual é a qualidade das forças que uma crise ativa? O que elas afinam e o que enfraquecem?

Seguindo um caminho bem semelhante para pensar uma crise, Nietzsche pensa a doença não como um processo interior nem mesmo negativo, e sim como o que nos alerta para que algo possa ser transformado, uma espécie de “convite das forças que compõem a vida para que uma resistência seja vencida”. (NASCIMENTO, s.d.) A saúde não é dada, mas conquistada, construída a partir de relações diárias e da nossa capacidade de se inventar e reinventar a partir dos encontros. É a qualidade de tais relações que nosso corpo estabelece (com o meio, com o outro, com as coisas) que determina nossa saúde e também nossa doença. Ou seja, tudo a que me agencio ou sou agenciado. E se a saúde é conquistada a partir das relações (do que compõe, do que fortalece, do que vitaliza e do que enfraquece), trata-se sempre de uma construção singular.

Diante desse contexto, cabe a pergunta: Como criar um cuidado em meio à era medicalizante, no qual se opera uma gestão dos riscos? Onde nos é ofertado um modelo pronto de cuidar bastante engessado, que nos faz mais acatar para se adequar e menos inventar? Como inventar um cuidado para si (considerando que não se pode simplesmente ignorar ou descartar de todo o que nos é ofertado) para além das práticas médicas/terapêuticas? Será que o cuidar envolve apenas o plano dos remédios, dos exames, consultas e especialistas? Não seríamos nós mesmos capazes de inventar uma saúde?

Será que uma crise como a de Lolli, os transtornos, as compulsões, as síndromes e manias, não poderiam ser pensadas numa outra política? Não poderíamos pensar para eles práticas outras, que não apenas medicar? Pensar uma prática de saúde para além do remédio, um cuidado para além do médico/hospital, da prática meramente curativa? Como criar uma rede de apoio e cuidado, que ajude um corpo a criar novas normas, a produzir uma maior plasticidade diante da vida?

Talvez seja sempre necessário avaliar a intensidade da crise e as forças a ela agenciadas. E talvez Lolli precisasse de mais aliados, ao menos provisoriamente, para dar conta do que transbordava, posto que, muitas vezes, “Adoecemos por ausência de rede, de agenciamentos distintos desses que nos aprisionam” (NASCIMENTO, s.d.). Para dar conta de um processo de criação outro, diferente de rabiscos na pele. Muitas vezes aumentar a área de atuação da força para diminuir a pressão é o que precisa ser feito...

Lolli não sabia precisar o momento exato em que as coisas começaram a desandar de vez. Sentia vez ou outra que estava descarrilando, mas apenas depois de alguns meses viu-se completamente afastada do trilho.

A princípio, não tinha percebido que, com sua dieta atual, em poucas semanas perdera cerca de 5 quilos. Dava-se conta disso apenas nas poucas vezes que se dispunha a sair da cama e receber alguns conhecidos. A maioria dos dias, porém, ela não sentia vontade de levantar.

Qualquer ação, aliás, até as mais simples, como inspirar e expirar, eram exaustivas. O que antes lhe parecia natural e automático, como funções próprias do corpo, agora se tornaram cansativas. Já se sentia desesperadamente extenuada nas últimas semanas. Considerava que não era possível viver assim. “Alguém vive assim?”

Um cansaço absurdo toma conta de todo seu corpo, de todas suas funções. Lolli está esgotada das imagens, das palavras, dos dias de Sol e das cores. Está cansada dos dias nublados, das chuvas de verão que inundam seu travesseiro. Para chuvas que inundavam avenidas, becos e vielas, ela sentia que lhe faltava um lugar onde pudesse se abrigar, se proteger de si mesma.

A família nota algo de errado e aciona tratamento médico imediatamente: Lolli é encaminhada para um psiquiatra e uma psicóloga.

### 3.1 A captura medicalizante

“A reação catastrófica, que no homem se manifesta como angústia, não seria o fim, porém condição para um novo começo.”<sup>20</sup>

O corpo-pesquisador se interessa em mergulhar mais um pouco no estudo de algumas linhas que compõem o processo de medicalização vivido atualmente, onde se busca apenas no remédio ou em especialismos diversos (médicos, *psis*, assistentes sociais, pedagogos) a cura para todos os males que acometem a vida. Nos termos de Aguiar, determinados problemas “foram, cada vez mais, sendo medicalizados, ou seja, vistos sob o prisma da Medicina Científica como ‘doenças’ a serem tratadas” (Aguiar, 2004, p. 133).

Vale ressaltar que essa não é uma discussão moral sobre o uso de medicamentos, condenando ou estimulando tal prática. Pelo contrário: a ideia é justamente uma suspensão da moral, trazendo do encontro entre corpo-pesquisador e corpo-personagem a medicalização como uma força dentre várias outras. As maneiras pelas quais a medicalização está conectada a modos de inventar sujeitos adoecidos, enfraquecidos e o modo como isso se atualiza na formação, na produção acadêmica, na mídia e na produção de cuidado, incita questões e gera novos problemas.

Poderíamos falar de um uso prudente e autônomo da medicação, uso que promova uma expansão da vida? Poderia a medicação funcionar como mais um aliado (provisório) no agenciamento a outras forças de cuidado?

Caso o medicamento não sirva para expandir a vida, e sim para abafá-la, a solução não serve, e se faz necessário inventar outras saídas.

A pretensão aqui não é indicar alguma solução rápida, de caráter tão mágico quanto os próprios remédios. Como pesquisadora, proponho “puxar o alarme”<sup>21</sup>, partindo da ideia de que não existem verdades universais e absolutas, mas regimes de verdade construídos e hegemonizados em determinada época. Tais regimes de verdade produzem e incitam práticas, e é por meio desse jogo entre saber e poder que se pretende olhar para a história. Sem o “traço acostumado”<sup>22</sup>, mas com o olhar desconfiado.

---

<sup>20</sup> Pelbart, 2013, p. 39.

<sup>21</sup> Trecho da poesia “As lições de R.Q.” de Manoel de Barros.

<sup>22</sup> Idem.

Com este olhar, desconfio que o ato de tomar um remédio, por si só, não torna um corpo medicalizado. A questão não é o uso de remédios apenas, mas é o uso de remédios também! Há que se discutir, no entanto, as diferenças entre os diferentes usos que se faz da medicação, discussão que se pretende presente ao longo de todo o trabalho. Uso que se faz não apenas da medicação, mas da terapia, do tratamento médico e também de práticas alternativas diversas (como Acupuntura, Fitoterapia, entre outras), que, por sua imagem de “alternativa”, podem muitas vezes mascarar o fato de serem produzidas e/ou intensificadas pelo próprio discurso da medicalização.

Tomaremos por medicalizado aqui (ao menos provisoriamente) não apenas o corpo que ingere comprimidos, mas o corpo regulado por prescrições, normas e ditados. Corpo forçado a se encaixar no modelo, porque teme o desvio. Que não coloca em jogo seus gostos e preferências: se guia pelo que dizem que faz bem para a saúde e pronto. SAÚDE. A grande saúde gorda<sup>23</sup>, sem porosidade, sem abertura, que “...acabada, madura, fechada, concluída, funcionando bem demais, jamais poderia acolher, abrigar, favorecer”. (Pelbart, 2000, p. 65)

A lógica medicalizante apresenta remédio para tudo, e tudo se deve medicar, posto que nela, todo comportamento se torna patológico. Aqui já não se trata apenas de um reme(n)dinho<sup>24</sup> para uma dor de cabeça, de um alento provisório para um dia difícil. Trata-se de muitos polivitamínicos para repor as energias do corpo; de ‘Concerta’ para crianças com (aparentes) dificuldades de concentração na aula; de Viagra para jovens menores de 40 anos e sem nenhuma dificuldade de ereção aparente, porque “*Hoje em dia só broxa quem quer: tem que ter a camisinha em um bolso e o azulzinho no outro*”.<sup>25</sup> Trata-se de uma pílula e muitas (in)satisfações. Uma pílula e adequação, adestramento, anestesiamento. Não importa qual o problema, contanto que se tenha um. E você tem um problema, porque todo mundo tem.

Problema aqui não é da ordem da produção, mas da ordem do que precisa ser eliminado, tratado, consertado. A diferença se torna patológica: euforia exagerada; tristeza prolongada; desânimo; fadiga; dificuldade de concentração; depressão; transtorno opositivo desafiador. Criação e disseminação de diagnósticos diversos, a serem resolvidos com o uso de comprimidos.

---

<sup>23</sup> “Será a vida essa gorda saúde de espetáculo, de *frisson* extasiado diante do sensacional, desse acaparamento do mundo por um estômago fenomenal, que deglute tudo porque também expelle tudo? Ou, ao contrário, estará a vida mais próxima de uma fragilidade diante do excesso, e também, por conseguinte, de uma certa seletividade?” (Pelbart, 2000, p. 66)

<sup>24</sup> Trocadilho feito a partir do verbo “remendar”, que significa usar pedaço de material para remendar algo, consertar, esconder rasgo. Função semelhante a determinado uso que se faz de remédios.

<sup>25</sup> Fala reproduzida pelo cantor Latino no programa Amor e Sexo, quando questionado se já fez uso de remédios para disfunção erétil.

Uma pílula e todos os poros fechados: nada entra, nada sai. Tudo se mantém em uma estranha ordem, um estranho silêncio, uma estranha pausa.

No corpo inserido em um tempo de urgências, qualquer crise representa impossibilidade. Nesse sentido, trata-se de um “transtorno” que deve ser consertado, e não de um modelo de vida que precisa ser constantemente revisto e questionado. Seria tão imprescindível aos leitores desta dissertação saber qual o diagnóstico da Lolli? Seria um diagnóstico suficiente para falar de uma experiência tão singular? Experiência de ‘poros, órgãos, fios de cabelo e unhas das mãos e dos pés que estavam aos prantos, desesperados com a vida’?

Lolli também começa a fazer uso de muitas pílulas com o início do tratamento psiquiátrico. Mas isso por si só tornaria seu corpo medicalizado?

A banalização do uso de medicamentos muitas vezes gera uma crítica geral a todo e qualquer uso, de modo que qualquer pessoa que faça uso de remédios se torna um corpo medicalizado. E como nos alerta Fuganti, “dependendo muito da situação e da natureza de suas práticas e de seu uso, a medicalização pode ser confundida com as práticas de medicação, muitas vezes aliadas da vida intensiva e utilizadas como defesa provisória contra um tipo de poder”<sup>26</sup>. Quando a discussão permanece no campo da moral, ela é permeada apenas pela lógica do binarismo: tomar ou não medicamentos. Tomar medicamentos é ruim, não tomar é bom. Cria-se uma cartilha do permitido e do proibido, no qual não existe meio-termo, não existem situações singulares, não entra em jogo uma ética e uma discussão sobre usos possíveis. De modo que, como nos aponta Passos e Benevides (2010), “(...) o que se percebe num modo dominante de colocação do problema é a focalização da substância como se nela houvesse um perigo que se define independentemente da experiência que se tem com ela” (Passos; Benevides, 2010, p. 63). Concordamos com os autores quando estes afirmam que tais propriedades (ser ruim ou bom) não são próprias da substância em si, mas da relação que se estabelece com ela. Relação esta sempre singular e questão crucial para diferenciar medicados e medicalizados. Questão ética, afinal.

E o corpo-pesquisador pergunta: como Lolli poderia não se deixar capturar pela lógica das urgências, cavando espaço para acolher a crise (o quanto fosse possível acolher)? Ou como se equilibrar na linha tênue que distingue medicados e medicalizados? Quais usos

---

<sup>26</sup> Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida. Discurso de Luiz Fuganti proferido no CRP - RJ em 29.03.2007. Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/biopoder-nas-politicas-de-saude-e-desmedicalizacao-da-vida-discurso-transcrito>

possíveis, quais entradas potentes na composição com remédios? É possível a produção de uma vida autônoma em tal composição?

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço". (Bondía, 2001)<sup>27</sup>

Muitas vezes o termo ‘autonomia’ é pensado como um atributo pessoal de um sujeito dotado de ‘liberdade individual’, uma capacidade de atuar livremente no mundo, de criar para si suas próprias leis e segui-las, independente de qualquer outra força do mundo. Quase um sinônimo de independência e autossuficiência, um atributo do sujeito. E se a vida autônoma é pensada como independente, a não autônoma se confunde com qualquer tipo de relação estabelecida com profissionais de saúde. Na verdade, pensamos justamente o contrário, como aponta Tykanori (1996): “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudemos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (1996, p. 57). Ou seja, uma maior rede conduziria a uma situação menos restritiva e dependente, no qual se depende bastante de poucas relações. Dependência não no sentido de subordinação ou sujeição a algo, mas de criar maiores conexões, de se entender como um corpo em relação sempre. A vida urge por composições...

Talvez a autonomia pudesse ser pensada mais como um processo e menos como atributo. No lugar de autonomia, pensar em práticas autônomas que se dão em um processo contínuo e em rede (ou seja, com outras pessoas, lugares, cheiros, forças...). Processo permeado de modulações, que se dá na própria experimentação, não sendo possível, portanto, postular o atributo ‘autonomia’ a priori, ou um sujeito essencialmente autônomo.

Talvez fosse necessário que Lolli acatasse a lentidão, embora a temporalidade dominante exigisse pressa. Talvez ela precisasse parar: para pensar, para olhar, para escutar, para sentir, para se demorar nos detalhes, para suspender a vontade. Porém, é preciso problematizar sobre o quanto é possível suportar. Ou o quanto é possível suspender. Ou o

---

<sup>27</sup> Bondía, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Palestra proferida no 13º COLE-Congresso de Leitura do Brasil, realizado na Unicamp, Campinas/SP, no período de 17 a 20 de julho de 2001.

quanto se é possível dar-se tempo e espaço em um mundo tão apressado, *mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma*<sup>28</sup>.

O quanto se pode e consegue deixar calar, e o quanto deixar gritar. Ou o quanto dispomos de outras possibilidades, restringindo a saída ao uso de remédios.

Na lógica medicalizante, tem-se a produção de corpo docilizado, impermeável, incapaz de criar, sentir ou tocar. Que não vibra, não deve rir demais nem chorar demais. Produção de silêncio, posto que o que grita incomoda, é indigesto, é duro de engolir. Criação de uma segunda camada, que, se por um lado protege do risco, por outro lado impossibilita o inesperado. Uma pílula para prevenir riscos, para atuar no que poderia vir a ser. Reitero: **o ato de tomar remédio não torna o corpo medicalizado.**

É preciso questionar que uso se faz dos remédios, questão essa sempre singular, uso esse sempre complexo. Questionar: Para que se toma? Que vida se torna possível e viável? O remédio tem sido um aliado de uma vida potente ou de uma vida decadente? Que forças abafa e que forças ativa? Atua em rede com outros personagens? Que saberes temos acionado em nome de um cuidado que muitas vezes produz uma vida fraca? Que modos de ser e estar na vida temos afirmado? De que forma temos nos implicado no viver?

Diversas vozes se fazem presentes nesse debate<sup>29</sup>:

De um lado, neurocientistas e psiquiatras afirmam um modelo biologizante da vida e do organismo:

Cresce a preocupação por medir, quantificar e localizar lesões nesse órgão privilegiado que é nosso cérebro, com a finalidade de apresentar explicações causais para os mais diversos desvios de conduta, estados de angústia, dificuldades de aprendizagem ou sentimentos de fracasso. (Caponi, 2012, p. 186).

A Psiquiatria confirma a veracidade de transtornos como TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção-Hiperatividade) e TOD (Transtorno de Oposição e Desafio), apostando na potência de remédios como tratamento único de jovens e adultos ‘transtornados’. Porém, pouco interessa o tipo de vida que temos levado, em que contexto histórico, social e político estamos inseridos. Considerando o ‘transtornado’ um deficitário hormonal, se aplica apenas o uso de substâncias químicas para restabelecer o equilíbrio, sem necessidade de qualquer outro tipo de intervenção.

<sup>28</sup> Trecho da música “Paciência”, do cantor brasileiro Lenine.

<sup>29</sup> Por “debate”, me refiro a alguns seminários, congressos, rodas informais de conversa, blogs (como, por exemplo, “Cientista que virou mãe”), artigos acadêmicos (“Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”, de Lincoln Frias e Annelise Júlio-Costa) e o site do fórum sobre a medicalização da Educação e da Sociedade: <http://medicalizacao.org.br/>.

Há também um discurso contra a medicalização que muitas vezes parece se confundir com uma campanha contra a medicação (uso de remédios), desqualificando qualquer uso possível que poderia se fazer dos comprimidos. A campanha denuncia um excesso de diagnósticos e abuso de prescrições de remédios, questionando se estes não serviriam mais às indústrias farmacêuticas que à saúde da população. Tal questionamento não é à toa: a venda de antidepressivos só aumenta no Brasil, a níveis preocupantes.<sup>30</sup>

E talvez não importasse (ou não resolvesse) concluir se existem, de fato, tantos transtornos. Eles já estão inseridos e disseminados na sociedade de forma crônica e alarmante.

O debate aqui se faz para além da proliferação de transtornos, mas em torno da vida dependente dos saberes diversos, dos especialismos que devem ditar formas corretas de ser, estar no mundo, se relacionar, comer, aprender, se divertir, se cuidar, se exercitar, amar, sofrer, viver um luto, escrever uma dissertação. Da vida que se baseia em normas prévias, anteriores à experiência. Os especialistas (do corpo, da alma, de nós) estão com seus discursos e modelos prontos de saúde, cheios de ‘verdades’ acerca de nós mesmos. Verdades criadas e mantidas para abafar o que difere, que nos afastam de nosso potencial de nos inventar, da capacidade de narrar, cuidar e saber de nossos próprios processos.

Para além do ato de tomar ou não o remédio, questiono: para que se toma? A serviço de quê(m)? O remédio é um aliado na criação de uma vida potente ou atua silenciando questões? Usa-se para ser normal? Quando nos tornamos tão dependentes de saberes médicos/*psis*? Quando desaprendemos a acatar o imprevisível do viver?

