

# DISCURSO E SAÚDE:

Hegemonia de **sentidos, corpo e sujeito**

**Paula Chiaretti**  
**Juliana de Castro Santana**  
**Marcos Barbai**  
(Organizadores)

 **Pedro & João**  
editores

Saúde: Consumo de Todos, Produto do Estado?  
Clarice Pimentel Paulon

Sobre um Discurso Verdadeiramente Pestilento  
Lauro Baldini, Elisa Nascimento e Thales Ribeiro

A noção de discurso em Lacan e o campo da saúde no Brasil do século XXI  
Rodrigo Pacheco

Diagnóstico, Discurso e Nomeação  
Fernando Hartman

Da clínica à saúde digital: datificação do corpo e subjetividade  
Paula Chiaretti

Diagnóstica, uma questão discursiva  
Wedencyly Alves

Corpo, linguagem e saúde: você precisa emagrecer hoje?  
Marcos Barbai

As indígenas brasileiras: cultura, subjetividade e políticas públicas  
Léia Prizskulnik e Marcella de Oliveira

Mulheres e crianças em "simetria invertida" no Brasil da Pandemia  
Ana Laura Prates

Telessaúde em Campinas: efeitos na prática clínica  
GIPS (Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Políticas de Saúde)

Saúde como equipamento social: da "heroína" de Banksy às cabeças protegidas com sacos de lixo  
Eduardo Rodrigues e Renata Barros



Adentrar o viés político, subjetivo e discursivo da saúde e de suas significações, tomando o político atrelado ao equívoco e à luta por sentidos legitimados de saúde, doença, tristeza, felicidade, depressão, tratamento, cura foi o caminho percorrido pelos autores cujos capítulos compõem esta obra. Ter como alicerce uma perspectiva discursiva e psicanalítica de sujeito, de linguagem e do sintoma, os permitiu ir além do discurso médico-científico sobre a doença, possíveis tratamentos e práticas de prevenção, para avançar na compreensão dos determinantes históricos e discursivos que estão na base da produção de novos sintomas, doenças e síndromes.



Esta coletânea resulta de um profícuo convênio, mantido de 2010 a 2020, que formalizou uma parceria de estudos e pesquisas entre o Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem, da Universidade do Vale do Sapucaí, e o Laboratório de Estudos Urbanos, da Universidade Estadual de Campinas, sob o projeto de pesquisa "Discurso e Psicanálise: a-versão do sentido". Em 10 anos de funcionamento, uma rede de trabalho e de atividades promovidas possibilitaram a divulgação de pesquisas em âmbito nacional e internacional.

# **DISCURSO E SAÚDE:**

## **hegemonia de sentidos, corpo e sujeito**



**Paula Chiaretti  
Juliana de Castro Santana  
Marcos Barbai  
(Organizadores)**

**DISCURSO E SAÚDE:  
hegemonia de sentidos, corpo e sujeito**

**Copyright © Autoras e autores**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Capítulos revisado por pares.

---

**Paula Chiaretti; Juliana de Castro Santana; Marcos Barbai [Orgs.]**

**Discurso e Saúde: hegemonia de sentidos, corpo e sujeito.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 256 p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-5869-669-8**

1. Análise do discurso. 2. Discurso em saúde. 3. Políticas públicas. 4. Práticas na Saúde. I. Título.

---

CDD – 410

**Capa:** Petricor Design

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

**Conselho Científico da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/ Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/ Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luis Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2022

# SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>7</b>
<b>“Articulações entre corpo, saúde e modos de subjetivação”</b>	
<i>Juliana Santana</i>	
<i>Marcos Barbai</i>	
<i>Paula Chiaretti</i>	
<b>Parte I: Práticas Neoliberais, Saúde e Estado</b>	<b>21</b>
<b>Saúde: Consumo de Todos, Produto do Estado?</b>	<b>23</b>
<i>Clarice Pimentel Paulon</i>	
<b>Sobre um Discurso Verdadeiramente Pestilento</b>	<b>39</b>
<i>Lauro Baldini</i>	
<i>Elisa Nascimento</i>	
<i>Thales Ribeiro</i>	
<b>A noção de discurso em Lacan e o campo da saúde no Brasil do século XXI</b>	<b>61</b>
<i>Rodrigo Pacheco</i>	
<b>Parte II: Práticas de Nomeação na Saúde e Modos de Subjetivação</b>	<b>89</b>
<b>Diagnóstico, Discurso e Nomeação</b>	<b>91</b>
<i>Fernando Hartmman</i>	
<b>Da clínica à saúde digital: datificação do corpo e subjetividade</b>	<b>109</b>
<i>Paula Chiaretti</i>	

<b>Diagnóstica, uma questão discursiva</b>	127
<i>Wedencley Alves</i>	
<b>Corpo, linguagem e saúde: você precisa emagrecer hoje?</b>	145
<i>Marcos Barbai</i>	
<b>Parte III: Políticas Públicas, Saúde e Administração do Corpo Social</b>	161
<b>As indígenas brasileiras: cultura, subjetividade e políticas públicas</b>	163
<i>Léia Prizskulnik e Marcella de Oliveira</i>	
<b>Mulheres e crianças em “simetria invertida” no Brasil da Pandemia</b>	183
<i>Ana Laura Prates</i>	
<b>Telessaúde em Campinas: efeitos na prática clínica</b>	193
<i>GIPS (Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Políticas de Saúde): Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo; Ana Carine Arruda Rolim; Carlos Roberto Silveira Corrêa; Claudia Castellanos Pfeiffer; Jane Kelly Oliveira Friestino; Karla Amorim Sancho; Letícia Bezerra Faria</i>	
<b>Saúde como equipamento social: da "heroína" de Banksy às cabeças protegidas com sacos de lixo</b>	219
<i>Eduardo Rodrigues e Renata Barros</i>	
<b>Sobre os Autores e Organizadores</b>	249
<b>Índice Remissivo</b>	255



## APRESENTAÇÃO

### “Articulações entre corpo, saúde e modos de subjetivação”

Na atualidade, o discurso da saúde se apresenta como aquele que pode, ao se constituir como um lugar que adensa uma hegemonia de sentidos sobre os sujeitos, seus corpos e suas práticas, agenciar a subjetividade, escabeceando-se como uma discursividade que produz efeitos de verdade cientificamente legitimada que, por sua vez, prescrevem as normas das quais os indivíduos da sociedade contemporânea carecem, devido ao declínio das narrativas tradicionais (ligadas à religião, ao Estado-Nação, ao sangue, à raça etc.), e que produziam um efeito de estabilidade das formas de identificação no passado. De certa maneira, as ciências biológicas, em especial as ciências médicas, encontram, no esvaziamento dos ideais normativos anteriores, um terreno fértil para construção de um discurso hegemônico, a partir do qual o sujeito, *desarrimado*, busca incessantemente engancha sua identidade “o que é/o que deve ser” para se manter saudável e feliz. De que forma o corpo e a subjetividade são afetados por essa discursividade que prescreve padrões de conduta e de saúde? Que efeitos produzem nas práticas discursivo-sociais?

Interessa-nos, nesta coletânea, analisar quais são os sentidos que circulam acerca da saúde que, embora seja uma área bastante ampla, complexa e controversa, parece se dedicar a reunir e endereçar diversas doenças e sintomas que materializam nossa condição de existência na contemporaneidade como, por exemplo, a depressão, a ansiedade, síndrome do pânico, síndrome de *Burnout* ou do esgotamento profissional, síndrome da gaiola ou medo de sair de casa, dentre tantas outras síndromes, sintomas e doenças classificáveis e inclassificáveis, cuja lista não cessa de

umentar. A racionalidade neoliberal (DARDOT; LAVAL, 2016)<sup>1</sup>, como a nova razão do mundo que amplia e dissemina a lógica do mais-valor, do valor a mais, produz efeitos e consequências subjetivas que se materializam em sintomas sociais contemporâneos.