---

<sup>30</sup> “Brasil es el segundo país que más utiliza el clorhidrato de metilfenidato, principio activo de medicamentos como la Ritalina e el Concerta, apodada por los críticos como la "droga da obediencia" e indicada para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H), perdiendo apenas con los Estados Unidos.” (Aguiar, 2013, p. 2)

### 3.2. Uma Produção Histórica

Ultimamente venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levaram a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. Ninguém sai de uma farmácia sem ter comprado, no mínimo cinco medicamentos prescritos pelo médico, pelo vizinho ou por ele mesmo, cliente. Ir a farmácia substitui hoje o saudoso hábito de ir ao cinema ou ao Jardim Botânico. Antes do trabalho, você tem de passar obrigatoriamente numa farmácia, e depois do trabalho não se esqueça de voltar lá. Pode faltar-lhe justamente a droga para fazê-lo dormir, que é a mais preciosa de todas. A conseqüente noite de insônia será consumida no pensamento de que o uso incessante de remédios vai produzindo o esquecimento de comprá-los, de modo que a solução seria talvez montar o nosso próprio laboratório doméstico, para ter à mão, a tempo e a hora, todos os recursos farmacêuticos de que pode necessitar o homem, doente ou sadio, pouco importa, pois todo o sadio é um doente em potencial, ou melhor, todo ser humano é carente de remédio. Principalmente, de remédio novo, com embalagem nova, propriedades novas e novíssima eficácia, ou seja, que se não curar este mal, conhecido, irá curar outro, de que somos portadores sem sabê-lo. ... Estou confuso e difuso, e não sei se jogo pela janela os remédios que médicos, balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram, ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que forem aparecendo, enquanto o Ministério da Saúde não as desaconselhar. E não sei, já agora, se se deve proibir os remédios ou o homem. Este planeta anda meio inviável.

Carlos Drummond de Andrade<sup>31</sup>

É curioso como o texto “*O homem e o remédio: Qual o problema?*” de Drummond, escrito e publicado no Jornal do Brasil há mais de trinta anos, nos fala de uma lógica tão atual. Este planeta anda mesmo um tanto inviável e estamos cansados, acometidos de uma fadiga crônica, um *quadro inespecífico, marcado por um cansaço inexplicável*. Ou estaríamos produzindo/investindo em um modo de vida inviável?

O dia começa cedo demais e termina tarde demais. No meio dele, dispomos de uma superprodução de informações sonoras e visuais que nos chegam a todo tempo, um trânsito caótico, prédios tão cinzas e um asfalto tão duro... Ruas não pavimentadas, saneamento básico em falta, construções irregulares ruindo em dias nublados. Todo tipo de violência noticiada em jornais e vivenciada em cada esquina. Quando chove, a cidade fica impraticável: o prefeito pede que se evite sair de casa.

Temos hora para chegar, mas nem sempre de sair. Estamos sempre atrasados e em débito. Com uma pilha de afazeres na mesa de casa e do trabalho, ainda dispomos da sensação de não estar dando conta de tudo, imersos em um ciclo no qual nunca se termina nada, posto que há sempre algo para iniciar ou concluir. O trabalho nos acompanha em casa, numa

---

<sup>31</sup> Andrade, Carlos Drummond. *O Homem e o Remédio: Qual o problema?*, Publicado no Jornal do Brasil, de 26/07/1980.

multiplicação de tarefas sem fim... “(...) nas sociedades de controle nunca se termina nada (...)” (Deleuze, 1992c, p. 221)

Estamos sempre conectados: no celular, no computador, em qualquer tipo de tecnologia. O avanço e o desenvolvimento de aparelhos inteligentes (os smartphones) nos permitem fazer qualquer coisa em qualquer lugar, até mesmo quando não gostaríamos de fazer: acessar e-mails, ler livros, conversar com um amigo que está do outro lado do globo, ouvir música, tirar fotos, compartilhar informações em redes sociais. No entanto, observa-se um paradoxo: parecemos próximos e distantes ao mesmo tempo. A tecnologia aproxima e afasta de uma só vez.

Tal paradoxo também pode ser observado em outros espaços e lugares. A cidade tomada por anúncios publicitários, discursos, bens de consumo em um movimento contínuo. Porém, é como se, ao mesmo tempo, tudo se movesse de modo frenético, mas as sensações encontram-se paralisadas. Um estranho mover-se petrificado. Uma velocidade que conduz à paralisia.

Ao tentar se distrair da pilha de tarefas e afazeres, o encontro com revistas ou programas de TV nos indica uma mesma tendência: artigos de saúde e boa forma, dietas milagrosas, como manter o pique aos 40, 50, 60 anos... Como não envelhecer. Receitas mágicas, passo a passo de como se portar no emprego, como arrumar um(a) companheiro(a), testes que indicam seu “tipo psicológico”. Passo a passos que nos ensinam como existir e ser competente: uma proliferação de informações e modos de ser e estar na vida de um modo mais eficiente. Tudo já está pronto: basta que você escolha um modelo e se encaixe nele.

Dominamos a linguagem médica, utilizando-nos cada vez mais de descrições provenientes da Biologia por meio de neuronarrativas.<sup>32</sup> Adrenalina, serotonina, taquicardia, neurotransmissores, explicações biológicas, fatores hereditários, tendências, riscos, prevenção. Os novos remédios e transtornos são expostos tal qual um sapato na vitrine e nós, na condição de consumidores ávidos por novidades, estamos sempre dispostos a correr atrás dos últimos lançamentos.

---

<sup>32</sup> “O antropólogo espanhol Angel Martínez Hernández fala de neuronarrativas, explica que, pouco a pouco, os relatos referidos à história de vida dos pacientes, antes essenciais para fechar um diagnóstico e para compreender o contexto no qual apareceram os sofrimentos psíquicos, foram substituídos por narrativas que reduzem a complexidade da vida a explicações que se apresentam como neurológicas: ‘eu tenho *deficit* de serotonina’, ‘eu tenho um problema nos neurotransmissores’, ‘meu problema está localizado no cérebro’”. Retirado de entrevista da filósofa Sandra Caponi disponível no site: <http://envolverde.com.br/saude/neuronarrativas-hipocrisia-institucionalizada-da-medicalizacao-da-saude-mental/>

Afinal, *todo ser humano é carente de remédio. Principalmente, de remédio novo, com embalagem nova, propriedades novas e novíssima eficácia*. Mas que forças, afinal, produzem em nós a busca de tal ‘eficácia’?

No planeta inviável de que nos falava Drummond, nossas atividades e tarefas exigiriam mais algumas horas em um dia que dispõe apenas de míseras 24. Sobra pouco tempo para *o saudoso hábito de ir ao cinema ou ao Jardim Botânico*. Uma vida para humanos que soa um tanto desumana.

Para dar conta de tudo, muitas idas à farmácia, muita ingestão de *drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas*, e a dúvida permanece: *não sei, já agora, se se deve proibir os remédios ou o homem*. Os remédios, livros de autoajuda, cápsulas, pomadas e etc. se configuram enquanto tecnologias que nos permitem lidar com o perigo da fragilização, com a temida experiência de desestabilização (Rolnik, 1999). Ninguém quer desestabilizar.

Em um modo de vida marcado pela urgência, produtivismo e competitividade, toda crise representa uma impossibilidade. A dor de cabeça, após horas de trabalho em frente ao computador, os lapsos de memória de um corpo que se exige ativo mais de 10h por dia; a exaustão após dias de insônia... Dor, lapsos e exaustão não contribuem com um sistema que prima pela competência. Uma maquinaria forjada e atualizada por um conjunto de discursos e práticas que investe numa padronização do corpo e o silenciamento de diferenças.

No modelo individualista e individualizante, a culpa é sempre nossa. E, para um corpo ‘improdutivo’, é necessário adotar uma série de soluções rápidas, como por exemplo a ingestão de remédios que prometem mais disposição e força para enfrentar o dia-a-dia. Não produzir é um sinal de fraqueza, causando uma intensa sensação de frustração e não pertencimento (Martins, 2008).

Não é permitido parar, chorar, se descabelar, desfuncionar. E caso isso venha a acontecer, tudo leva a crer que existe algo errado... Nesta lógica, porém, não se interroga sobre a correria da vida, nem se buscam outras alternativas. Apenas afere-se erro, doença, incapacidade ou inadaptação a um certo modelo de vida, ou alguma disfunção química. Abandonar a engrenagem pode ser arriscado: “a liberdade é perigosa”.<sup>33</sup> Trata-se então de uma questão de desajuste, uma mente transtornada, problemática, talvez com alguma doença mental. Muda-se o alvo, mas o modelo permanece o mesmo: culpa-se o indivíduo que não se adapta, que não acerta, esquecendo que esse corpo é efeito de um tempo histórico, envolto em práticas de poder/saber que também têm uma história.

---

<sup>33</sup> Fala reproduzida no filme “Tarja Branca”, documentário brasileiro disponibilizado em julho de 2014.

Quando o modelo individualizante se encerra em explicações reducionistas que registram no corpo um desvio (traduzido em falha química a ser tratada com o uso de substâncias), minimizamos nossa capacidade de pensar sobre nós mesmos, restringindo as possibilidades de ações e intervenções sobre nossos problemas. Ou tornamos problemas o que antes seria apenas uma questão própria da variabilidade humana (Caponi, 2002).

A insistência no modo de fazer funcionar uma certa política educacional não entra em jogo, tampouco a precariedade e o caos da vida na cidade aliado a horas intensas de trabalho. Trata-se apenas de mais um corpo com falhas biológicas: falta serotonina, baixa serotonina, nenhuma serotonina.

O estresse ocupacional e profissional se torna um *burnout* (ou queimar por completo, consumir-se completamente). É no mínimo curioso como é desconsiderada a violência dos atuais regimes de trabalho, que colocam o trabalhador em constante pressão, instabilidade e ameaças em um mercado marcado pela produtividade e lógica da descartabilidade (Ferraz, 2010).

Quem contesta os termos recebe o diagnóstico de transtorno opositor desafiador. Sobra pouco espaço para uma compreensão singular da contestação, ou para o que ela poderia indicar. Dominamos as palavras e termos médicos, mas sabemos pouco sobre o que nos cerca e de que modo somos afetados. Será que o problema é mesmo a falta da serotonina? Seríamos naturalmente desajustados? Qual seria o ajuste? Quem o define?

Fenômeno crescente, a medicalização se atualiza nas mais diversas práticas, não se restringindo exclusivamente à prática médica. Como nos aponta Illich: "nos anos 1960, a profissão médica era proeminente em determinar o que o corpo é e como ele deveria sentir. Nos anos 1970, ela começou a partilhar com outros agentes o poder de objetificar as pessoas" (Zorzanelli; Ortega; Junior, 2014, p. 1862). Problemas que, muitas vezes não são médicos, nem psicológicos, nem mesmo individuais (ou nem mesmo problemas!), mas efeitos dos modos de organização político-sociais são tratados como tal. Ignora-se o contexto e o modo vigente, centrando a questão no corpo: o corpo-problema.

Na lógica medicalizante, preconceitos são devidamente legitimados e fracassos justificados. Que o sistema penal não seja capaz de regenerar um presidiário, ou o sistema educacional ensinar uma criança... Problemas coletivos se tornam individuais e a discussão não passa pelo modo de funcionamento da instituição presídio ou instituição escola. Afinal, parece "mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência" (Caponi, 1997, p. 294). Posto isso, trata-se, então, de consertar o corpo que desfunciona:

Tornamos-nos prisioneiros de supostas novidades e nos esquecemos de criar composições. Deslizamos de uma certeza a outra, de uma palavra a outra, de uma imagem a outra, confundindo transitório com indefinição, devir com dispersão, proposição com imposição, diferença com idiosincrasia. (Domingues, 2010, p. 18)

Historicamente, o termo “medicalização” surge no fim da década de 1960, sendo utilizado para marcar a crescente apropriação da Medicina com relação a situações corriqueiras e banais, próprias da vida humana: “Quando um problema passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido através da racionalidade médica e tratado por intervenções médicas” (Gaudenzi; Ortega, 2012, p. 24).

O conceito de medicalização se apresenta de um modo irregular, desigual, variável, dependente do alvo a que se destina<sup>34</sup>. Além disso, trata-se de um conceito estudado por diversos autores, em diferentes épocas, nos campos das ciências humanas e sociais, sendo necessário observar as particularidades do contexto em que tal discussão se insere. Trata-se, portanto, de um conceito abordado por diferentes entradas e com diferentes usos.

Porém, de um modo geral, os estudos e discussões acerca desse processo geralmente o tratam em tom de negatividade, ou seja, de uma crítica ao poder médico e a necessidade de controle e categorização do comportamento.

Ocorreria, então, uma apropriação pela Medicina (e especialismos outros) de tudo aquilo que não é exclusivamente médico, mas próprio da vida humana. Qualquer processo inerente à vida se torna patológico, de modo que a medicação atua não mais em alguma situação específica e complexa, mas na produção de um anestesiamto da vida frente aos processos de sofrimento que lhe são constituintes.

Na prática de ditar normas e modos de estar na vida, o saber médico vem ao longo do tempo entrando na vida dos indivíduos, tornando-se capaz de criar e solucionar qualquer

---

<sup>34</sup> “A ênfase na irregularidade da medicalização indica que tal processo é, por excelência, variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração. De forma prática, essa irregularidade significaria, por exemplo, que alguns comportamentos são, potencialmente, mais medicalizáveis do que outros, colaborando para isso certos fatores, como o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos, a existência de definições daquele comportamento ou transtorno competitivas entre si; significaria dizer que alguns grupos são ou eram mais medicalizáveis do que outros, como, a princípio, as mulheres e as crianças; que as diferenças sociais e de gênero contribuiriam para acirrar processos de medicalização; que haveria agentes fora da profissão médica que contribuiriam ativamente para a medicalização, tais como a indústria farmacêutica, as associações de cuidadores e pacientes, a mídia impressa e virtual e a divulgação científica, periódicos médicos e as propagandas de medicamentos. Por fim, a irregularidade da medicalização significaria que pode haver, paralelamente, processos de desmedicalização, como o emblemático caso da retirada da homossexualidade do DSM-II, no início da década de 1970, como conquista do movimento norte-americano pelos direitos civis dos homossexuais.” (Zorzaneli; Ortega; Junior, 2014, p. 1863-1864)

problema. Papel assumido não só pela Medicina, mas por outros especialismos também, como a pedagogia, assistência social até mesmo por nós, *psis*.

Com a perda da autonomia, nos tornamos, então, cada vez mais dependentes desses saberes: “Obediência às instruções que emanam de profissionais terapeutas que nos ditam formas corretas de comer, dormir, amar, divertir-se, sofrer e morrer” (Gaudenze; Ortega, 2012, p. 27). Implicamo-nos cada vez menos em questionar que tipo de vida temos afirmado, em avaliar nosso grau de autonomia em relação aos saberes constituídos.

Não é por acaso que pais, professores, parentes e amigos são constantemente convocados a estarem atentos a qualquer sinal de que algo está saindo do enquadre. Entretanto, um diagnóstico pode muitas vezes atuar como uma prisão que promove o rótulo e rascunha o traçado de um destino pronto. Enquanto atua e se faz presente, constitui modos de vida individualizantes e totalizantes, ao mesmo tempo que enfraquece as possibilidades coletivas e criativas de resistência.

Dissemina-se a ideia de que para tudo existe um remédio. Não só medicamentos propriamente ditos, mas fórmulas especialmente desenvolvidas para melhorar e facilitar a vida humana (mesmo quando ela aparentemente não necessita ser melhorada). Tal promessa de uma vida boa e feliz se atrela ao arsenal farmacológico, atendendo às urgências da vida de maneira rápida e anestésica. A urgência é curar!

Quando o maquinismo em questão ameaça falhar ou, então, entra decididamente em pane, os psicofármacos teriam a finalidade de equilibrar e reajustar o sistema em ruptura, pela introdução dos mediadores neuroquímicos, os únicos capazes de restaurar a alquimia dos humores perturbados. (Birman, 2001, p. 51)

Torna-se medicalizada, assim, a vida em que o desassossego deve ser rapidamente suprimido pelo uso de terapias, medicamentos ou qualquer outro tipo de equipamento de apaziguamento de todo e qualquer sofrimento, medo, tristeza, pânico, etc.

Ivan Illich (1975) faz uma forte crítica ao “imperialismo médico” que, segundo ele, operaria diretamente sobre nossa autonomia para lidar com qualquer processo de adoecimento, tornando-nos sujeitos passivos de processos que nos atravessam e constituem. O autor propõe o termo ‘iatrogênese’ para se referir às doenças causadas pela Medicina que, embora se constitua enquanto ciência destinada a promover e proteger a saúde, atua produzindo doença.

Illich defende que o modelo de Medicina em questão nos retira qualquer possibilidade de lidar com os processos da vida de forma autônoma, tornando-nos sujeitos passivos e dependentes. Retira do indivíduo a capacidade de cuidar de si, de pensar sobre si. A busca do

corpo sadio (pensado como corpo que não adocece) é vista pelo autor como uma iatrogênese do corpo, uma busca patogênica da saúde. A busca de uma saúde ideal se torna uma busca obsessiva para a realização pessoal.

Foucault, partindo dos estudos e análises de Illich, se propõe a problematizar não a iatrogenia (os erros que a medicina comete), mas o que ele chama de “iatrogenia positiva”, ou seja, os efeitos nocivos gerados pela intervenção médica, como por exemplo a perda da imunidade a agentes infecciosos devido ao excesso de medicamentos. É o caso também dos efeitos colaterais de alguns medicamentos, geralmente nocivos e nem sempre controláveis. Ou seja, trata-se de um efeito negativo gerado pela Medicina não pela sua ignorância a respeito do corpo humano e suas interações, mas resulta exatamente do poder dado a esse saber. Poder esse capaz de afetar não só um indivíduo, mas o rumo de toda a espécie humana, de modo que a Medicina atua não apenas nas demandas do indivíduo doente: seu espectro de atuação é bem maior, levando em conta campos, inclusive, bem distintos dos doentes:

De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, conseqüentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças. (Foucault, 2010, p. 181)

Ou seja, há tempos a Medicina moderna se ocupa não apenas dos doentes (e suas enfermidades), mas também de outros campos, sendo uma autoridade capaz de intervenção a níveis diversos. A partir do séc. XVIII não só os doentes são objeto da Medicina, mas também o ar, a água, as construções, terrenos, esgotos e etc. (Foucault, 1974). Seja no plano da alimentação, da sexualidade, higiene, condições de trabalho: todo assunto humano passa por uma conduta médica.

Porém, o que Foucault nos aponta é que, nos últimos tempos, o que se observa é que não há mais um campo exterior a ela. Se até o séc. XIX ainda era possível identificar aspectos “não medicalizáveis” (práticas e saberes não controlados pela Medicina), agora até mesmo os discursos que tentam contrapor-se ao saber médico são, também, revestidos de certa Medicina, de modo que “a antimedicina só pode contrapor à Medicina fatos ou projetos revestidos de certa forma de Medicina.” (Foucault, 2010, p. 184).

### 3.3 O corpo é uma realidade biopolítica!

Tornou-se lugar comum relatos sobre (ab)usos de novas descobertas científicas, medicações, invenções mirabolantes, remédios para dormir, vitaminas para aumentar a disposição, terapias alternativas, análise, relaxamento, novas dietas, fórmulas homeopáticas, Acupuntura... Práticas, discursos e relatos atrelados à produção de vidas cada vez mais dependentes de especialismos diversos, pautadas em normas pré-estabelecidas de bem-estar.

Muitas vezes, porém, tais usos são feitos apenas para aumentar a performance de um corpo adulto cansado, ou de crianças que não apresentam um bom desempenho escolar. Ao que parece, algumas próteses criadas atualmente funcionam “melhor” que um órgão comum, como pernas confeccionadas em fibras de carbono. Talvez um ‘peito de silicone’ também funcione melhor esteticamente que um seio natural. Aliás, aumenta a procura por cirurgias plásticas, que realizam o ideal de muitas pessoas que desejam um corpo perfeito, como explicita Pelbart (2013):

(...) trata-se de adequar o corpo às normas científicas da saúde, longevidade, equilíbrio, por outro, trata-se de adequar o corpo às normas da cultura do espetáculo, conforme o modelo das celebridades. A obsessão pela perfectibilidade física, com as infinitas possibilidades de transformação anunciadas pelas próteses genéticas, químicas, eletrônicas ou mecânicas, essa compulsão do eu para causar o desejo do outro por si mediante a idealização da imagem corporal, mesmo à custa do bem estar, com as mutilações que o comprometem (...)(Pelbart, 2013, p. 27)

E, se por um lado a tamanha quantidade de ofertas disponíveis no mercado poderia indicar um aumento de opções e um avanço nos estudos sobre relaxamento, cuidado e melhoramento do corpo, por outro, nos mostra também o quanto as escolhas já estão predeterminadas por um campo de poder que opera sobre nossa subjetividade. Ou seja, cremos escolher quando, na verdade, consumimos escolhas predeterminadas (Júnior, 2005). Mostra-se uma incitação ao ato e um controle obsessivo sobre o tempo, obrigando o corpo a uma ação imediata e eficaz, diminuindo o tempo de espera e hesitação.<sup>35</sup> Qualquer escolha, aliás, já está atrelada a algum tipo de consumo (seja ele de terapias, fármacos, objetos...).

Tais escolhas predeterminadas não estão colocadas aleatoriamente à nossa disposição. Elas servem a um propósito e estão inscritas em um dispositivo que institui saberes e produz comportamentos normatizados. Dentre as diversas vias de normatização, uma delas será a

<sup>35</sup> “(...) o que nos entedia ou paralisa, lembra Zourabichvili, é justamente que hoje tudo é possível, no sentido em que as alternativas estão dadas, disponíveis diante de nós como numa múltipla escolha, mas também no sentido em que tudo parece confinado ao estado de possibilidade. Com isso, o “Tudo é possível” equivale ao “Nada é possível”. (Pelbart, 2013, p. 46)

medicalização e patologização da vida. Qualquer assunto humano passa a ser pensado, descrito e codificado em termos médicos, ampliando assim o espectro de atuação e intervenção médica e tornando imprecisa a fronteira entre normal e patológico.

Os processos de uma forma específica de poder sobre a vida ganham força em meados do século XVIII, inscritos em um projeto que investe poder no corpo e na vida da população. Tal processo foi amplamente estudado e descrito por Foucault, que ressalta uma importante mudança na relação entre poder e vida: “Por sua vez, a medicina já não se ocupa de combater a enfermidade, mas de fazer viver de determinada maneira. Seu campo de ação não é somente o da enfermidade, mas está convertida no transtorno.” (Faraone; Bianchi, 2013, p. 102) As próteses já não servem apenas para garantir mobilidade ou funcionamento de algo que não funciona: elas servem também para tornar o corpo mais atraente.

Como aponta Foucault, as técnicas de poder das sociedades pré-industriais, situadas no início do século XVIII, estão centradas no corpo individual. Trata-se de uma superação da forma de poder soberano, poder que ‘faz morrer e deixa viver’. A tecnologia disciplinar se dirige diretamente aos corpos individuais, com o objetivo de treiná-los, utilizá-los e puni-los (Foucault, 2008). Treinar o corpo para uma vida útil, utilizá-lo com vistas à produção e puni-lo quando não cumpre sua função no sistema.

A disciplina, centrada no corpo, produz efeitos individualizantes: manipula o corpo para torná-lo útil – aumentando, assim, sua força econômica de utilidade- e dócil – diminuindo sua capacidade política e tornando-o obediente. Trata-se de uma atenção “ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam.” (Foucault, 2008, p. 117). Tais técnicas disciplinadoras têm como meta, além do aumento da força útil e da docilização dos corpos, a domesticação de almas. Técnicas que formatam corpos e almas objetivando sua produtividade e utilidade.

Na segunda metade do século XVIII, surge um dos fenômenos primordiais para a sociedade industrial e fundamental para o pleno desenvolvimento do capitalismo: um poder que não elimina nem substitui o poder de soberania, mas o completa, o penetra e o perpassa, transformando a máxima ‘fazer morrer, deixar viver’ no seu inverso: o poder agora faz viver e deixa morrer.

Por meio de técnicas não mais individualizantes, mas massificantes, o campo político irá se ocupar agora de processos naturais do homem, como nascimento, morte, reprodução e envelhecimento. No biopoder, processos naturais e biológicos se tornam o elemento privilegiado da política, alvos de controle e objetos de saber.

O poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no 'como' da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências... (Foucault, 2005, p. 295)

É importante ressaltar que as duas técnicas, disciplina e biopolítica, são voltadas para a dominação. Não se tratam de técnicas excludentes: ambas constituem importantes instrumentos de normalização, voltados à maximização das forças humanas. Porém, com o advento da biopolítica e seu impulso massificante, redefine-se o papel da Medicina na sociedade, tornando-a um campo de saber e intervenção privilegiado que incide ao mesmo tempo sobre os corpos e sobre a população, disciplinando e regulamentando a vida (Sibília, 2002).

A partir do séc. XVIII, a Medicina ganha um importante papel no controle dos corpos, orientando e definindo regras gerais de higiene, comportamento e moral, focando seus esforços no corpo do trabalhador tomado como corpo social. Não se trata de um corpo meramente biológico, mas também político. Cabe ao saber médico o importante papel de controlar e regular o corpo por meio de normas de saúde pautadas no modelo científico de saber:

A introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. (Foucault, 2005, p. 291)

A saúde se torna um meio eficaz de controle e exercício de poder sobre os indivíduos. Com o objetivo de dominar a aleatoriedade inerente à população, a biopolítica organiza a vida, regula, protege e a controla para "(...) compensar suas contingências, delimitando suas possibilidades biológicas ao encaixá-las em um formato pré-estabelecido e definido como 'normal'." (Sibília, 2002, p. 161) E, se por um lado tanta proteção nos garante alguns direitos (como os direitos dos trabalhadores, ou a elaboração de um Estatuto para Criança e Adolescente, o ECA), por outro 'garante' também algumas regulações, certificando-se que nada irá sair do enquadre.

O normal se torna o que deveria ser, e o anormal (o antiprodutivo) aquilo que a população vê como perigoso e nocivo, representando um desvio à norma. Para tratar dos desviantes e garantir a segurança dos ditos 'normais', caberia à Psiquiatria o importante papel de intervenção, por meio de estratégias que propõe o melhoramento da raça e da espécie, contribuindo na construção de uma vida que pode ser submetida e aniquilada (Caponi, 2012).

(...) Foucault demonstra (...) como se constroem discursos e práticas em torno daquilo que é valorado como mais ou menos normal, em determinada sociedade; e como o nascimento das políticas de atenção à saúde das populações, mais que seu cuidado, visavam seu bom controle; mais do que a expansão da vida, objetivavam a adaptação a um determinado modelo de sociedade. (Ramminger, 2008, p. 88)

Seria importante entender e traçar a composição de algumas linhas, a partir dos estudos de Foucault, como, por exemplo, a importância dada ao saber médico e seu importante papel na confecção de ‘enquadres’, como detentor da verdade, da saúde e da vida íntima de todos; saber que deve disciplinar, corrigir e modelar corpos. Ou a importância das consequências de um contexto biopolítico “em que se almeja uma existência asséptica, indolor, prolongada ao máximo” (Pelbart, 2013, p. 28). Entende-se aqui que tais linhas são essenciais para pensar o papel da Medicina em nossa vida, tomado muitas vezes de forma naturalizada.

Quando a biopolítica se afirma na máxima “fazer viver, deixar morrer”, a figura médica ganha um papel privilegiado, que muitas vezes acaba por reproduzir ainda mais uma perda de autonomia do indivíduo frente a qualquer processo da vida. Reprodução de práticas que, como diz Fuganti (2009), não tem no seu limite uma vontade de se tornar desnecessária, mas pelo contrário, de tornar essa vida ainda mais dependente:

Toda política que se destina à saúde, a dar saúde, a atender a um modo de vida de um paciente – e, no entanto, não investe em condições que tornam tal paciente médico de si mesmo, nem investe e sustenta em seu horizonte futuro uma vontade de, no limite, desaparecer, se tornar desnecessária – jamais rompe com a piedade, com as velhas formas de poder. (Fuganti, 2009, p. 670)

No lugar de produzir vida potente, tal prática serve como aliada de uma vida decadente, condição de funcionamento da máquina capitalista. Como nos aponta Foucault (1974), trata-se de um modelo de assistência no qual não se detém “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiser” (Foucault, 1979, p.96), e sim uma perda da autonomia de gerir a própria vida.

Quando uma vida se torna tutelada, vemos a perda do poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo (Martins, 2008). Ou seja, trata-se de um governo de si pelo governo dos outros: é o outro que deve nos ditar como proceder, como nos cuidar, como ter uma vida alegre.

No contexto biopolítico, que tem como objetivo fazer viver e maximizar as forças da vida (mas não qualquer força!), corpo e vida tornam-se alvos de ações corretivas, medi(ca)ções, cálculos e explicações biológicas... Recorre-se a médias e equilíbrios

instituídos para exercer controle e adaptação, as quais qualquer desvio se torna patológico. Processo que atua silenciando processos agressores à vida e mantém os produtores de sofrimento intactos por meio de ações/estratégias de controle devidamente legitimadas e atualizadas por diferentes práticas colonizadoras.

Com uma cultura que incentiva a gestão/administração dos riscos, temos o tempo todo uma série de discursos e práticas criadas com o objetivo de controlar qualquer possibilidade de adoecer, buscando-se sempre dominar o imprevisível. A fuga dos riscos representa um sinônimo de vida saudável. Paradoxalmente, tal fuga não nos deixa realmente viver...

Em nome do cuidado e da ‘expansão da vida’ – com muitas aspas, pois o que se expande quando restringimos tantas possibilidades? Quando abolimos riscos? A vida nesse processo estaria em processo de expansão ou retração? –, produz-se vida que se torna constante alvo de molduras: transtornos, doenças, síndromes. No processo de medicalização da sociedade o modelo biológico é privilegiado, ou seja, recorre-se mais a elementos e explicações biológicas e menos a questões sobre o modo de viver produzido no mundo contemporâneo. O uso de medicamentos entraria em jogo para anestesiá-lo e amortecer as experiências do corpo.

É exatamente por meio de um discurso que propõe saúde para todos, que propõe a prevenção de riscos e a atuação no que pode vir a ser, que a biopolítica amplia e multiplica os espaços médicos de intervenção social. O discurso médico, com seus modelos e prescrições que induzem formas de viver, pensar e se comportar, atua na produção de realidades e subjetividades (Aguiar, 2004). Em nome da vitalidade da população, com políticas que ‘pretendem melhorar’ a população e a raça, classificam-se condutas como patológicas, de modo que “não haverá mais nada, finalmente, na conduta do homem que não possa, de um modo ou de outro, ser questionado psiquiatricamente” (Caponi, 2012, p. 28).

O medicamento seria mais uma tecnologia biopolítica quando aliado a práticas que visam adequar corpos a uma determinada maneira de ser, com promessas de dominar o imprevisível, controlar riscos, detectando e corrigindo deficiências. Mas talvez o medicamento pudesse funcionar, aliado a outras ferramentas, tal qual uma mola propulsora: um artefato ou peça que exerce movimentos para apoiar uma peça ou para dar impulso a ela. Mas qual é o momento preciso de se aliar ao saber médico? Ou: como funcionar com o saber médico em tom de composição, e não de pura dependência ou submissão? Como incluir em tal composição não apenas o saber do médico, mas também o nosso a cerca do nosso próprio corpo? Se por um lado, talvez, Lolli precisasse compor com remédios, por outro, poderíamos questionar como faria tal composição.

É preciso atentar para o fato que este corpo está inscrito em um tempo biopolítico, onde se faz uma gestão precisa e calculada dos riscos. Tempo de maximizar a vida, de torná-la útil e produtiva, proativa, criativa. Para quem?

Não é uma tarefa fácil em meio a estratégias biopolíticas, tentar criar um outro corpo, acolher um outro tempo. A maquinaria biopolítica conclama a todo tempo para a produção, exigindo um organismo útil. Afirmar a inutilidade de um corpo em crise (ao menos para o capital) requer bastante trabalho. Algo semelhante ao Bartleby, o escriturário que insiste na afirmativa “Prefiro não”.<sup>36</sup> Por outro lado, requer trabalho também habitar esse corpo: habitar suas dores, suas angústias, habitar seu tempo outro, habitar o processo. Embora aparentemente inútil, esse corpo se abre para outras utilidades. Outros tempos, outras experiências, outros afetos. Dispõe-se a olhar o mundo de outra forma, ou, a desformar.

Porém, a tendência do modelo atual sugere que todas as vivências e sintomas sejam relatados, reunidos e traduzidos em um nome: insônia, perda de peso, falta de apetite – indícios de depressão. Tal operação ignora o contexto em que tais sintomas aparecem, buscando apenas eliminá-los com o uso de antidepressivos.

Nos casos de depressão, não buscar ajuda corresponde justamente a um sintoma: “o paciente é incitado a agir, a procurar um médico, pois é sua própria vontade que está em jogo. Se ele não o fizer, pode ser mais um sintoma da doença: incapacidade de agir” (Aguiar, 2004, p. 102). Fica difícil dar um tempo e observar o que poderia ser apenas uma tristeza passageira frente a algum processo mais delicado da vida, ou uma dor mais intensa, que estaria incapacitando tal vida de perseverar. Ou, talvez, dar um outro encaminhamento às tormentas da vida. A indicação é de agir imediatamente e o que se apresenta como solução no plano do imediato (ou dito imediato pela sociedade) é o uso de medicamentos. Mas será que eles são sempre necessários? Em qual momento?

Em tempos que a felicidade e o bem-estar são cultuados, de modo que qualquer indício de tristeza ou insatisfação deve ser imediatamente suprimido, torna-se difícil dar tempo e espaço para o desassossego<sup>37</sup>. Tal imperativo – de beleza, saúde, juventude, longevidade e bem estar – influencia diretamente nosso modo de ser, pensar, de conhecer o

---

<sup>36</sup> Bartleby, o escrivão. Uma história de Wall Street. Escrito por Herman Melville. 2009, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

<sup>37</sup> “No contexto contemporâneo, quando tudo é individualizado e medicalizável, o desassossego é compreendido como força negativa, força que impede o aprendizado, a paz, a beleza, a felicidade. É preciso da ciência para dizer se está ou não tudo bem e para resolver aquilo que, sem uma fórmula química, não parece possível gerir: a vida em seus movimentos de ascensão e depressão.” (Silva, 2013, p. 6)

mundo e se relacionar com ele. Principalmente, influencia nosso modo de se relacionar com qualquer crise.

A medicalização, portanto, é um processo que remete a algo muito mais complexo que um mero comprimido: trata-se de um debate sobre o conceito de saúde, de patologia e de como lidamos com o que parece sair do trilho, desviar. Como suprimimos a dimensão do lidar, do aprender, do investir, do inventar estratégias, enfatizando apenas a dimensão passiva de aceitar a diferença.

Medicalização relaciona-se ao que se oferece ao corpo para que ele produza mais, e de modo mais eficiente, de modo que precise cada vez menos se afastar do trabalho, da produção. De modo que se torne cada vez mais útil, dócil e obediente, mais ajustado à moldura em que lhe encaixam. A crítica à medicalização é, portanto, uma crítica ao mercado: considerando que dispomos de outros meios para lidar com o sofrimento, de que modo podemos lutar contra o modo de construção capitalista que estimula a concorrência e o individualismo, a felicidade rápida, o consumo desenfreado?

Há que se considerar que nem tudo que se oferece ao corpo deve ser ingerido: algumas ofertas são verdadeiros venenos para a vida!

Seria preciso desconfiar da superprodução de ofertas, ou não aceitar todo e qualquer produto que nos é ofertado (tal qual um organismo que devora e expele tudo). Criar um modo desconfiado que se faz com prudência, sacudindo as certezas das soluções imediatas e questionando as verdades, fugindo da lógica do consumo desenfreado da gorda saúde.

*Lolli sentia que não tinha nenhuma autonomia sobre seu corpo. Ele agora pertencia aos especialistas – a terapeuta, o psiquiatra. Sentia que eles arriscavam entender o que era melhor para ela mais do que ela mesma. Sentia que o que eles tinham a lhe oferecer era melhor do que o que vinha oferecendo a si mesma (encontros do corpo com faca quente). Talvez faltasse à Lolli curiosidade de oferecer a si algo melhor. Sentia que precisava deles. Que a vida sem a ajuda médica e profissional não seria possível. Lolli não via possíveis. Todo mundo à sua volta via, menos ela. À sua frente parecia haver um nada, ou um abismo fundo. Muitas vezes, sentia que ia*

desmoronar; que seu corpo ia se partir em mil pedaços. Muitas vezes, esse corpo se partiu em mil pedaços, todos espalhados pelo chão de concreto.

Talvez esse corpo precisasse se desfazer, posto que não funcionava mais. Porém, tal processo de se desfazer deve ser sempre seguido de um refazer, mas o cansaço crônico de Lolli não dava conta. Ela sentia apenas seu corpo em pedaços, e isso lhe causava intensa angústia. Seu corpo dava sinais claros de esgotamento do modelo atual e ela ainda não sabia inventar um modo novo. Suas conexões estavam esgarçadas e arrebentar os poucos fios que sobraram poderia ser perigoso demais.

Não entendia porque a vida deveria perseverar. A vida não podia simplesmente parar? Ser interrompida? Ela não podia interromper sua própria vida?