Em todas as faixas etárias e camadas socioeconômicas da população, o mal-estar nunca esteve tão pungente, em especial o mal-estar na relação com o corpo e com o outro. As inúmeras síndromes e/ou doenças que se proliferam na atualidade não são mais exclusividade da população adulta. Dados de uma recente pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo<sup>2</sup>, divulgada em 17 de junho de 2021, mostram que uma em cada quatro crianças e adolescentes ouvidos durante o estudo sofre de depressão e/ou ansiedade. Este cenário se agravou ainda mais no contexto da pandemia de Covid-19. A referida pesquisa buscou monitorar a saúde mental de 7 mil crianças e adolescentes de todo o país, por cerca de um ano, e destacou que “os efeitos piores são esperados em crianças mais vulneráveis” e em “indivíduos mais suscetíveis”. O que torna esses indivíduos mais *suscetíveis* e *vulneráveis*? A conclusão da pesquisa parece *falar por si só*, como se os sentidos de suscetibilidade e vulnerabilidade fossem estáveis, naturais ou previsíveis. A discussão parece não adentrar pontos que nos parecem cruciais para compreensão e transformação de práticas discursivo-sociais que afetam os corpos, a subjetividade e a saúde e que se dão, inevitavelmente, via linguagem, sob determinadas condições sócio-históricas de produção dos sentidos.

---

<sup>1</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

<sup>2</sup> Fonte: Agência Câmara de Notícias. Dados disponíveis e consultados no site: <https://www.camara.leg.br/noticias/774133-uma-a-cada-4-criancas-e-adolescentes-teve-sinais-de-ansiedade-e-depressao-na-pandemia-aponta-estudo/>. Acesso em 04 de novembro de 2021.

## Sentidos de saúde

Em 22 de julho de 1946 é publicada, na cidade de Nova Iorque, na sede das Nações Unidas, a *Constituição da Organização Mundial da Saúde*<sup>3</sup>, em que se define a palavra “saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. A formulação do conceito de saúde é fundamental para o estabelecimento dos Estados Nacionais e suas regulamentações, ainda mais na realidade em que vivemos, ou seja, no contexto de mundialização do capital e dos corpos. Inúmeras políticas públicas têm sido formuladas para se pensar os determinantes sociais da saúde: há a necessidade de se levar a gestão da saúde em *conta* (e jogamos aqui com o sentido de conta) na sua relação com fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psíquicos e comportamentais.

Nos estudos voltados ao enunciado definidor, Mazière e Collinot<sup>4</sup> (1989, p. 48) apontam que a definição é “o lugar em que se constrói e se pode mostrar o ‘como se diz’ de uma sociedade”. Assim, retomar esta definição de saúde e seus efeitos, nesse tempo que atravessamos, é muito importante, porque tem-se a possibilidade de se pensar, com os processos discursivos, processos atuais de distribuição de posições subjetivas, que significam, com certo privilégio de legitimidade científica, os sujeitos e as suas relações hoje.

Este processo de dizer, de enunciar, em nome de alguma coisa que se chama civilização põe em evidência as relações sociais e políticas nos processos de constituição dos sentidos. A saúde como uma prática de vida, uma biopolítica, implica uma resposta individual e social de um estado de bem-estar frente às doenças ou enfermidades. Saúde e doença funcionam, assim, como pares

---

<sup>3</sup> Fonte: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 15 de Novembro de 2021.

<sup>4</sup> COLLINOT, André; MAZIÈRE, Francine. O enunciado definidor: discurso e sintaxe. In: *História e sentido na linguagem*. Campinas: Pontes, 1989.

antitéticos que se sustentam no autocuidado e no comportamento da população, agenciando as subjetividades.