De fato, Lolli precisava interromper aquela vida. Aquele modo de funcionamento mortífero, lento, gelado e desvigorado. Interromper uma vida, criar outra vida: duplo movimento de vida e morte. Afinal, sem a destruição não há processo criador. (Dias, 2011)

#### 4. A crise como diagnóstico

*A terapeuta resolve aumentar a quantidade de sessões: duas vezes por semana. O psiquiatra passa a fazer mais atendimentos também, retomando o antidepressivo e aumentando a dose do remédio pra dormir. Frontal e Paroxetina. A Paroxetina tem um nome comercial engraçado: PONDERA<sup>38</sup>. Um tanto sugestivo. Lolli imagina a caixa de remédio em um diálogo consigo: “Ei, pondera sobre a sua vida, enquanto ingere estes comprimidos”. Concorda que deve ponderar.*

*Não era a primeira vez que fazia uso de medicamentos. Já conhecia muitos: Paroxetina, Fluoxetina, Rivotril... Já havia tomado antidepressivos, benzodiazepínicos, indutores de sono, hipnóticos. Todos, porém, sem orientação médica.*

*A primeira vez que fez uso de tais remédios, o fez devido a noites de insônia. Começou com práticas comuns como banho quente, chá ou leite morno. Porém, um dia lhe é oferecido um tarja preta para dormir: Rivotril. Para compra e uso, é necessária receita médica, que fica retida na farmácia.*

*Ela fica surpresa: o remédio funciona. Mesmo com todos os problemas do cotidiano, com dias difíceis e nublados, Lolli toma seu remédio e adormece. Ela fica maravilhada com os efeitos do tarja preta. E desde então, nunca mais parou de tomar remédios. Angustiava-lhe, porém, a sensação de que não sabia mais dormir. Era como se seu corpo tivesse desaprendido. Com o remédio, o processo se tornava diferente, ou melhor, não havia processo algum. Antes, começava a se sentir sonolenta, ia deitar, e o sono ia*

---

<sup>38</sup> Nome-dispositivo. Não é o único remédio do grupo de psicofármacos com nome curioso: existe também o Concerta, Allegra, Compaz, Seakalm...

*chegando, devagar. Usando o remédio, tinha a impressão que simplesmente deitava e dormia. Não acordava com uma sensação de descanso, mas com a sensação de que tinha apagado de um momento para o outro na noite anterior. Conversando com outras pessoas que faziam uso de Rivotril para dormir, percebeu que não era a única a perceber esse efeito.*

*Com a crise, o uso de medicamentos começou a ser acompanhado por um psiquiatra, que lhe indicava a dosagem certa, estabelecendo o tempo que faria uso e quando começaria a diminuir as doses, até parar de tomar.*

*A ideia de parar um dia com os remédios lhe causava uma dupla sensação: por um lado, ansiava pelo dia que não precisaria mais de comprimidos para dormir. Dormiria como todos dormem. Por outro lado, a possibilidade de retirar os remédios lhe deixava extremamente ansiosa e angustiada. Tinha receio de como se comportaria sem eles. Era como se o seu natural fosse composto com os remédios – sem eles, algo faltaria.*

*O psiquiatra, além de indicar a dosagem, indicou-lhe também um diagnóstico: depressão profunda. Diagnóstico bastante comum hoje em dia.*

Na Medicina, um bom instrumento diagnóstico é aquele que permite identificar do que sofre o paciente baseado não tanto na sua fala, mas nos sinais que ele apresenta. É preciso que esse instrumento seja capaz de distinguir os sintomas que encaixam determinado sujeito em uma patologia e não em outra, baseando-se em marcadores biológicos objetivos, estáveis e específicos. Através do conjunto de sinais (o que é observável pelo médico) e sintomas (o que o paciente relata como o que ele sente), é possível traçar um diagnóstico. (Amaral, 2004)

Antes do séc. XVIII, a narrativa do paciente era praticamente o único e mais importante elemento da Medicina (Aguiar, 2004). Porém, com a crescente tecnologia e incrementação de exames a partir do séc. XIX, cada vez mais sofisticados e precisos, permitiu-se ao médico ver a doença sem a necessidade exclusiva de uma escuta do que o paciente relata. Ressonâncias, eletrocardiogramas e hemogramas completos oferecem ao médico quase toda informação que ele necessita.

Ainda que se tenha avançado em exames e tratamentos, a Psiquiatria é um ramo que ainda não encontrou marcadores biológicos que permitam identificar com total precisão se o paciente tem ou não determinado transtorno. Nessa especialidade, a conversa e a relação médico-paciente ainda representa fator fundamental para entender o que se passa e qual o tratamento adequado, caso exista de fato a necessidade de um.

Embora se realizem inúmeros estudos para encontrar um determinismo biológico que possa justificar os transtornos mentais (e muitos destes já explicam alguns transtornos devido a alguma alteração no cérebro), ainda não foi encontrada nenhuma causa que funcione como marcador biológico específico. O DSM, aliás, frisa essa impossibilidade: "... embora este manual ofereça uma classificação dos transtornos mentais, devemos admitir que nenhuma definição específica adequadamente os limites precisos para o conceito de "transtornos mentais". (DSM IV, 1995, p. XX e XXI)

Atento a essa “falha” da Psiquiatria, O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é criado pensando justamente na ausência de marcador biológico: com suas inúmeras descrições, seria possível atingir um sistema padronizado e universal na identificação e classificação dos transtornos, que poderia ser utilizado não apenas por psiquiatras, mas por qualquer profissional da área de saúde. Ou seja, independente da formação ou linha teórica, o DSM (enquanto sistema descritivo) fala a língua de qualquer um; com ele, se propõe que qualquer transtorno possa ser identificado quase imediatamente pela simples observação do paciente, bastando para isso que ele atenda a alguns critérios.

O primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foi lançado em 1952, pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). A princípio, o DSM foi bastante influenciado pela teoria psicanalítica, trazendo termos como ‘neurose’ e ‘mecanismo de defesa’. De 1952 até os dias atuais, o manual já foi reeditado cinco vezes.

Muitas críticas já foram tecidas ao DSM, como, por exemplo, o questionamento ao diagnóstico de homossexualidade, incluído na segunda edição do manual, lançada em 1968. Em 1973, o DSM retira do seu catálogo de diagnósticos a homossexualidade. A retirada com certeza representava um avanço, mas também "deixava explícito que os diagnósticos psiquiátricos mantinham uma forte relação com a construção social de figuras desviantes" (Aguilar, 2004, p. 36).

Havia também questionamentos sobre a finalidade dos diagnósticos psiquiátricos: se serviam apenas como rótulos que justificariam uma função de controle social da Psiquiatria. Somado às críticas, é realizado na mesma época o experimento de Rosenhan, em que 19 estudantes saudáveis entravam em diferentes hospitais psiquiátricos alegando ouvirem vozes.

Todos receberam o diagnóstico de esquizofrênicos e medicamentos antipsicóticos (2.100 comprimidos no total). Nenhum deles tomou a medicação prescrita e a experiência concluiu que a Psiquiatria não tinha uma forma válida e precisa de diagnosticar um transtorno mental.

A descoberta da Clorpromazina, em 1952, e o advento dos medicamentos psicotrópicos tornava a questão ainda mais complexa: além da necessidade de delimitações mais precisas entre o normal e o patológico, era necessário um diagnóstico mais acurado para saber se haveria necessidade de remédios ou não. Os psicotrópicos exigem da Psiquiatria uma adequação à metodologia das ciências biológicas, com o uso de experiências científicas mais rigorosas e dados empíricos.

Em 1994, é lançado o DSM- IV, bem semelhante ao seu antecessor. A publicação do DSM – V, em 2013, gerou bastante polêmica e discussão entre especialistas, posto o aumento excessivo de diagnósticos psiquiátricos. O TDAH, por exemplo, já amplamente diagnosticado, teve seus critérios ampliados, sendo acrescentados alguns novos quadros do transtorno. As críticas a essa versão se referem principalmente a uma inflação dos diagnósticos, o que incentivaria diagnósticos supérfluos, principalmente em crianças. As birras e irritações de uma criança com menos de 10 anos podem agora ser consideradas “transtorno de desajuste perturbador do humor”, antigo transtorno bipolar na infância. O tratamento envolve estabilizadores de humor, antipsicóticos, antidepressivos e estimulantes<sup>39</sup>.

O grupo responsável pelo DSM – V tinha, inicialmente, o objetivo de incluir biomarcadores (como, por exemplo, taxa hormonal, atividade cerebral) para determinar a presença ou não de algum transtorno mental. Porém, as pesquisas ainda não chegaram a nenhuma conclusão acerca desses valores. Os critérios para conclusão de diagnóstico são mais definidos a fim de evitar os “transtornos não especificados”. Além disso, os transtornos passam a ser avaliados também de acordo com a intensidade dos sintomas, podendo ser leves, moderados ou graves. Surgem também as “síndromes de riscos”: manifestações que antecedem algum transtorno, com o objetivo de evitar que o quadro evolua para um nível mais grave. Muitos transtornos são adicionados, como a compulsão alimentar e o vício em jogos de azar.

Considerando o encaminhamento de Lolli ao psiquiatra e à psicóloga, a crise nesses espaços muitas vezes não é observada e/ou sentida como uma outra subjetividade (tal como

---

<sup>39</sup> “Os mínimos sinais em uma criança do que pode vir a ser detectado como “transtornos” e afins, no presente e no futuro, são agora gerenciados como minimizações de risco e mecanismos de proteção, por novos monitoramentos nos governos de vulnerabilidades sob as mais variadas chancelas e protocolos como “identificação precoce”, não mais de degenerações, mas daquilo que tem de ser combatido em nome da defesa da não degradação da vida.” (Oliveira, 2011, pp. 86-87)

discute Pelbart), mas como patologia que precisa de medicação. O medicamento não é tomado como mais uma (dentre várias outras) tecnologias para um corpo que sofre, mas como a única saída possível diante da crise. Um processo que necessita de tratamento e acompanhamento estritamente médico. Mas talvez poderíamos pensar para Lolli acompanhamentos outros: das artes, da rede de amigos e afetos que ela possui na vida. Intercessores diversos que poderiam auxiliar em seu processo.

#### 4.1. Efeitos possíveis de uma ferramenta...

Qual seria a fronteira entre a normalidade e a doença? Tendo como alvo os aspectos biológicos da doença mental, o que fica de fora? Seria o diagnóstico e a classificação a preocupação central do médico? Teria o médico tamanho saber para determinar tais critérios? De onde teria surgido essa necessidade de verdades?

O questionamento que se coloca aqui diz respeito não à ciência e seu desenvolvimento, mas à vida que se deseja produzir tendo como princípio avaliador a ciência. Não se trata de demonizar a tecnologia, afinal, ela trouxe importantes avanços ao estudo e tratamento de inúmeras doenças, mas de considerar também seus outros efeitos.

Para Nietzsche, é pelo medo de lidar com o caos constituinte da vida que o homem cria um esquema que lhe permita ter algum tipo de controle (Mosé, 1996). Partindo daí, o homem passa a ter uma relação cada vez maior com os códigos e menor com o corpo. Não se trata apenas de ser contra a verdade, mas de anunciá-la enquanto artifício. As convenções e agrupamentos diagnósticos são um artifício que nos fazemos na busca de uma linguagem universal, convencionar. E no uso da linguagem universal, silenciar singularidades.

*Lolli não se sentia muito a vontade de dizer aos outros que tinha depressão. A palavra era tão pequena (e tão vazia!) que não cabia nela a dimensão de tudo aquilo que percorrera seu corpo nos últimos meses. Ao invés disso, ela preferia inventar nomes, ou simplesmente relatar o que vivia.<sup>40</sup> Ela contava, então, do frio intenso, dos dias inacabáveis sem dormir, dos formigamentos angustiantes que remexiam seu estômago, ou até do coração acelerado, que às vezes lhe parecia saltar pela boca.*

*Considerava que o diagnóstico servia apenas ao seu psiquiatra, para que lhe fosse possível prescrever seu medicamento. No entanto, para conversar e contar a qualquer pessoa, ou até mesmo quando sozinha, ela se*

---

<sup>40</sup> “(...) são tomados por Nietzsche como sinais de saúde o “mau senso”, o delírio e a loucura daqueles que não se dobram à obrigatoriedade da verdade convencionada, que subvertem a linguagem corrente para expressar suas vivências raras e que possuem sua própria interpretação da realidade.” (Andrade, 2008, p. 292)

*dispunha a pensar sobre tudo aquilo que vivia, e o diagnóstico esvaziava sua experiência.*

Ainda que o DSM traga em suas primeiras páginas um importante alerta sobre não ser utilizado como única forma de realizar um diagnóstico, seu uso (realizado não só por psiquiatras, mas por qualquer profissional de saúde) tem se atualizado de forma mecânica e automática. Os diagnósticos são quase decorados e realizados em poucos minutos de uma anamnese básica e bastante simples.

Contribuindo para um processo de abstração na Psiquiatria, o DSM acaba funcionando como uma ferramenta mecânica: todo o conteúdo que o paciente traz deve ser traduzido e codificado em um diagnóstico, operando voltado para um sujeito abstrato e universal, atemporal. Perguntas são valorizadas e determinadas experiências vividas pelo paciente se tornam mais importantes que outras. Fica a dúvida se a criação de tantos transtornos e diagnósticos está mais interessada na saúde do paciente ou nos lucros da indústria farmacêutica.

A cada nova edição do DSM, novas categorias foram e serão criadas, novas precisões diagnósticas, novas classificações, mais objetivas e limitadas. Atendendo a três ou quatro quesitos, o indivíduo já se encaixa no perfil indicado. E, se há a criação de doenças, criam-se também os meios para curá-las, no caso, o uso de medicamentos ou indicações para terapia. É bastante comum, atualmente, escutarmos de alguém que se diz estar deprimido ou que apresenta TDAH – diagnósticos engessados que passam longe de qualquer questionamento acerca dos sentimentos, afetos e uma problematização do próprio meio que circunda tal sujeito:

Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. (...). Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. Hoje em dia, se um indivíduo não tomar cuidado e passar desavisado pela porta de um psiquiatra pode entrar numa categoria dessas e sair de lá com um diagnóstico e um tratamento na mão. (Aguiar, 2004, p. 84-85)

Parando para analisar quantos se encaixam em pelo menos um transtorno disposto no DSM, cabe questionar se de fato existem tantas pessoas no mundo “doentes” ou se não seria o caso de um excesso de diagnósticos que desconsidera e desqualifica as variações naturais da

vida. Nem toda variação é patológica ou exige tratamento, mas, lembrando a indeterminação de qualquer transtorno mental, qualquer um poderia vir a ser sem muito esforço.

O investimento de valor diagnóstico nos modos de expressão da vida é cada vez maior e se torna um problema para o fluir da vida, posto que contribui para um processo de medicalização por meio de práticas de poder/saber que desejam esquadrihar a vida. Qualquer um pode ser um depressivo: basta que o psiquiatra o identifique como tal. Esse diagnóstico, aliás, rende bastante à indústria farmacêutica, sendo uma das classes de medicamentos mais rentáveis que existe.

O medicamento utilizado para *deficit* de atenção, a ‘Ritalina’ ou Metilfenidato, agora com o nome comercial (bem interessante) de “Concerta”, tem seu uso ampliado exponencialmente.

Com a criação, aumento e disseminação de diagnósticos, a doença entra em um sistema de classificações, tratada independente das particularidades de cada sujeito. No encontro paciente-profissional de saúde, este se interessa antes em identificar os sinais e sintomas que preencheriam determinado diagnóstico (e se encaixariam em determinado medicamento), buscando eliminá-los da forma mais breve possível. Soluções imediatas que não passam pela produção do problema, agindo pontualmente. Qualquer relação dos sintomas com a vida e a singularidade do paciente fica totalmente de fora, operando um reducionismo: “O gerenciamento da vida e o reconhecimento de fatores desencadeantes de sofrimento saem de cena. O tratamento direciona-se exclusivamente à sintomatologia ou ao controle dos fatores de risco” (Caponi; Soares, 2011, p. 445).

O diagnóstico pode fornecer ao paciente um território endurecido, onde tudo que será dito ou vivenciado por ele agora estará inscrito no interior desse território. Sujeito que se torna neutralizado, opaco, reduzido aos sintomas de uma doença tomada enquanto objeto natural e externo a si mesmo. Esvazia-se o tensionamento com um comprimido: afinal, o que um sintoma diz de mim ou do que me cerca?

É curioso avaliar também, em outra perspectiva, o efeito de “alívio” que muitas pessoas sentem ou expressam diante do diagnóstico, que lhes parecem muitas vezes mais confortáveis (por situarem-nas em um território teoricamente conhecido) do que a angústia da incerteza e da imprevisibilidade, da falta de controle sobre a vida. Desse modo, no consumo de medicamentos parece haver também o consumo de uma “verdade” de si, que pode passar a justificar inclusive determinados comportamentos considerados inadequados, tornando o diagnóstico não mais um território endurecido, mas um “alívio permissivo” a práticas, gestos ou modos que não seriam aceitos na ausência de um transtorno.

De todo modo, é importante entender que o DSM é uma ferramenta que produz efeitos e usos políticos. Que pode, muitas vezes, influenciar na atualização de uma política urbana higienista e ortopédica, de correção de desvios. Ou, talvez, atuar como uma muleta, tábua de salvação ao “doente”. A ferramenta não é um mero instrumento: ela produz mundo, produz modo de ser e estar na vida. Produz principalmente corpo doente, que não sabe mais dizer de si, produz vida fraca:

Na medida mesma da limitação de nossa capacidade de existir, nos apressamos em exercer piedosamente uma espécie de redução de danos em relação às ‘perturbações’ que atravessam as zonas desconhecidas do humano e em promover um cuidado excessivamente apressado, isto é, destrata-las! (Fuganti, 2009, p. 669)

O que se mostra com o uso apressado e indiscriminado do DSM é uma pressa em nomear uma experiência que nos causa estranhamento, experiência nem sempre catalogável ou passível de monitoramento. E será que precisaríamos sempre de tantos códigos e referências? Como nos aponta Fuganti (2007),

Uma vida afirmativa e ativa, isto é, criativa, não demanda a referência a um fim como o bem ou a liberdade abstrata; não demanda afirmação consciente da diferença como uma tolerância em relação a diversidade de indivíduos e povos conforme a um ideal de fraternidade; nem busca a legitimação de um discurso representativo das multiplicidades, conciliando-as numa unidade como a da Lei; nem cultiva o elogio moral de uma força de vontade para uma vida saudável e feliz. (Fuganti, 2007)<sup>41</sup>

Perde-se pouco tempo na criação de formas para lidar com o que nos acomete, ou apenas experimentando as sensações do corpo. Pouco tempo nos gestos, nas paradas, nos detalhes, nas sutilezas, na escuta do corpo. Apressamo-nos em apelar para o que já se codificou, para o que já se sabe o nome. O que se perde quando se apela para o que já se conhece? O que silenciamos com o uso de rótulos fechados? Que vida se deixa fluir?

*Lolli sabia que o uso excessivo dos remédios acarretava uma série de efeitos colaterais. Sabia e já os sentia todos. Tinha enorme dificuldade de se concentrar nas coisas, como a fala de um amigo, programas ou filmes. Quando arriscava um livro, precisava ler a mesma página mais de uma*

---

<sup>41</sup> Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida. Discurso de Luiz Fuganti proferido no CRP - RJ em 29.03.2007. Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/biopoder-nas-politicas-de-saude-e-desmedicalizacao-da-vida-discurso-transcrito>

vez, sempre, até perder a paciência para a leitura. Muitas vezes, enquanto conversava com alguém, perdia o fio de sua fala no meio da prosa, olhando para o nada e esquecendo completamente sobre o que falava. Achava chato repetir todo dia a mesma rotina de ingerir os remédios. De ter que lembrar de colocá-los na bolsa quando ia sair. Da ansiedade que sentia ao perceber que esqueceu os remédios em casa. Quase todo dia, Lotli elaborava para si um pequeno questionário: porque tomo esses remédios? O que aconteceria se não os tomasse? Por quanto tempo isso será necessário? Que diferença eles fazem?

## 4.2. Não sabemos o que pode um corpo!

Desconhecemos a potência de um corpo, que possivelmente ultrapassa todo nosso conhecimento sobre ele. Não sabemos até onde vai, que limites alcança e não alcança... “(...) não sabeis do que sois capazes, no bom como no mau, não sabeis antecipadamente o que pode um corpo ou uma alma, num encontro, num agenciamento, numa combinação” (Deleuze, 2002, p. 130). Talvez justamente por esse caráter de combinação/composição, não seja possível atribuir qualquer previsão a ele. Concordamos com Sales quando este afirma que:

O corpo aqui não é pensado como uma essência, mas como uma potência que varia de graus (gradientes) a partir das conexões que estabelece com outros corpos. Cada corpo é uma potência variável (...) a potência refere-se ao estado de velocidade ou lentidão das partículas que compõem um corpo. O estado das partículas indica a potência de um corpo, ou seja, do que ele efetivamente é capaz de fazer. Com isto, um corpo não é definido em sua natureza, mas pelas misturas de que ele participa. (Sales, 2014, p. 17)

Destituir do corpo uma essência implica, justamente, pensá-lo em relação aos outros corpos, forças, objetos, livros, músicas, lugares – afetando e sendo afetado por tais encontros. Segundo a filosofia espinosista, todo indivíduo é uma composição de velocidades e lentidões sobre um plano de imanência (Pelbart, 2003). Espinosa define seu método como “um método geográfico” (Espinosa, 2013): corpo como grau de potência, que vai se diferenciando ao longo do tempo. E que poder essa potência tem? A de afetar e ser afetado. Nosso corpo seria preenchido por afetos e afecções. As afecções dizem de tudo que ocorre (no presente ou passado) que deixa uma marca no corpo. Os afetos dizem das variações intensivas – alegria, tristeza, dor – sempre uma passagem, variação, modulação.

A vida se dá em um plano de experimentação, no encontro de corpos e coisas, plano de imanência onde estão todos os corpos, todas as almas, todos os indivíduos (Pelbart, 2003, p. 31). Coexiste no plano de imanência encontros que compõem com nossa natureza e que decompõem. Quando compõe, somos afetados pelas paixões alegres, que favorecem e aumentam nossa potência de agir, nos tornando mais livres. Quando no encontro com outro corpo/coisa/lugar/modo de funcionamento, este não compõe com o nosso, ele diminui nossa potência de agir<sup>42</sup>. O corpo seria então uma composição de forças, um coletivo que é efeito de encontros.

---

<sup>42</sup> O bom existe quando um corpo compõe diretamente a sua relação com o nosso, e, com toda ou com uma parte de sua potência, aumenta a nossa. (...) O mau para nós existe quando um corpo decompõe a relação do nosso, ainda que se componha com as nossas partes, mas sob outras relações... (Deleuze, 2002, p. 28)

Poderia um corpo ser tomado de maus encontros?

*Lolli perdera, no momento, a capacidade de digestão. Para manter seu organismo em bom funcionamento, seria necessário transformar alimentos em compostos mais simples, utilizáveis e absorvíveis. A indigestão, diretamente relacionada a um mau uso do tempo, era fator essencial no processo de digerir.<sup>43</sup> Ou seja, algo como um excesso para o corpo, que não é mais capaz de deglutir e expelir o que lhe vem sendo ofertado.*

*Mudara também seu modo de se relacionar com as coisas. A princípio, a lentidão a deixava completamente irritada: se sentia desconexa em um mundo tão apressado. Queria acelerar seus passos, seu respirar, seus movimentos. No mundo das utilidades, sentia-se sem nenhuma serventia. Diferente das noivinhas hippies de Rolnik<sup>44</sup>, que acatavam com prazer a lentidão, recusando com isso o tempo frenético da rentabilidade dominante, Lolli queria se enquadrar no padrão, não entendendo que a lentidão era necessária naquele momento. Não entendendo que seu corpo exigia outro tempo. Seria preciso saber habitar o tempo dos acontecimentos, que não obedecem ao tempo cronológico.*

*E no verão escaldante do Rio de Janeiro, Lolli sentia muito frio, um frio intenso que paralizara seu corpo por completo. O céu azul, sem nuvens, com um sol brilhante e quente não dizia de sua experiência de frio rigoroso. Ela sente o frio e não entende o porquê.*

---

<sup>43</sup> Ferraz (2010) traz uma interessante discussão sobre a importância da digestão e sua relação com os temas da memória e esquecimento, baseada em estudos de Nietzsche. Para ele, tal atividade é fundamental, “condição de toda felicidade” (Ferraz, 2010, p. 108). Presos ao passado e transbordando amargura, funcionamos tal qual um dispéptico. Em Nietzsche, porém, a função da digestão toma uma função não apenas fisiológica: “o espírito é um estômago”.

<sup>44</sup> “Até seu ritmo é outro: adotam, por princípio, a lentidão. Fruem o prazer de cada gesto e recusam-se a acatar o tempo frenético e homogeneizador da rentabilidade dominante.” (Rolnik, 2014, p. 141)

*Começava a se perguntar se os encontros pele-faca quente de fato eram bons para si. Se as crises de choro que inundavam o travesseiro ou as dores que sentia durante o dia e o modo como seu corpo se enrijecera ultimamente seria capaz de promover algum agenciamento alegre. Questionava-se sobre aquele processo, supondo que havia ali um maltrato com a vida. A estratégia que Lolli inventara para si não protegia nem expandia sua vida. Era uma estratégia destrutiva.*

Espinosa nos fala de um envenenamento da vida, trazendo a denúncia de forças que nos orientam contra, que nos separam da vida através de categorizações do bem e do mal. Tais categorizações estão inscritas no campo da moral, onde nos adequamos a leis e normas já dadas, uma “obediência aos códigos existentes, extraídos de uma verdade universal sobre a natureza do sujeito” (Rodrigues; Tedesco, 2009, p. 77).

Porém, não existe o mal em si, mas o mau para cada um, resultado sempre da experiência. Da mesma forma que não concebemos o corpo como essência, nenhum fato, ato ou ação pode ser considerada boa ou má essencialmente ou de um modo universal. Pensando assim, não seria possível dizer que consumir remédios é ruim ou que o uso por si de comprimidos faz mal. Pelo contrário, muitas vezes eles podem compor com uma vida potente. O que há de se avaliar é de que modo esse vínculo é feito. Questão ética, que se conecta menos a normas preestabelecidas e mais a uma “problematização de si que permite agir não apenas em função da exigência da lei, mas em função do tipo de relação consigo que pode estabelecer em suas ações” (Idem, p. 84). No lugar da moral fechada dos ditames de como devemos ser, nos relacionar, (des)funcionar e até nos sentir, a ética da prudência consiste em

(...) um exercício, uma experimentação, uma ascese, um ensaio que busca atingir, não um fim, não uma lei universal, não um bem supremo ou uma justa medida, nem tampouco aplacar o que de perigoso há na natureza humana, mas aquilo que aumenta a potência de agir de um corpo e, conseqüentemente, sua alegria. A prudência é a atenção que se deve ter para a própria experiência de variação evitando que ela se transforme em algo fascista ou suicida. (Sales, 2014, p. 15)

Trata-se de uma ética que avalia, nos encontros, como se preparar pra eles, selecionar os bons encontros ou agenciar novos. Do que compõe com cada corpo, e não valores universais. Esses termos dizem de dois modos de existência do homem: o que procura e fortalece encontros que aumentem sua potência, que componham com sua natureza; e o que se

torna escravo do acaso, homem imprudente que não pondera sobre a natureza dos encontros. Porque embora não seja possível se antecipar ou programar o que se dá apenas na experimentação, é possível exercitar escolhas que aumentem nossa potência, exercitar um cuidado de si que permita enfrentar os encontros (Sales, 2014)

A ética proposta por Espinosa diverge do campo da moral, que diz de um julgamento, do que ‘deve ser’ ditado do exterior. Do sistema da lei que deve ser obedecida sem contestar, a lei que não traz conhecimento, posto que a obediência é seu único fim. “O tirano precisa da tristeza das almas para triunfar, do mesmo modo que as almas tristes precisam de um tirano para se prover e propagar” (Deleuze, 2002, p.31). Relação que traduz um ressentimento contra a vida, que trata de um homem cuja paixão é a própria impotência.

Deleuze insiste no seguinte: ninguém sabe de antemão de que afectos é capaz, não sabemos ainda o que pode um corpo ou uma alma, é uma questão de experimentação, mas também de prudência. É essa a interpretação etológica de Deleuze: a Ética seria um estudo das composições, da composição entre relações, da composição entre poderes. (Pelbart, 2003, p. 31)

A ética de Espinosa se coloca aqui enquanto exercício de liberdade, que na escuta do corpo, na experimentação singular, questiona qual ordem compõe para um plano que é bom para si. O bem supremo e universal não diz do corpo em suas multiplicidades, não se relaciona com o singular do acontecimento. Nem todo encontro convém e nem todo plano compõe: é preciso prudência na composição com outras forças.

Porém, não seria possível traçar um plano anterior à vivência. Tudo passaria, então, por um plano de experimentação, no qual só depois seria possível saber se o que se passou foi um bom ou mau encontro. Não se pode, de antemão, prever ou calcular um mau encontro e a questão não passa por evitá-los. Aliás, isso seria possível? Trata-se aqui de, na experimentação, avaliar ao que nos agenciamos. Agenciamento esse que não é consciente, não se trata de escolher o legal e evitar o ruim. Porém, nosso corpo carrega memórias, que podem ser acionadas se estivermos atentos ao processo de composição. Não podemos mesmo viver evitando o ruim, até porque senão não vivemos. E também não há como antecipar o “produto”. Mas é possível, pela experiência e a partir da prática do cuidado de si, estar sensível àquilo que pode nos fortalecer ou envenenar.<sup>45</sup> Uma atenção àquilo que em nós é inconsciente, mas que podemos acessar pela via da sensação.

---

<sup>45</sup> “O indivíduo pode se equipar com alguns dispositivos, dentre eles o dispositivo do cuidado de si, a fim de não viver ao acaso dos encontros. É uma maneira de conviver com o mundo caótico, mas extraíndo do caos a potência da vida. Implica em traçar um plano no caos (...) que nada mais é que um ensaio para uma vida afirmativa em toda sua potência de variação.” (Sales, 2014, p. 18)

Quando tornamos o corpo anestesiado, desvigorado (corpo frágil e livre para o mercado da captura) como realizar tal pesquisa dos afetos? Como fazer vibrar um modo de vida medicalizado, dependente, que não sabe suas causas, que ignora o que produz em si o desvigor, procurando culpados, tomando o efeito pela causa? Como não ignorar o que compõe e o que não compõe, exercitando um modo de escuta, de análise que não fique preso ao campo da moral? Como Lolli poderia fortalecer bons encontros? Como evitar uma vida que propaga “...por toda parte a nossa própria impotência e a nossa própria escravidão, a nossa própria doença, as nossas próprias indigestões, as nossas toxinas e venenos?” (Deleuze, 2002, p. 29)

*A cena se mantém sem grandes alterações por dois meses no tempo cronológico. Porém, eles não duraram dois meses exatamente: parece que duraram alguns longos anos de inverno rigoroso. E Lolli, tal qual um urso polar, sentia que precisava hibernar, e assim o fazia. Passava dias deitada na cama, horas lendo, horas chorando, horas se culpando por não conseguir dar conta da vida. Sentia que precisava dar conta da vida.*

*Ninguém disse a Lolli que ela não precisava dar conta das coisas. Ou que, talvez, ela já estivesse dando conta de muitas coisas. Ou ainda, que ela podia criar contas novas... Ou deixar a conta para quem tivesse desejo de quitá-la! Afinal, quem criou essa conta?*

*Lolli passou a viver como os anjos de Swedenborg<sup>46</sup>. Já não existia para ela a dimensão dos dias, das horas, do amanhã, do dia ou da noite. Tudo parecia uma mesmice angustiante, uma eternidade perturbadora. Seus dias não seguiam mais uma sucessão cronológica, o tempo pulsado da*

---

<sup>46</sup> “Swedenborg fez uma descrição tão minuciosa e segura da topografia do Céu e da natureza dos anjos que se tem a impressão, como diz Musil, que o autor está a nos descrever Estocolmo e seus habitantes. O que diz Swedenborg de tão instigante? Que os anjos, ao contrário dos homens, não conhecem as determinações do tempo, isto é, os dias, os meses, os anos. Tampouco conhecem a dimensão do amanhã, do ontem, do hoje. Quando nos ouvem falar em tempos, os anjos que nos acompanham (porque os anjos sempre acompanham os homens) entendem estados.” (Pelbart, 1993c, p.73)

*medida de Cronos. Em seu lugar, se instalou um tempo indefinido, sem medida, sem métrica.*

Tempo. É preciso dar tempo a essa gestação com que se confronta a loucura, a essas tentativas, a essa construção e reconstrução, a esses fracassos, a esses acasos. Um tempo que não é o tempo do relógio, nem o do Sol, nem o do campanário, muito menos o do computador. Um tempo sem medida, amplo, generoso. (Pelbart, 1993b, p. 32)

Se por um lado, Lolli precisava dar conta da vida, o corpo-pesquisador precisava estudar, produzir texto e aprender conceitos. Precisa ler Foucault, Espinosa e Deleuze. Dois corpos que se enlaçam pela impossibilidade de dar conta, exigência tão cara em tempos de biopolítica.

O tempo atual é marcado pela pressa. Existe certa urgência no ar: é preciso dar conta do trabalho; é preciso esculpir um belo corpo; é preciso passar um tempo precioso com a família; é preciso se destacar na empresa, ser proativo, criativo, empreendedor, visionário. E se o tempo insiste em correr, não há tempo para crise. É preciso dar conta: da vida, da escrita.

Na lógica das urgências e do tempo rápido, questiono: qual o tempo para a crise? Qual o tempo para escrever uma tese? Ou: quais usos possíveis do tempo?

“Enquanto o tempo acelera e pede pressa  
Eu me recuso, faço hora e vou na valsa.”<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Música “Paciência” do cantor Lenine.

### 4.3. Regimes de temporalidade

"Por seres tão inventivo. E pareceres contínuo, tempo, tempo, tempo, tempo..."

És um dos deuses mais lindos"<sup>48</sup>

Já houve um tempo em que o capitalismo sustentava a máxima de que: “tempo é dinheiro”. Aliás, ainda hoje é possível ouvir seus ecos por aí. Sibília (2002) apresenta o relógio como a máquina mais emblemática dos tempos do capitalismo industrial. Um aparelho mecânico simples, que tem como única função nos indicar a passagem das horas, minutos e segundos ao longo do dia. É a partir dele que se organiza e regulamenta a vida: a hora de acordar; de ir para o trabalho; de descanso; de saída; de comer; de dormir. O horário comercial guia e regula o horário pessoal.

Utilizado inicialmente em mosteiros na Idade Média para organizar a rotina, o relógio vai ganhando outros contextos, expandindo seu uso para além dos muros do convento e ganhando o espaço fabril. A pontualidade se torna uma virtude, requisito básico em atividades profissionais (e até mesmo, às vezes, em relações afetivas). Perder tempo se torna um problema. O tempo passa a regular a vida e esquadrihar o tempo na cidade, obrigando organismos humanos a sofrer uma série de operações para se adaptar ao novo ritmo.

Pautados no tempo do relógio, cheio de medidas, (que são sempre as mesmas medidas), trata-se de “fazer o máximo no mínimo de tempo, maximizar a produtividade, deslocar-se na maior velocidade possível, em suma, economizar tempo em todos os sentidos” (Pelbart, 1993). Trabalhar muito, em pouco tempo, produzindo bastante: eis o sonho capitalista. E para atender ao sonho dos patrões, os corpos se adequam à disciplina do relógio: lógica, serial, mecânica, contínua, esquadrihada e progressiva.

Tal lógica de pensar e se relacionar com o tempo marca não apenas o trabalho, mas a própria relação com o corpo. Se “tempo é dinheiro”, o tempo é da pressa. E a pressa se insere em outros instantes para além do trabalho: come-se rápido para voltar às atividades; gasta-se menos tempo dormindo, para produzir mais. As noites de sono são consumidas pela urgência da produção. Os filmes mais aclamados possuem um tempo apressado. Cinco minutos vislumbrando o mesmo cenário sem qualquer modificação imprime um tom de monotonia insuportável, de tédio, de sono.

---

<sup>48</sup> Trecho da música “Oração ao tempo”, do cantor e compositor Caetano Veloso.

Porém, se o capitalismo industrial exigia a necessidade de ganhar tempo, hoje parece querer aboli-lo (Pelbart, idem). Até porque, não há quem disponha de tempo hoje em dia. Tal processo não é tão difícil de ser notado: tempo zero e distância zero. Se antigamente uma notícia levava semanas, ou até meses para ser transmitida pelos rádios, hoje em dia é possível ter acesso a qualquer informação no momento exato em que ela acontece. Transmissões ao vivo, notícias atualizadas a cada nova hora em diversos canais de televisão ou sites da internet. A propagação de notícias é instantânea, não exigindo qualquer esforço físico: basta acionar o celular ou ligar a TV, tendo à mão notícias do mundo inteiro. Com os avanços tecnológicos, é possível levar qualquer trabalho para casa, não sendo mais necessária a disposição física do empregado na empresa. Contanto que se esteja conectado, qualquer lugar serve.