Nessa direção, coloca-se a questão sobre os sentidos de bem-estar físico, mental e social. Tem-se, observando a subjetividade da época, uma definição complexa de saúde; porém, com uma base imaginária sustentada na “saúde total”. No entanto, pode o humano garantir integralmente o seu bem-estar? Esta definição nos remete a um dos textos mais importantes de Freud: *O mal-estar na civilização*<sup>5</sup>. Segundo o autor, três forças atingem o ser humano: as forças da natureza, contra as quais não se pode lutar; as doenças que atingem contingencialmente as pessoas e seus corpos; as relações com os outros que podem causar sofrimento. Assim, se o pleno bem-estar é uma utopia, cá estamos no tempo do pior: o mal-estar no corpo, tratado pela ciência, estabelecendo-se uma utopia científica, genética e farmacológica que coloca como ponto de partida ou de chegada um corpo com saúde perfeita! Ideal perseguido pelas “inovadoras” e diversificadas práticas de saúde.

Dessa forma, o sentido de saúde que orienta esta coletânea é aquele voltado para as práticas do vivente, no mundo. Foucault, em seu seminário *Segurança, Território, População* (1977-1978)<sup>6</sup>, diz que a “história do Estado deve poder ser feita a partir da própria prática dos homens, a partir do que eles fazem e da maneira como pensam” (FOUCAULT, 2008, p. 481). É aqui que o sentido de saúde toma corpo, pois, para além do corpo individual, o corpo social também precisa se manter saudável. Nesse processo, o controle, a administração do corpo da população é fundamental, pois, assim, se define o que vive e o que morre, e como esses processos podem e devem se dar.

Ainda Foucault<sup>7</sup> (1979, p. 80) podemos compreender que,

---

<sup>5</sup> FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos* (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

<sup>6</sup> FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

<sup>7</sup> FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; (...) o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. (...) Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.

O corpo orgânico, a ser colonizado pelas mais diversas disciplinas, conhecimentos e práticas, se torna o campo de disputas políticas que se textualizam em regulamentos, protocolos, políticas públicas, dispositivos técnicos, diagnósticos, nomes etc.

### **Sentidos de corpo**

O alvo dos processos de saúde pode ser o corpo coletivo, social, cujas práticas devem ser administradas por meio de claros procedimentos (protocolos) que visam garantir um bom funcionamento, mas o meio continua sendo o corpo orgânico individual. É Lucien Sfez<sup>8</sup> (1996), em "A saúde perfeita", quem vai nos mostrar essa articulação entre corpo e saúde. Para o autor a "grande" saúde é atravessada pelo sentido médico de uma prescrição, ou seja, a possibilidade de se retirar toda doença hereditária, antes mesmo de o homem ter nascido ou ter a predisposição a qualquer doença. Assim, longe de curar *a posteriori*, o que está em jogo é curar *a priori*, estabelecendo-se a ausência de todo sintoma (SFEZ, 1996, p. 21). De fato, com a criação desse super-homem (isento de defeitos e de aflições) o homem poderia, finalmente, se defender dos males que o afligem. Não basta tratar a doença que afeta o corpo, deve-se garantir, preventivamente, que esse corpo tenha uma estrutura e funcionamento perfeitos, de modo a contornar qualquer sintoma possível. Essa saúde almejada está enraizada nas ciências: das

---

<sup>8</sup> SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita**: crítica de uma nova utopia. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

biotecnologias às ecotecnologias (cura do corpo e do corpo do planeta), passando-se pelo campo da comunicação, da informação, da divulgação (articuladas, claro, às tecnologias digitais e redes sociais) organizando, assim, as práticas e as utopias das ciências. A fim de fazê-las funcionar, dentro de certo modelo científico, pelo menos, constitui-se o sentido de um corpo capaz de ser plenamente controlado. Nesse processo, diz Sfez (1996, p. 33), “sondar os rins e os corações era atributo de um Deus, mas isso não basta mais para o nossos tecnocientistas, eles precisam do corpo inteiro, virtual, mais real que a realidade”. Corpo esse então decalcado das imagens e modelos que povoam as explicações médicas hoje.