E porque não pensamos agora no tempo de um mestrado? Tempo imposto ao corpo-pesquisador: são dois anos para produzir uma dissertação. Dois anos para ler e produzir algo em torno de 80 a 100 páginas. São 730 dias – nos quais se espera poder tirar feriados e datas festivas – para produzir escrita e pensamento. Porém, o tempo de criação parece atender a outros regimes de temporalidade, diferentes do tempo cronológico, linear e antecipável:

Pois importa, tanto no caso do pensamento como da criação, (...) de poder acolher o que não estamos preparados para acolher, porque este novo não pôde ser previsto nem programado, pois é da ordem do tempo em sua vinda, e não em sua antecipação. É quase o esforço inimaginável, não da abolição do tempo, mas de sua doação. Não libertar-se do tempo, como quer a tecnociência, mas libertar o tempo, devolver-lhe a potência do começo, a possibilidade do impossível, o surgimento do insurgente. (Pelbart, 1993b, p. 36)

Não só o corpo-pesquisador deve liberar-se da “homotemporalidade dominante” para produzir escrita, mas também o corpo-personagem para dar passagem à vida, para compor o corpo da escrita. Espaço para criar outro registro de tempo, tempo intensivo, tempo de acolher o imprevisto não programado, a crise não antecipada. E afinal, porque é preciso dar conta?

O tempo impresso no relógio marca um modelo de tempo que não se altera, que se repete todo dia. Todo dia tem 24 horas, todo ano 365 dias. Um tempo ritmado pelo compasso do relógio, que a cada 60 segundos converte-se em um 1 minuto, que a cada 60 minutos se converte em uma hora. É o tempo cronológico, inabalável em sua constância absoluta. Cronos é o tempo da medida que fixa coisas e pessoas, que desenvolve uma forma e determina o sujeito, que constitui o tempo pulsado.

Mas existe um outro tempo, mais intensivo e menos constante, que faz com que muito mais que apenas 24 horas caibam em um dia. Nesse tempo, um dia pode passar na lentidão de anos, ou decorrer rápido demais. É o Aion, tempo sem medida, indefinido, o tempo do jorrar do tempo, não métrico, não pulsado, feito de pura velocidade. Esse tempo não obedece o relógio, nem horas marcadas, nem o calendário. Não existe marcação. Toda a linearidade do tempo cronológico se perde em pontos, linhas, paradas, traçados, emaranhados. Tempo impreciso, imprevisto, incerto. Que não se calcula nem se planeja. Esse tempo parece desfazer os mandos e desmandos do tempo cronológico a todo instante, quebrando com a monotonia dos minutos, horas, dias, semanas. Trata-se de um tempo que não pode ser quantificado, posto que não é passível de nenhum instrumento de medida.

O acontecimento-crise rompe com o tempo previsível, programado, trazendo um tempo sem lugar: o tempo inédito. Como nos aponta Pelbart, “é nesses momentos intempestivos que a suspensão da continuidade temporal vem interromper a mansa ou conflituosa sequência dos dias e noites” (Pelbart, 1993c, p. 78).

Também o corpo-pesquisador não se adapta ao tempo cronológico, entendendo que o tempo de criação de escrita e pensamento para a produção de uma dissertação corre em outro ritmo. É preciso acatar o tempo criação, que não atende aos mandos do relógio. Por muitos dias, o corpo-pesquisador, assim como o corpo-personagem, sente que nada avança. Que os dias passam em meio ao ‘nada’, que é o que não foi ensinado durante toda a vida, a ambos os corpos. Fazer nada é ruim. Desocupar o tempo de tarefas burocráticas é arriscado. Existem prazos a serem cumpridos. Mas a crise atende a outros chamados, a outros regimes de temporalidade. E a dissertação, de certo modo, também.

Em ambos os corpos, trata-se de acolher esse outro tempo em toda sua processualidade, acatar os gestos lentos, a digestão demorada, a escrita descontínua, os dias ‘vazios’. Tornar possíveis outros ritmos que não sejam sufocados nem orquestrados, mas possíveis (Pelbart, 1993a). Composição de pulsos e repousos na criação de compassos outros. Acolher o tempo em que nada acontece, os ‘vacúolos de silêncio’<sup>49</sup> para que algo mereça

---

<sup>49</sup> “Às vezes se age como se as pessoas não pudessem se exprimir. Mas de fato, elas não param de se exprimir. Os casais malditos são aqueles em que a mulher não pode estar distraída ou cansada sem que o homem diga “O que você tem? Fala...”, e o homem sem que a mulher... etc. O rádio, a televisão fizeram o casal transbordar, dispersaram-no por toda parte, e estamos trespassados de palavras inúteis, de uma quantidade demente de falas e imagens. A besteira nunca é muda ou cega. De modo que o problema não é mais fazer com que as pessoas se expressem, mas arranjar-lhes vacúolos de solidão e de silêncio a partir dos quais elas teriam, enfim, algo a dizer. As forças repressivas não impedem as pessoas de se exprimir, ao contrário, elas as forçam a se exprimir. Suavidade de não ter nada a dizer, direito de não ter nada a dizer; pois é a condição para que se forme algo raro ou rarefeito, que merecesse um pouco ser dita.” (Deleuze, 1992d, p. 161-162)

enfim ser dito e/ou vivido. Em tempos de superprodução de imagens, em que tudo está diante de nós para ser visto, dito, consumido e descartado em uma velocidade exaustiva, atualizar outra rítmica, positivar acontecimentos discretos e silenciosos, os quais parece não acontecer nada. Ali, onde ninguém enxerga nada, onde aparentemente nada de útil se mostra – “Como se a única medida de um acontecimento fosse o deslocamento (...)” (Pelbart, 1993a, p. 67), algo se passa, levantando uma barricada contra a velocidade do tempo presente. E talvez, muitas vezes, tais barricadas e greves contra determinado ritmo sejam necessárias! Mas, quanto tempo ‘doamos’ aos nossos processos? O quanto tentamos apressá-los?

*Seu modo de andar ainda era diferente, e também parecia diferente sua respiração. Era difícil chegar a uma conclusão definitiva sobre o efeito dos remédios. Se era, no total, mais benéfico ou não.*

*Mas embora o andar, a respiração e todo o resto parecessem diferentes, eles já não pareciam o que eram antes, e nem o que vinham sendo. Pareciam passos novos, e talvez fossem. O que lhe soava estranho, porque ainda usava os mesmos sapatos. “Havia alguma coisa que ela precisava saber e experimentar, e não estava sabendo e nunca soubera” (Lispector, 1998, p. 63).*

*Lolli ia retomando, de forma tímida e lenta, algumas conexões que lhe traziam alegria, como a música. Rapidamente ela percebe que as alegrias precisavam ser cultivadas, mas que as respostas não estavam prontas: “(...) a resposta não se pede. A grande resposta não nos era dada” (Idem, p.55). A resposta necessitava ser criada no fazer diário, nos gestos pequenos, nas relações que travava com o mundo.*

Lolli desconfia que tudo passava por um aprendizado e que, portanto, “pode-se aprender a ter alegria” (Lispector, 1998, p.51). Aprender, exercitar e cultivá-la exaustivamente e com cuidado. Para criar um modo que poderia compor e aumentar sua

---

potência, era preciso criar mais conexões alegres e aprender sobre seu corpo, em uma escuta fina de seus sinais, afinando os sentidos. Criar para si orelhas pequenas (que não escutassem tantas verdades proferidas por todos os especialistas do corpo e da alma), um estômago seletivo que não ingere qualquer alimento. Corpo formado a partir de uma vivência singular, a partir dos encontros que esse corpo fortalece ou constrange. A partir de tal processo,

Conhecer deixa então de ser o exercício da busca de uma verdade – o que não quer dizer que tudo seja relativo e que não haja escolhas a fazer em função de alguma previsibilidade. Continua havendo um horizonte de previsibilidade, mas este limita-se a contextos problemáticos singulares e é sempre atravessado pelo imprevisível. (Rolnik, 1999, p. 7)

De fato, Lolli parecia melhor. E sentia-se melhor. Começava a ganhar peso e rabiscar possíveis – na vida, e não mais em seu corpo. “Quem é capaz de sofrer intensamente, também pode ser capaz de intensa alegria” (Lispector, 1998, p. 98-99).

#### 4.4 Regimes de cuidado

O saber médico e/ou científico de um modo geral atua na orientação, normalização e classificação do corpo. Assim, muitas vezes, a máxima “cuida de ti mesmo” é entendida, traduzida e relacionada diretamente aos preceitos “procure um médico, tome os remédios de forma correta, siga as suas instruções”. Existe a proposição (ou imposição?) de uma série de normas, regras e práticas de constituição de si na busca de uma vida saudável, de modo que se torna possível observar um padrão.

Qualquer indivíduo interessado na produção de uma vida saudável escutará a seguinte instrução: dieta, prática regular de exercícios físicos, uma boa noite de sono, algumas horas de lazer. Para cada gênero humano, em qualquer idade, existe uma série considerável de produtos, suplementos, dietas, técnicas e alimentos para se cuidar.

Como já foi descrito, nos meios midiáticos, não faltam programas voltados para o bem-estar. Neles, é possível encontrar uma série variada de novas tecnologias, benefícios de determinados alimentos para o corpo. Mas não apenas isso. Muitas vezes, a mídia assume um papel pedagógico (Fisher, 2002), tornando-se lugar de formação do indivíduo:

Estes não constituiriam apenas uma das fontes básicas de informação e lazer: trata-se bem mais de um lugar extremamente poderoso no que tange à produção e à circulação de uma série de valores, concepções, representações – relacionadas a um aprendizado cotidiano sobre quem nós somos, o que devemos fazer com nosso corpo, como devemos educar nossos filhos, de que modo deve ser feita nossa alimentação diária, como devem ser vistos por nós, os negros, as mulheres, pessoas das camadas populares, portadores de deficiências, grupos religiosos, partidos políticos e assim por diante. Em suma: torna-se impossível fechar os olhos e negar-se a ver que os espaços da mídia constituem-se também como lugares de formação – ao lado da escola, da família, das instituições religiosas. (Fisher, 2002, p. 153)

Estamos o tempo todo aprendendo como nos cuidar. Ou como gostariam que nos cuidássemos, de modo que tal cuidado muitas vezes parece mais interessado na produção de corpos úteis ao capital, ao invés de gerar, de fato, um ‘estar bem’ ao corpo. E com tanto material disponível, com tanta demanda por cuidado, fica a pergunta: do que estamos cuidando, afinal?

*Parece interessante para Lolli olhar durante horas algo que até então passava batido. Esse novo corpo se demora nos detalhes e exige certo*

*desaprendizado das docilidades que as disciplinas vinham lhe enfiando goela abaixo.*

*Lolli está entupida de maus encontros, perpetuando ressentimento. As estratégias que inventara para si não protegiam nem expandiam sua vida. Eram estratégias destrutivas. Seu corpo estava desvigorado, desvitalizado e cansado de suas composições atuais. Porém, quando toma seu corpo como processo aberto de construção (e desconstrução), entende que tal inacabamento pode permitir a esse corpo novas modulações, novos arranjos de força.*

A temática do ‘cuidado de si’ foi bastante estudada e desenvolvida por Foucault, que remonta ao período helenístico-romano para historicizar práticas e técnicas de cuidado de si.

Em seus estudos, o autor aponta uma conexão direta entre o cuidado de si e o conhecimento de si na cultura antiga. Porém, a partir do ‘momento cartesiano’ a máxima ‘conhece-te a ti mesmo’ ganha espaço, deixando o cuidado de si em segundo plano. O conhecimento de si torna-se um acesso à verdade, ideia totalmente oposta ao cuidado de si do período helenístico-romano, onde o acesso à verdade implicava uma transformação do sujeito, tornando-se outro. Não se tratava, porém, de uma ordem moral, ou de um princípio normativo imposto a todo cidadão. Até porque nem todos podiam se ocupar de si: tratava-se de um privilégio, em oposição aos que deveriam se ocupar de algum ofício para poder sobreviver.<sup>50</sup>

Embora o cuidado de si envolva uma série de técnicas, práticas, procedimentos e objetivos, ele remonta a uma forma, a um modo de viver. E para que se estabeleça como forma exige certa exercitação, afinal, nenhuma habilidade pode ser adquirida sem prática. Além disso, era sempre uma atividade que remetia ao outro (um mestre, por exemplo), não sendo algo individual (não se pode ocupar de si sem a ajuda do outro).

---

<sup>50</sup> “Em um texto, aliás tardio pois é de Plutarco, referente porém a uma sentença manifestamente ancestral e plurissecular, Plutarco retoma uma palavra que teria sido de Alexândrides, um lacedemônio, um espartano, a quem um dia se teria perguntado: mas afinal, vós, espartanos, sois um tanto estranhos; tendes muitas terras e vossos territórios são imensos ou, pelo menos, muito importantes; por que não os cultivais vós mesmos, por que os confiais a hilotas? E Alexândrides teria respondido: simplesmente para podermos nos ocupar com nós mesmos” (Foucault, 2006, p. 42)

Muitas vezes, porém, pelo excesso de termos autorreferentes<sup>51</sup>, o cuidado de si foi/é visto como uma prática individualista, quando na realidade se conecta diretamente ao outro, expandindo-se aos círculos de amizade, parentesco e profissão, relacionando-se a toda uma rede de relações sociais e sendo diretamente intensificada por elas.

Como exemplo, Foucault relata algumas práticas de meditação, exercícios físicos de privação e escrita pessoal (sobre conversas, leituras), de cartas endereçadas ao outro, exercitando-se sempre em voltar-se para si e examinar-se, como um livro que se lê de tempos em tempos.<sup>52</sup> Porém, não se trata de descobrir uma verdade oculta e interna contida no sujeito, e, sim, um saber que provém da própria experimentação.

Foucault não faz esse levantamento (e tampouco o utilizamos na confecção dessa escrita) para mostrar que o cuidado de si (ou as técnicas de si) da cultura antiga eram melhores, mais eficazes, ou que deveríamos retomá-las. Até porque não seria possível retomar uma técnica operada e utilizada em um momento histórico totalmente diferente, por outras pessoas. Trata-se, talvez, da tentativa de desnaturalizar nossa noção de cuidado, entendendo que a fórmula ‘cuidado de si’ esteve associada a sentidos e práticas diversas ao longo da história.

O cuidado de si na cultura grego-romana não correspondia a um certo autoexame ou autodeciframento, posto que não havia algo pronto a ser examinado: o SI era um processo de construção constante. Também não se tratava de uma imposição, mas de uma escolha pessoal, uma ética não relacionada a um sistema social institucional ou legal, um plano jurídico ou disciplinar, mas voltada para uma estética da existência.

Ou seja, uma ética e um cuidado que não se conecta tanto a uma normalização da vida, a um modelo a ser seguido por todos, uma homogeneização das diferenças, de modo que todos tenham uma conduta ideal. Trata-se, antes, de uma elaboração de si, de tornar-se mestre de si mesmo e não um escravo de seus próprios desejos.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Inventário sucinto: ocupar-se de si mesmo; ter cuidados consigo; retirar-se em si mesmo; recolher-se em si; sentir prazer em si mesmo; buscar deleite somente em si; permanecer em companhia de si mesmo; estar em si como numa fortaleza; cuidar-se; prestar culto a si mesmo; respeitar-se; etc. (Muchail, 2011, p. 44)

<sup>52</sup> “Por mais pessoais que sejam, esses hypomnêmata não devem no entanto ser entendidos como diários, ou como narrativas de experiência espiritual (tentações, lutas, derrotas e vitórias) que poderão ser encontradas posteriormente na literatura cristã. Eles não constituem uma “narrativa de si mesmo” (...) O movimento que eles procuram realizar é o inverso daquele: trata-se não de buscar o indizível, não de revelar o oculto, não de dizer o não-dito, mas de captar, pelo contrário, o já dito: reunir o que se pôde ouvir ou ler, e isso com uma finalidade que nada mais é que a constituição de si.” (Foucault, 2006, p.149)

<sup>53</sup> “A diferença é esta: a moral se apresenta como um conjunto de regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções referindo-as a valores transcendentos (é certo, é errado...); a ética é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica. Dizemos isto, fazemos aquilo: que modo de existência isso implica? (Deleuze, 1992a, p. 125-126)

Estética, aqui, se liga à produção/criação de uma vida, construída da melhor maneira possível para si. Trata-se de transformar a vida em uma obra de arte<sup>54</sup>, arte essa não reduzida a um museu, ou a um especialista sábio, mas a qualquer pessoa. Afinal, “a invenção não é prerrogativa do artista, mas condição de qualquer ser vivente – imprescindível, aliás, para a manutenção e expansão da vida” (Ramming, 2008, p. 89). O desmonte de uma forma para criar outra, tal qual um pintor ou escultor. Vida-obra: desculpe o transtorno, estamos em obra!

A filosofia grega, conectada a um modo estético de elaboração de si, está bem distante da descoberta de uma verdade oculta do sujeito, escondida em seu interior. “Trata-se, ao contrário, de dotar o sujeito de uma verdade que ele não conhecia e que não residia nele; trata-se de fazer desta verdade apreendida, memorizada, progressivamente aplicada, um quase sujeito que reina soberanamente em nós” (Foucault, 2006, p. 608). Conhecer a si mesmo implica em criar a ti mesmo.

A estética nos diz da relação entre criação e produção de liberdade. Ocupando-se de si, constituindo-se livremente e de modo inventivo, pelo domínio de si mesmo: um autogoverno que serviria mais à liberação do que a submissão. É por meio da disciplina, do rigor dos exercícios que seria possível uma prática libertária. “Disciplina é liberdade!”<sup>56</sup> Ou seja, seria por meio de técnicas regradas, de práticas críticas e inventivas que o corpo iria dispor de um menor constrangimento e de maior liberdade diante do que o aprisiona.

Na passagem da cultura clássica para o Cristianismo, ocorre uma inversão dos termos ‘cuidado’ e ‘si’. Até então, ‘si’ remetia a práticas de constituição do sujeito (processo sempre provisório e interminável), com o Cristianismo (mas não apenas por ele) deve-se renunciar a si mesmo, segundo os desígnios de um Deus soberano e exterior, um ‘si’ que “não era mais algo a ser construído, mas a ser renunciado e decifrado” (Rabinow, 1995, p. 273).

Os procedimentos relacionados ao cuidado de si ganham um novo sentido: obter a salvação, acessando a verdade do sujeito. Ocupar-se de si torna-se uma espécie de amor por si

<sup>54</sup> “Se existe essa liberdade e uma definição tão ligeira desses exercícios e de seu encadeamento, não se deve esquecer que tudo isso se passa no quadro não de uma regra de vida, mas de uma *tékhnētoûbíou* (uma arte de viver). Creio que isso não deve ser esquecido. Fazer da própria vida objeto de uma *tékhnē*, portanto, fazer da própria vida uma obra – obra que (como deve ser tudo o que é produzido por uma boa *tékhnē*, uma *tékhnē* razoável) seja bela e boa – implica necessariamente a liberdade e a escolha daquele que utiliza sua *tékhnē*.” (Foucault, 2010, p. 380)

<sup>55</sup> “Criar a nós mesmos como obras de arte não é seguir um modelo de beleza, uma moral preestabelecida, qualquer que seja ela; mas descobrir, na relação entre corpo e vida, a potência da afirmação do cuidado. Cuidado, aqui, é cuidado com a vida e consigo mesmo, encontro da beleza que une homem e mundo, discriminação daquilo de que devemos efetivamente nos ocupar porque é útil para constituir um modo de existência belo, e não meramente retórico ou decorativo.” (Rodrigues; Nascimento, 2014, p. 8)

<sup>56</sup> Trecho da música “Há Tempos”, da banda brasileira Legião Urbana.

mesmo, um cuidado egóico, individual, totalmente diferente do cuidado de si pensado na cultura grega, em relação direta com o outro. É curioso, aliás, como o Ocidente se apropria da máxima ‘conhece a ti mesmo’ aproximando-a de práticas de autoconhecimento de um EU acabado. O que na Grécia remetia a uma regra de prudência, uma espécie de conselho para que se atentasse ao que o corpo se afina, torna-se agora uma estratégia de controle: conhecer para regular, vigiar e produzir norma.

Quando o cuidado de si passa a ter como objetivo certa pureza do ser, a prática de si relaciona-se mais a uma lógica de decifração e purificação do que a se tornar um mestre de si. Perde-se boa dose de autonomia: o cuidado se transforma na função do pastor (ou porque não do médico, do juiz, da assistente social...). Transforma-se em controle e enfraquecimento da vida. O discurso atual fala da exigência de uma vida mais produtiva do que inventiva. E, se perdemos doses de autonomia, foi por razões econômicas, sociais... Sobreviver e produzir se tornam as urgências e exigências feitas ao corpo.

O cuidado, aqui, parece conectado agora a outras forças: não mais de estética, mas de utilidade por meio de preceitos e imperativos diretamente ligados a uma moral exigente, rigorosa e restrita, a “modelos que não nos fazem pensar, e sim aderir” (Domingues, 2010, p. 71). A experiência do cuidado torna-se menos autônoma e mais dependente das novas tecnologias, contida em manuais, conselhos de revistas, mídias e toda uma série de dispositivos criados para nos ensinar sobre nós mesmos.

Andrade (2007), partindo das ideias e vivências de Nietzsche, fala-nos sobre outro modo de se relacionar com a doença e o saber médico, descrevendo um processo de cuidado de si bastante singular. Nietzsche, que durante a vida sofreu com intensas crises caracterizadas por fortes dores de cabeça, enxaquecas, insônias e problemas gástricos, diversas vezes partiu em viagens para visitar médicos e especialistas. A princípio, foi longa a procura por tratamentos diversos que fizessem cessar suas dores. Porém, ele considerava que tais estados não produziam apenas efeitos negativos, mas lhe permitiam saber mais sobre si mesmo, criando uma escuta fina do seu corpo, seus sintomas e o momento em que eles apareciam<sup>57</sup>. Era preciso entender sobre aquelas forças, introduzindo-as de algum modo em sua vida de um modo menos nocivo. A enfermidade exigia que ele traçasse uma nova relação consigo, com seu corpo, com os outros e com a verdade. Foi em suas experimentações consigo mesmo, submetendo-se menos aos tratamentos e saberes externos e tomando o cuidado nas mãos, que encontrou outros sentidos e valores para suas vivências.

---

<sup>57</sup> “Os períodos de debilidade física de Nietzsche apenas lhe permitiram desenvolver outras faculdades, descobrir novamente a vida e a si mesmo, e até mesmo reforçar sua força vital.” (Andrade, 2008, p. 95)

Aliás, todo o processo de Nietzsche segue em um sentido de transvaloração de todos os valores anteriores. Com suas experiências de crise, vivendo diversas modulações de saúde, ele pensa os valores diretamente relacionados a determinadas formas de vida, não podendo, portanto, tomar valores como algo universal. Pelo contrário: cada um deve buscar e formular seus próprios valores, partindo de seu modo de vida sempre singular.

Nietzsche não segue as determinações universais do saber médico e tampouco recorre ao hospital para tratar seus problemas de saúde, pois entende que conhece seu corpo, seus processos e sua doença melhor do que qualquer outra pessoa, sabendo melhor que ninguém do que (e como) se servir para melhorar. A partir dos experimentos que faz consigo mesmo, escolhe o que lhe convém: seu saber sobre si seria superior a um conhecimento médico generalizante.

O paciente é o seu próprio especialista, pois é ele quem melhor se conhece, na medida em que se vivencia. E é também o que sabe o que é melhor para si, já que seu conhecimento constitui-se visando sua própria conservação e aumento de vitalidade (...) o saber daquele que se pretende especialista ignora o que se passa em seu paciente e, seguindo sua própria vontade de potência, quer impor sua interpretação ao outro, quer dominá-lo. Subjugando-o, já o enfraquece. Por isso que, conforme Nietzsche reivindica em sua autobiografia, é preciso ser médico de si mesmo e o cuidado de si deve advir da certeza instintiva sobre o que é necessário. (Andrade, 2008, p. 294- 295)

Nietzsche nos aponta uma preocupação ética: como devo cuidar de mim e conduzir-me para aumentar minha força vital e ter uma vida saudável (p. 124)? Questão ética não mais externalizada na figura de um médico, mas colocada de si para si. Quando considera que os valores não podem ser os mesmos para todos, entende que o cuidado deve caminhar no sentido oposto a uma obediência cega e universal aos saberes médicos. Caberia a cada um, então, tornar-se um médico de si mesmo, constituir seus próprios valores, buscando sempre aliar-se ao que lhe é compatível, sabendo escolher os remédios certos para uma expansão de suas forças vitais.

Nietzsche toma sua vida – vista e considerada por muitos como patológica, o que gerou intensas discussões sobre a possibilidade dele sofrer de graves transtornos mentais – enquanto obra a ser produzida, a partir de valores outros, diferentes dos impostos pelos modelos endurecidos de normalização. Leva uma vida solitária<sup>58</sup>, traça para si uma rota entre cidades de acordo com o clima e a época do ano que mais lhe favorecia, escolhe sempre os

---

<sup>58</sup> “A solidão é o que permite escapar à normalização e desenvolver uma nova relação consigo mesmo, que lhe possibilita tornar-se o que se é; simultaneamente, é também o produto desta nova relação. (...) nela está-se livre dos mecanismos de correção, das múltiplas coerções que se impõem sobre aqueles que fogem aos padrões estabelecidos.” (Andrade, 2008, pp. 146-147).

alimentos, exercícios físicos (caminhadas), leituras e músicas que julga que irão aumentar sua força. Ainda que trace para si uma vida disciplinada, tais disciplinas não são impostas por um saber externo e nem servem a qualquer projeto de utilidade. Nietzsche respeita seu próprio tempo, para além dos objetivos do poder disciplinar. É a partir de suas experiências que traça tal plano de saúde, desconstruindo o organismo útil e dócil<sup>59</sup>.

Ao tornar-se médico de si, Nietzsche opera uma transvaloração: já não considera a doença de todo negativa, um estado que deve ser eliminado o mais rápido possível. Aliás, considera que o problema está justamente na homogeneização operada pelo poder disciplinar, considerando que ela, sim, é “um desvio, uma verdadeira doença, pois impede as individualidades de se desenvolverem, os instintos de se efetivarem” (Andrade, 2008, p. 146). Em sua concepção de grande saúde, ele entende que a saúde deve incorporar os estados de doença, dando-lhe um lugar. Ou seja, a grande saúde inclui também estados doentes, de modo que a saúde não seria um estado definitivo, estático e contínuo, mas um processo em variação. Afinal, se o próprio corpo é “uma configuração temporária formada a partir do combate incessante dos impulsos entre si” (Idem, p. 160), como falar em uma saúde estável?

Nietzsche recusa qualquer pensamento que remeta ao corpo como unidade, substância ou identidade, recusando, então, os enquadres de qualquer categoria do poder normalizador. Para ele, a definição de doença consiste na “interrupção do querer, do estimar e do criar” (Andrade, 2008, p. 156). Assim, considera que a doença é uma incapacidade de funcionar de modo afirmativo, de responder de modo afirmativo diante da dor. Claro, não se trata de querer a dor e o sofrimento, mas de escolher como lidar com eles de modo mais potente e criativo. Por sinal, Nietzsche se diz grato por seus momentos de enfermidade, pois acredita que neles pôde aprender bastante sobre si mesmo e viver os momentos bons de modo que, alguém que não tivesse passado por tudo aquilo, não viveria do mesmo modo, com a mesma intensidade.

É por meio de uma série de regras, escolhas e ensaios que Nietzsche se opõe ao saber médico dominante, escolhendo para si forças outras para compor. Trata-se de um cuidado de si singular, construído e reinventado. Em tal processo, Nietzsche reinventa a doença, a saúde e até mesmo seu próprio corpo buscando não um estado último a ser alcançado, mas uma intensificação da vida.

---

<sup>59</sup> “Nesta distribuição é respeitado um tempo que é próprio das reações de seu corpo biológico e das atividades que ele realiza. Ou seja, é a partir das observações e experiências que faz consigo mesmo que os horários são estabelecidos. Deste modo, ainda que trace cesuras no tempo de modo a obrigar-se a atividades determinadas e a ciclos regulares de repetição, o tempo disciplinar é invertido, pois no horário que estabelece não se trata de um tempo mecânico e coletivo, determinado e imposto do exterior ao indivíduo, penetrando seus gestos e procedimentos. Não se trata de buscar um tempo exato e útil, (...) trata-se, inversamente, de estabelecer um horário que respeita um ritmo biológico particular, que respeita inclusive o ócio e a lentidão, de modo a promover seu acréscimo de força vital.” (Andrade, 2008, p. 171-172)

Como Lolli poderia acionar um ‘médico em si’ que não fosse nem abandonar os saberes médicos, nem se submeter cegamente a eles? Compor com: a terapeuta, o psiquiatra e todas as outras forças envolvidas em suas várias redes de cuidado. Entender que também ela possui um saber sobre suas crises, sobre seu corpo e suas novas marcas, como a curvatura de suas costas, a lentidão de seus passos.

E tais quais as crises de Nietzsche (não consideradas de todo algo negativo, mas uma vivência que lhe ensina sobre si e sobre seu corpo), talvez, também Lolli pudesse traçar outros sentidos para o que vivia que não fossem apenas dor. Talvez algo pudesse ser criado ali.

*O cotidiano de Lolli tornou-se intolerável: algo precisa rachar. Porém, rachar diz de um movimento. A rachadura que percorre o chão num traçado descontínuo e imperfeito, que surge e termina do nada, inesperada. Porém, na dureza que sua vida se transformara, tal qual a dureza de um solo árido demais, ainda não há movimento suficiente para a fenda. Ou, talvez, a fenda fosse, ela mesma, o próprio movimento necessário àquela vida! A rachadura necessita ser produzida.*

*Não bastava que Lolli fizesse o tratamento medicamentoso : essa era apenas uma linha da rede de cuidado que precisava inventar para si. Inventar, na experiência do corpo em crise, um cuidado. Invenção que fugia dos manuais, dos conselhos de revistas, mídias e toda a parafernália criada para nos ensinar sobre nós. Precisava inventar outro tempo, intensificar encontros, agenciar novos, desfazer-se de alguns venenos, investigar os afetos desse corpo: “na crise, experiencia-se o vazio, o caos, a incerteza, sendo possível se desconhecer e se redescobrir, alterar-se e se reinventar.” (Bichuetti, 2000, p. 26)*

Tratava-se, então, não de um cuidado a ser recebido – da psicóloga, do terapeuta ou talvez até dos medicamentos – mas, um cuidado a ser conquistado e elaborado diariamente, na construção de modos afirmativos na vida. Se cuidar não tem a ver com os manuais, programas

de televisão, notícias ou novas tecnologias que surgem a todo tempo prometendo longevidade. Se cuidar envolve experimentar: o corpo, os afetos, as costuras que dão nó, as costuras que sobram linha, ou as que faltam linha. Que pedem mais. Envolve investigar-se, processo minucioso e singular que só pode ser apreendido e executado por si. O que não corresponde a dizer que se trata de um processo individual: muito pelo contrário! Todo cuidado envolve criação de rede e coletivo. Envolve estar em contato, se relacionar, consigo e com os outros. E com outras coisas, outros lugares...

Mas como Lolli poderia rabiscar possíveis? O possível é da ordem do que ainda não foi inventado, do que ainda não foi pensado. Diferente da possibilidade, que já tem seu formato pronto, fechado, mesmo que se trate de várias. O rabiscado que se impunha à Lolli não estava pronto, não era do plano das formas. Ele poderia seguir um traçado reto, pontilhado, infinito... Existem maneiras diversas de rabiscar. Existem maneiras diversas de uma fenda se formar no chão. Para um corpo marcado pelo esgotamento das formas prontas, um corpo povoado de imagens e palavras gastas, era preciso criar. Gaguejar em sua própria língua, rachar as palavras, rasgar os verbos, (des)afinar o tom.

Não importa qual rabisco Lolli formaria, desde que fosse em nome da vida, pois “é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias, por mais estapafúrdias que sejam” (Rolnik, 2014, p. 68). Estratégias estapafúrdias, efêmeras, mesmo que lhe servissem por apenas um dia ou algumas horas. Aliás, mais importante que a própria estratégia em si, era o fato de Lolli querer inventá-las, e ter ferramentas para isso.

Quais práticas de cuidado Lolli poderia inventar para si que não fossem apenas seguir códigos ou normas preestabelecidas? Como se equipar de regras singulares, que poderiam ser constantemente interrogadas e mudadas? Um cuidado entendido como exercício diário de constituição de si, que interroga as práticas universais que ditam modos de se comportar, viver e sentir. Tratava-se então, não de Lolli se adequar a valores prontos, mas inventar novos modos de agir, ser e se cuidar. Modos que envolvessem a música, a dança, os livros, as redes de afeto. Construir verdades (sempre provisórias) em um exercício ético/estético constante que se opõe à lógica de um sujeito dotado de uma natureza, mas, como já tratado anteriormente, corpo como potência de afetar e ser afetado, corpo em relação com outras forças, que ora alegam, ora constroem:

Há, sem dúvida, uma escolha a ser feita, mas ela não se faz em função de uma suposta verdade; as escolhas são múltiplas e se fazem em função do que é melhor para a expansão da vida, assumindo-se sempre o risco do engano. Uma escolha ética, que é mais da ordem da arte do que do método: o que ela visa é criar formas de existência, a favor do processo vital; todo o contrário da tentativa clássica e moderna de domar esse processo. (Rolnik, 1999, p. 8)

O acontecimento-crise vivido por Lolli poderia ser pensado para além do plano patológico onde se faz necessário sempre curar, mas como condição problematizadora de quais políticas temos atualizado: de tempo, cuidado e sujeição. Pensar o quanto temos interrogado os códigos existentes, ou o quanto temos nos submetido a eles sem qualquer postura crítica.

*E sem nenhum planejamento prévio, Lolli vai tateando o mundo e se agenciando a outras forças. Alegres, tristes, novas, coloridas. Sua composição com os remédios ainda se mantém por alguns meses, mas novas composições se formam. Poderíamos pensar que Lolli as promove, mas nem sempre, e até mesmo quando é o caso, ela desconhece seus efeitos.*

*Começa a notar diferenças – em seu corpo, gestos, expressões – quando recebia visitas e passou a se equipar delas com maior frequência. Uma amiga contava de suas viagens e aquela rede de cores, brilhos, paisagens e personagens conectavam Lolli a outras forças, a outras memórias que não eram exatamente dela, mas que a alegravam e a compunham também.*

*Então, mesmo nos dias em que acordava completamente indisposta, Lolli se dava a tarefa de entrar em contato com alguém, ou algo, pois era preciso criar encontros alegres. E podia ser qualquer força: um livro, uma música, um filme, uma exposição, seus animais... Qualquer 'outro' que a tirasse de si mesma, que a afetasse de alguma forma. Tais forças a conectavam a outras paisagens, imprimindo outra trilha sonora às cenas. Os personagens saltavam das páginas amareladas e martelavam seu pensamento, fazendo-a lembrar algo que nunca viveu. E ela virava outras, várias, muitas.*

Um dia, imersa em uma dança<sup>60</sup> feita de movimentos improvisados no meio da sala em um dia de calor, ouvia “não se assuste pessoa, se eu lhe disser que a vida é boa”.<sup>61</sup> O corpo enrijecido de Lolli aos poucos se racha como escultura de mármore. O suor brota e escorre de todos os poros. Poros não mais desesperados com a vida, mas desesperados para viver. Seu movimento começa e termina no nada, e não tem utilidade alguma que não seja rachar. Lolli se movimenta para movimentar.

Além disso, ela começa a se investigar para além do uso de medicamentos e do tratamento terapêutico. Precisava avaliar suas possibilidades de fazer outras composições, escutar e olhar seu corpo. Corpo singular, em processo constante de invenção de si, no exercício diário de atentar ao que paralisa esse corpo, o que o aquece, o que alegra, o que constrange, criando um modo de existência menos afinado a referenciais externos e mais conectado ao processo de construção de si. A grande saúde não é aquela contida nos manuais, professada por experts do corpo e da alma, mas “uma técnica descoberta por nós mesmos a partir de experimentos que realizamos conosco”. (NASCIMENTO, s.d.)

Entendeu que as regras e normas impostas - por meios de comunicação, pela mídia e até por familiares seus - talvez não compusessem com suas escolhas. Que seu organismo não queria mais

---

<sup>60</sup> “A dança é uma atividade corporal que não visa a nenhum fim e que, longe de toda seriedade, é um jogo, uma atividade lúdica, marcada pela leveza, fluidez, liberdade de movimento e improvisação (a qual comporta em si a criação, a experimentação e a transformação). A dança é uma atividade estética que exclui de si o peso e a rigidez das determinações morais e o controle da eficiência produtiva e da utilidade econômica.” (Andrade, 2008, p. 173)

<sup>61</sup> Música “Dê um rolê”, da cantora brasileira Gal Costa.