Em um estudo anterior, Santana (2021, p. 193-4)<sup>9</sup> retoma o célebre estudo de Darwin, *A origem das espécies*, de 1859<sup>10</sup>, para discorrer sobre a impossibilidade de fixar as leis que governam os caracteres herdados geneticamente, já que essas leis também estão sujeitas ao acaso, às contingências. Fazendo um paralelo com a linguagem e com a produção dos sentidos e do conhecimento, a referida autora afirma que não há leis fixas e rígidas que garantam a produção de certos sentidos, resultados, e não de outros. O vazio, a contingência e a exterioridade jamais se apagam e não são passíveis de controle. É como num jogo: por mais que saibamos as regras a seguir e que estas sejam fixas e pré-determinadas, o resultado da partida é sempre inesperado. Nesse prisma, a ação das leis que governam a herança genética – por mais que essas leis sejam observáveis, descritas e estudadas – também é, em grande medida, desconhecida e inesperada, quando associada a outros fatores. Há sempre um resto que resiste à simbolização, mas que não inviabiliza a produção do conhecimento; pelo contrário, o desloca e o produz, incessantemente. Trata-se de olhar para a contradição constitutiva da Ciência e das práticas sociais, sem perder de vista o fato de que estamos fadados à gerência simbólica e que a linguagem só

---

<sup>9</sup> SANTANA, Juliana de Castro. A exterioridade na produção do conhecimento e do sentido. **Linguagem em (Dis)curso** – LemD, Tubarão, SC, v. 21, n. 2, p. 185 - 195, maio/ago. 2021.

<sup>10</sup> DARWIN, Charles Robert. **The Origin of Species** [1859]. Londres: Wordsworth Editions Limited, 1998.



significa na relação com a exterioridade material, histórica, cultural e social que é constitutiva dos sentidos e da subjetividade. Tomando de empréstimo as palavras de Pêcheux ([1966] 2016, p. 21)<sup>11</sup> “quando se trata de avaliar o estatuto de uma prática que pretende alcançar a categoria de ciência”, não nos preocupa “decidir sobre seu caráter lícito ou ilícito”, mas sim, acrescentaríamos, compreender como esse conhecimento dito científico se produz e se legitima discursivamente, afetado pela exterioridade.

### **Pontos de articulação**

Atentos ao movimento que tem feito a ciência virar religião e a religião virar ciência, colocando as questões saúde coletiva no centro desse impasse, optamos por tomar partido da palavra, convidando professores, pesquisadores e psicanalistas para refletir sobre os sentidos, práticas e desafios quando pensamos, de um modo amplo, em Saúde e Discursos. Os trabalhos que aqui se apresentam não recuam diante da palavra e da constituição social, política, histórica e cultural do sentido e da subjetividade.

A presente coletânea inscreve-se no âmbito do convênio entre o Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem, da Universidade do Vale do Sapucaí, e do Laboratório de Estudos Urbanos, da Universidade Estadual de Campinas, que aconteceu entre os anos 2010 e 2020, sob o projeto de pesquisa “Discurso e Psicanálise: A-versão do Sentido”. Este convênio de pesquisa e de trabalho reuniu, em seus 10 anos de funcionamento, uma rede de trabalho, amizade e pesquisa nacional e internacional. Pudemos, nas duas universidades, receber pesquisadores de diversos estados brasileiros: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, além de pesquisadores de

---

<sup>11</sup> PÊCHEUX, Michel. [Thomas Herbert]. Reflexões sobre a situação teórica das ciências sociais e, especialmente, da psicologia social (1966). In: ORLANDI, Eni. P. (Org.). **Análise de Discurso**: Michel Pêcheux. Textos selecionados. 4. ed. Campinas: Pontes, 2016. p. 21 -54.

outros países como Argentina e França que participaram de atividades e eventos promovidos pelos integrantes deste convênio.

No cenário atual, o tema da saúde mental nunca esteve tanto em evidência e discussão, tendo sido, inclusive, contemplado no Exame Nacional do Ensino Médio de 2020, realizado em janeiro de 2021. O tema escolhido para redação do Enem daquele ano foi “O estigma associado às doenças mentais na sociedade brasileira”. A própria delimitação e proposta do tema escancara a dimensão política, cultural, discursiva e social que incide na constituição dos sentidos e práticas em torno da saúde mental e dos modos de *governá-la* ou de *administrá-la* em nossa sociedade.