*manter ou conservar as mesmas normas já gastas; ele queria criar novas ordens, expandir, aumentar sua potência.*

### **Pensamentos finais...**

O resultado disso tudo é que vou ter que criar um personagem – mais ou menos como fazem os romancistas, e através da criação dele para conhecer. Porque eu sozinho não consigo: a solidão, a mesma que existe em cada um, me faz inventar. E haverá outro modo de salvar-se? Senão o de criar as próprias realidades? Tenho força para isso como todo mundo. É ou não é verdade que nós terminamos por criar uma frágil e doída realidade que é a civilização? Essa civilização apenas guiada pelo sonho. Cada invenção minha soa-me como uma prece leiga – tal é a intensidade de sentir, escrevo para aprender. Escolhi a mim e ao meu personagem – Ângela Plalini – para que talvez através de nós eu possa entender essa falta de definição da vida. (Lispector, 1999, p. 19)

Muitos leitores dessa dissertação (em grupos de orientação, em rodas de amigos que se dispunham a ler e a discutir o trabalho) questionavam a falta de alguma introdução metodológica antes de iniciar qualquer discussão teórica. E, muitas vezes, nos sentimos tentados a escrever tal introdução. Porém, surgiam sempre alguns questionamentos: mas será esse método mesmo? E se a escrita seguir outros rumos, traçar outras rotas inesperadas? Seria possível discursar sobre o método antes mesmo de praticá-lo?

Entendemos que essa prática ia contra uma premissa básica – essa, sim, presente logo no início do trabalho: a de que nada antecede a experiência. Não era possível traçar, a priori, qual construção se faria. Afirmar, então, o movimento: produzir problema concomitante à produção metodológica. No lugar de descrever o método antes de seu uso, se faz aqui a escolha de finalizar o trabalho olhando seu caminho. Não antevendo o que será, mas já diante do que foi. Do que pôde ser feito.

Lidar com personagens é viver com eles. E como diz Guimarães Rosa, *viver é sempre perigoso*. Como fazer Lolli falar, de modo que não fôssemos mais um discurso sobre esse corpo? Como escutá-la? Como deixar que ela trouxesse a crise, o tempo, a dissertação? Sem que sua vivência fosse um exemplo. Da rachadura brota a criação de mundo e escrita. Por mais que Lolli trouxesse uma história, não se tratava de uma história individual: muitas forças e vozes se juntaram a ela ao longo do caminho. De modo que não se tratava mais de um sujeito, mas de uma multiplicidade de forças das mais variadas.

Como Lispector (1999), foi necessário inventar um personagem, porque a solidão de um processo de mestrado nos fazia inventar. Cartografar<sup>62</sup> um percurso singular, o intensivo de seus movimentos e paralisações, seus afetos. Percorrer a decisão de iniciar um tratamento medicamentoso; as questões que isso traz ao corpo, a uma vida (quanto tempo tomar, o que eles afetam, que efeitos diversos geram); as redes de cuidado possíveis, que vão se formando/criando; o movimento de quebra e refazer-se de uma crise. Cartografia que só foi possível com a criação de Lolli. No lugar de conceitualizar crise, cuidado e medicalização, trazer uma experimentação: o caos, a paralisação, o frio.

Acompanhar as forças presentes nos atuais processos de cuidado em que se vive um intenso processo de medicalização, posto que cartografar é acompanhar um processo, e não representar um objeto (Kastrup, 2008, p. 469). Identificar quais práticas temos atualizado em detrimento de outras. Quais modelos temos privilegiado – de saúde, cuidado – quais políticas de tempo temos exercido, o quanto temos nos submetido aos saberes médicos recusando as verdades naturalizadas. É por meio de Lolli que essa dissertação consegue dar passagem a essas forças.

Se até aqui ainda restam dúvidas, cabe um último esclarecimento: não se pretendeu um trabalho contra o uso de remédios, ou antiatos médicos. Entendemos que afirmar isso é permanecer na lógica dos binarismos, lógica essa que não permite composições outras. Talvez, seguindo as experimentações de Lolli, promover uma escuta fina aos sinais do corpo, entendendo que também nós possuímos um saber acerca de nossos processos e vivências.

E talvez o remédio não possa ser pensado de modo binário. Talvez ele seja um dispositivo de ajuda e mais uma possibilidade de criação de cuidado e amortecedor da vida e tecnologia biopolítica... De modo que o que difere medicados e medicalizados, ou se o remédio assujeita ou liberta, ou se trata-se de um processo de cuidado ou de anestesiamento são mais as composições feitas em determinado momento e menos a substância por si só.

Se o remédio entra na vida de Lolli como uma dentre várias outras ferramentas/técnicas usadas para transformar a si e as suas experiências, um encontro provisório para dar conta de um processo, podemos pensar que talvez sejam possíveis bons encontros com a medicação. Por meio dele, mas não só dele, como também: da arte, da música, da rede de amigos. Uma rede que convoque Lolli a sair dela mesma, promovendo

---

<sup>62</sup> “Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.” (Rolnik, 2014, p. 23)

mais encontros produtivos e menos alianças com a dor. Ferramentas provisórias, inventadas e atualizadas para potencializar uma vida.

Em tempos biopolíticos que conclamam o corpo a todo tempo para que ele seja útil, para que produza mais e melhor, o que representa uma crise? Talvez a resistência não se faça apenas na recusa ou oposição direta, mas também na tentativa de “produção de dispositivos singulares que não estejam a serviço da “serialização” instituída” (Romagnoli, 2007, p. 100). Produção de agenciamentos e modos de vida outros para além do instituído. Aliás, o que temos produzido para além do instituído? Podemos pensar, a partir disso, de que outros meios dispomos para lidar com o sofrimento, de que meios dispomos para resistir a um modelo que estimula a concorrência, a felicidade, enquanto estado permanente, o consumo constante, a busca do corpo perfeito.

Criar cuidado em meio à era medicalizante só é possível na singularidade de cada corpo, cada história, cada vivência. E dos agenciamentos e encontros desse corpo com as alteridades várias do mundo. Quando conflitos se tornam silenciados e variações ocultadas pelos remédios, em um processo de padronização dos comportamentos onde compomos apenas com comprimidos, perde-se a criação de possíveis.

Seria preciso abandonar as tendências atuais da moda de pensar qualquer conflito ou dificuldade em termos patológicos para promover/criar/inventar modos de cuidar outros. Abandonar também nossa necessidade constante de verdades absolutas que nos digam sobre nós mesmos. Abandono à necessidade de constância e regularidade – quando tomamos um corpo como potência que varia de graus, que se afeta a cada novo encontro (e que está constantemente promovendo novos, ora tristes, ora alegres) –, podemos pensar que sua potência não é estanque: ela flutua, em velocidades e lentidões distintas.

*Lolli estava habitando outro tempo, outro espaço, outro ritmo, se aliando a outras intensidades. Entendia que talvez não fosse preciso se adequar à cronopolítica dominante em que todos correm depressa demais. Talvez ela pudesse parar como Lászlo<sup>63</sup> e, como ele, promover tentativas de greve “contra um certo ritmo, contra uma certa velocidade, contra uma*

---

<sup>63</sup> “Um judeu-húngaro, refugiado de guerra, encontra-se nas cercanias de um parque de grande afluência; de repente, se vê ilhado junto a um famoso monumento erigido em homenagem à fundação de São Paulo. Cercado de carros e buzinas por todos os lados, o personagem não se abala: parece alheio à batalha da cidade, numa postura de altiva dignidade, que faz a velocidade parecer loucura, a pressa deselegância, o ruído desatino, o mundo névoa-nada.” (Pelbart, 1993a, p. 65)

certa corrida do tempo” (Pelbart, 1993a, p. 65). Talvez não fosse necessário correr tanto, afinal. Não queria mais apressar seus passos, se submeter a outros ritmos que não o seu.

Também não sentia mais preguiça de mastigar os alimentos. Pelo contrário: um de seus maiores prazeres se transformara em provar gostos e sabores novos que ela nunca havia experimentado antes. De modo que a comida já não tinha mais um sabor insosso, mas sabores diversos : ora amargos, ora doces, ora azedos.

Nos becos, avenidas e vielas antes inundados por suas crises de choro, brotava agora um sol tímido, mas capaz de secar lentamente tanta água. Isso não quer dizer que não chorasse mais. Mas os chorares agora não lhe rendiam mais pálpebras tão inchadas, o que tornava possível enxergar possíveis a sua frente.

Não conseguia mais passar dias deitada. Seu corpo sentia vontade de outras coisas, de novas composições. De experimentar outros lugares, outros cheiros, outras intensidades. Mover-se. Ela quer movimento. Quer ir à varanda ver o formato das nuvens, o movimento da rua ou a vida dos vizinhos. E embora muitas vezes se angustiasse com os movimentos constantes da vida, que ora constroem, ora comprimem, ora expandem, não sentia mais tamanho desespero com a vida.

As doses do remédio eram diminuídas lentamente, em um processo que seu corpo se adaptasse às novas dosagens. Nas semanas de maior angústia, aumentava as sessões de terapia. Mas aumentava também as idas ao cinema, as visitas aos amigos e acrescentava visitas noturnas ao mar.

*Precisava acatar suas novas alianças, seus novos e sempre provisórios arranjos de força. Entender afinal que “viver é da ordem de uma aprendizagem que não pode ser ensinada”. (Domingues, 2010, p. 128)*

## Referência Bibliográfica

AGUIAR, A.A. **A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AGUIAR, K.F. Procesos de medicalización de la vida escolar y prácticas substitutivas. **Poiesis** (En Línea), v. 26, p. 1-6, 2013.

ANDRADE, D.P. **Nietzsche: a experiência de si como transgressão (loucura e normalidade)**. Annablume; Fapesp. São Paulo: 2007.

\_\_\_\_\_. **Para além da loucura e da normalidade**. Rev. Filos, Aurora, Curitiba, v. 20, n. 27, P. 279-301, jul./dez. 2008.

BICHUETTI, J. **Crisevida – outras lembranças**. Biblioteca do Instituto Felix Guattari. 1 ed. Coleção Esquizoanálise e esquizodrama. Belo Horizonte: 2000.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

\_\_\_\_\_. Diagnósticos da contemporaneidade in JUNIOR, A., KUPERMANN D., TEDESCO, S. **Polifonias. Clínica, política e criação**. Contra Capa Livraria/Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2005. P. 101-107

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Palestra proferida no 13º **COLE-Congresso de Leitura do Brasil**, realizado na Unicamp, Campinas/SP, no período de 17 a 20 de julho de 2001.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis** vol.19 no.2 Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. **Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud**. História, Ciências, Saúde; 4(2):287-307, 1997.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

\_\_\_\_\_. Neuronarrativas: A hipocrisia institucionalizada da medicalização da saúde mental. Julho/2015. Entrevista disponível no site: <http://www.envolverde.com.br/saude/neuronarrativas-hipocrisia-institucionalizada-da-medicalizacao-da-saude-mental/>

CAPONI, S.; SOARES, G.B. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.437-446, abr./jun. 2011.

COIMBRA, C.M. & NEVES, C.A. Potentes Misturas, estranhas poeiras: desassossegos de uma pesquisa. In: Maria Livia Nascimento (org.) **Pivetes: a produção de infâncias desiguais**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002.

DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia prática**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

\_\_\_\_\_. A vida como obra de arte In: **Conversações (1972-1990)**. São Paulo: Editora 34, 1992a, p. 118-126

\_\_\_\_\_. **O que é a filosofia?** Tradução de Bento Prado Jr.; Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, Coleção Trans, 1992b.

\_\_\_\_\_. Post-Scriptum sobre as Sociedades de Controle. In: **Conversações (1972-1990)**. São Paulo: Editora. 34, 1992c, p. 219-226.

\_\_\_\_\_. Os Intercessores. In: **Conversações (1972-1990)**. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992d, p. 156.

DIAS, R. **Nietzsche, vida como obra de arte**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Trad. Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992

DOSSE, F. Gilles Deleuze e Félix Guattari: **Biografia cruzada**. Editora Artmed. 1 ed. Porto Alegre: 2010.

ESPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

FARAONE, S. & BIANCHI, E. Medicalizacion de lá infancia através del análisis del transtorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) en Argentina: usuarios, psicofarmacos y manuales de diagnóstico in COLLARES, C.A.L., MOYSES, M.A.A., RIBEIRO, M.C.F. (Org.) **Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos**. Mercado de Letras. p.93-107, 2013.

FERRAZ, M.C.F. **Homo Deletabilis: corpo, percepção, esquecimento do século XIX ao XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

FISCHER, R.M.B. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) tv. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n.1, p. 151-162, jan./jun. 2002

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito: curso dado no College de France (1981-1982)**. 2 edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. Conferência proferida em outubro de 1974 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara (UEG), atual UERJ. Traduzido do espanhol por Heliana Conde. Verve, 18: 167-194, 2010.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da Sociedade: Curso do Collège de France (1975-1976)**. São Paulo, Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**; tradução de Raquel Ramalhete. Petropolis, RJ. Editora Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 27 edição. São Paulo: Graal, 2013.

FUGANTI, L. **Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?** Interface (Botucatu) vol.13 supl.1, p. 667 – 679. Botucatu, 2009.

\_\_\_\_\_. **Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida**. Discurso de Luiz Fuganti proferido no CRP - RJ em 29.03.2007. Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/biopoder-nas-politicas-de-saude-e-desmedicalizacao-da-vida-discurso-transcrito>

GALLO, S . O problema e a experiência do pensamento: implicações para o ensino da filosofia. In: Siomara Borba; Walter Kohan. (org.). **Filosofia, Aprendizagem, Experiência**. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, v. 1, p. 115-130.

GAUDENZE, P. & ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface** (Botucatu) vol.16, n° 40. Botucatu Jan./Mar. 2012.

JUNIOR, M.A. O problema da escolha e os impasses da clínica na era do biopoder In JUNIOR, A., KUPERMANN D., TEDESCO, S. **Polifonias**. Clínica, política e criação. Contra Capa Livraria/Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2005. P. 51-62.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção In: CASTRO, L.R.; BESSET, V.L. (Orgs) Pesquisa-intervenção na infância e juventude. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008, p. 465-489.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine** Vol.8, nº1, p. 194-219 (2012) – Artigos

LISPECTOR, C. **Um sopro de vida**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

\_\_\_\_\_. **Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LIMA, E.A.; ARAGON, L.E. Agenciamento coletivo de clínica: conceitos se fazendo nos encontros. In **Subjetividade Contemporânea: Desafios Teóricos e Metodológicos**. Lima, Elizabeth Araújo; Ferreira Neto, João Leite; Aragon, Luís Eduardo. (Orgs.) 1 ed. Curitiba: Editora CRV, 2010. P. 129-148

MACHADO, L D. **À flor da pele: subjetividade, clínica e cinema no contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2010.

MARTINS, A. Religiões e tecnologias médicas, soluções mágicas contemporâneas; uma análise a partir de Spinoza, Nietzsche e Winnicott. In: Barros, J. A. C. **Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios**. Brasília: Anvisa, 2008. p. 87-109.

MELVILLE, H. **Bartleby, o escrivão. Uma história de Wall Street**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2009.

MOSÉ, V. Nietzsche e a genealogia do sujeito in **Cadernos da subjetividade**, n.4. São Paulo, 1996.

MUCHAIL, S.T. **Foucault, mestre do cuidado: textos sobre a hermenêutica do sujeito**. Leituras Filosóficas, 1 ed., 2011. São Paulo.

NASCIMENTO, A.R.; RODRIGUES, H.B.C. Filosofia e experimentação: exercícios espirituais em Nietzsche e Foucault. **Fermentario** N. 8, Vol. 2, 2014

NASCIMENTO. A.R. Contribuições da filosofia nietzschiana para pensar a saúde e os processos de subjetivação. S.d. (mimeo)

OLIVEIRA, S. Políticas e fissuras sobre crianças e jovens: psiquiatria, neurociência e educação. **Revista Ecológica**. n 1, p. 77 – 103. 2011.

PAULON, S. & ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisa em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 10, n 1, p. 85-102, 2010.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Afinal, é possível uma outra política de drogas para o Brasil? In **Subjetividade Contemporânea: Desafios Teóricos e Metodológicos**. Lima, Elizabeth Araújo; Ferreira Neto, João Leite; Aragon, Luís Eduardo. (Orgs.) 1 ed. Curitiba: Editora CRV, 2010. Pag. 61-69

PASSOS, E. & BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, Líliliana da Escóssia (org.). **Pistas do método cartográfico: pesquisa intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEREIRA, L.C. O hospício como morada: capturas e resistências nas práticas de cuidado em saúde mental. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

PELBART, P.P. **O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento**. N 1 edição, São Paulo: Câmara Brasileira do livro, 2013.

\_\_\_\_\_. **A vertigem por um fio: Políticas da Subjetividade Contemporânea**. Editora Iluminuras, São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vida Capital**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PERLBART, P.P. Rapsódia Húngara In **A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1993a.

\_\_\_\_\_. A nau do tempo rei In **A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1993b.

\_\_\_\_\_. O anjo de Swedenborg In **A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1993c.

\_\_\_\_\_. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

RAMMINGER, T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. **Mnemosine** Vol. 4, n° 2 p. 68-97, 2008.

RABINOW & DREYFUS. **Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ROLNIK, S. Despedir-se do Absoluto. In: PELBART, Peter Pál. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo: Núcleo de Pesquisas da Subjetividade - PUC/SP. p. 245. 1996.

\_\_\_\_\_. **Cartografia sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. 2 edição. Porto Alegre, Sulina. Editora da UFRGS, 2014.

\_\_\_\_\_. Novas figuras do caos: mutações da subjetividade contemporânea. In: SANTANELLA, Lucia; VIEIRA, Jorge Albuquerque (Orgs.). **Caos e ordem na filosofia e nas ciências**. São Paulo: Face e Fapesp, P.206-221, 1999.

ROCHA, D. & DEUSDARÁ, B. Contribuições da Análise Institucional para uma abordagem das práticas linguageiras: a noção de implicação na pesquisa de campo. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras, linguística e suas interfaces** n 40, p. 47-73, 2010.

RODRIGUES, C. & TEDESCO, S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo. In **Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. Silvia Tedesco e Maria Lívia Nascimento (Orgs). Porto Alegre: Sulina, 2009. PP. 74-95

ROMAGNOLI, R.C. A invenção como resistência: por uma clínica menor. **Vivência**, Natal, v 1, n 32, 2007. P. 97-107.

SALES, M. **Caosmofagia: A arte dos encontros**. 1 ed. Rio de Janeiro. Garamond. 2014.

SIBÍLIA, P. **O homem pós-orgânico: Corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SILVA, R.N. Notas para uma genealogia da psicologia social. **Psicologia & Sociedade**; 16 (2): 12-19; maio/ago.2004

SILVA, V.M. Uma psicologia por vir: tessituras do corpo entre desassossegos e possíveis. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2014.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: A. M. F. Pitta (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec. 1996

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B.B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(6):1859-1868, 2014