Adentrar o viés político, cultural, subjetivo e discursivo da saúde e de suas significações, tomando o político atrelado ao equívoco e à luta por um sentido autorizado e verdadeiro de saúde, doença, tristeza, felicidade, depressão, tratamento, cura, etc. se mostrou ser um caminho relevante, percorrido por grande parte dos autores cujos capítulos compõem esta obra. Ter como alicerce teórico-metodológico uma perspectiva discursiva e psicanalítica do sujeito, de linguagem e do sintoma, nos permitiu ir além do discurso médico-científico sobre a doença, possíveis tratamentos e práticas de prevenção, para avançar na compreensão dos determinantes político, culturais, sociais, históricos e discursivos que estão na base da produção de novos sintomas, doenças e síndromes. De modo geral, os capítulos aqui reunidos privilegiam a subjetividade e a discursividade que são produzidas e que disseminam saberes e práticas sobre a saúde, a doença e os modos de produzi-las e endereçá-las. Lança-se, portanto, um olhar à saúde por um viés que não prescinde do sujeito, do seu corpo atravessado pela linguagem, das práticas discursivo-sociais em que estamos inseridos e das condições materiais que nos afetam e determinam.

Para avançarmos na discussão dessa temática que explora a intrínseca relação entre Saúde, Discurso e Subjetividade, os capítulos compilados nesta coletânea foram distribuídos em três partes. A primeira parte, que intitulamos “Práticas Neoliberais, Saúde e Estado”, reúne os seguintes capítulos: *Saúde: consumo de*

*todos, produto do Estado?*, de Clarice Pimentel Paulon; *Sobre um discurso verdadeiramente pestilento*, de autoria de Lauro Baldini, Elisa Nascimento e Thales Ribeiro e *A noção de discurso em Lacan e o campo da saúde no Brasil do século XXI*, de Rodrigo Pacheco. A segunda parte da obra, intitulada “Práticas de Nomeação Psicopatológicas e Modos de Subjetivação”, congrega os capítulos de Fernando Hartmann, *Diagnóstico, discurso e nomeação*; de Paula Chiaretti, *Da clínica à saúde digital: datificação do corpo e subjetividade*; de Wedencley Alves, *Diagnóstica, uma questão discursiva* e de Marcos Barbai, *Corpo, linguagem e saúde: você precisa emagrecer hoje?* A terceira e última parte desta coletânea, intitulada “Políticas Públicas, Saúde e Administração do Corpo Social” é composta pelo estudo de Léia Prizskulnik e Marcella de Oliveira, *As indígenas brasileiras: cultura, subjetividade e políticas públicas*; pela pesquisa de Ana Laura Prates, *Mulheres e crianças em “simetria invertida” no Brasil da Pandemia*; pelo capítulo *Telessaúde em Campinas - efeitos na prática clínica*, de Claudia Pfeiffer et al. e, por fim, Eduardo Rodrigues e Renata Barros apresentam o capítulo: *Saúde como equipamento social: da “heroína” de Banksy às cabeças protegidas com sacos de lixo*. Na sequência, buscamos destacar de que modo os autores mencionados acima abordam e avançam nas discussões propostas e delimitadas em cada subdivisão desta obra.

O capítulo *Saúde: consumo de todos, produto do Estado?*, Clarice Pimentel Paulon aborda o nascimento do SUS e as suas bases ideologicamente contraditórias devido à presença de práticas neoliberais que produzem, especificamente no campo da saúde, modos de subjetivação e de classificação do mal-estar de acordo com um sistema diagnóstico que caracterizam o acesso à saúde como produto (a ser consumido), o que deslocaria a noção de saúde como um direito, conforme previsto na Constituição cidadã de 1988.

Inseridos em um quadro teórico-analítico que tensiona os fundamentos da análise materialista do discurso ao da psicanálise de Freud e Lacan, os autores Lauro Baldini, Elisa Nascimento e Thales Ribeiro, no capítulo *Sobre um discurso verdadeiramente pestilento*, propõem, com base em certos fatores próprios ao funcionamento do

Capitalismo, uma compreensão sobre a natureza das chamadas 'doenças mentais', das novas epidemias e de seus modos de transmissão cujas explicações recalcam a dimensão política posta em jogo em práticas discursivas que evocam a higiene, a religião, o acaso, a natureza, a ciência, a medicina, etc. O estudo em questão também destaca algumas diferenças inconciliáveis entre os campos da Psiquiatria e da Psicanálise, ao abordar os dizeres sobre a depressão na contemporaneidade, em oposição à dimensão do sujeito e sua singularidade.

Rodrigo Pinto Pacheco, *A noção de discurso em Lacan e o campo da saúde no Brasil do século XXI*, investe, fortemente, na noção de discurso, tal como construída pelo psicanalista Jacques Lacan, fazendo pontes, breves aproximações e deslocamentos com os estudos da linguagem e a filosofia de Foucault, no que diz respeito à leitura e considerações desse conceito. O texto do autor faz uma leitura rigorosa da teoria dos discursos em Lacan, explorando a escritura dos quatro discursos (do mestre, do universitário, do psicanalista e da histérica). Este percurso de reflexão dá bases sólidas e críticas para que o autor não só opere com a escrita dos discursos como também leia criticamente os laços entre Estado, sociedade e instituições, quando se pensa na saúde no Brasil, no século XXI e na realidade da democratização dos direitos e dos serviços.

Fernando Hartmann, no capítulo *Diagnóstico, discurso e nomeação*, levanta a hipótese de que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), visto como uma prática de nomeação e classificação de sintomas e comportamentos, é mais uma forma de criação do transtorno mental do que uma nomeação de um fenômeno que existe no mundo. Adentrando as discursividades e a textualidade dos DSM, o autor destaca o apagamento dos rastros do sujeito da enunciação na classificação dos transtornos mentais, atrelado ao apagamento das condições de produção, da história, da cultura e época nas quais se constituem as referidas nomeações psicopatológicas. Nem mesmo as pesquisas que sustentam a dita cientificidade da classificação diagnóstica são referidas em tais manuais, o que reforça a hipótese aqui levantada.

Paula Chiaretti, no capítulo *Da clínica à saúde digital: datificação do corpo e subjetividade*, se lança à compreensão da constituição histórica dos sentidos de corpo. Seu estudo teórico-analítico nos permite avançar na reflexão a respeito dos modos de subjetivação e processos de identificação, sem perder de vista um certo efeito discursivamente construído de unidade do sujeito, que, por se mostrar sempre precário, é passível de ser substituído por outros, no processo de reprodução-transformação de sentidos. Se a suposta e imaginária estabilidade de sentidos serve de base às intervenções (sempre políticas) sobre os corpos, na forma de prevenções e tratamentos, trata-se, aqui, de questionar a noção de corpo à luz de postulados psicanalíticos e discursivos.

Para essa coletânea, Wedencley Alves escreve o capítulo *Diagnóstica, uma questão discursiva*, que como o título adianta, vai inscrever a questão diagnóstica nas práticas discursivas, determinadas historicamente. O autor busca assim articular as práticas (discursivas) diagnósticas aos processos de nomeação e seus efeitos: quando presentes podem causar estigmatização ou, se ausentes, a angústia enfrentada uma vez que a nomeação acaba também por possibilitar trocas simbólicas. Dedicar-se ainda à uma compreensão reflexiva sobre os cuidados paliativos e à recente ocupação do “morrer” por parte da Medicina.

O capítulo intitulado *Corpo, linguagem e saúde: você precisa emagrecer hoje?*, de autoria de Marcos Barbai, se dedica a analisar uma problemática de linguagem e de corpo bastante recorrente na atualidade: as dietas aqui compreendidas como um fato da vida cotidiana moderna. Manter uma dieta saudável se tornou uma questão médica e nutricional, com uma componente forte de comunicação e de diferentes modos de circulação. Com base em dois materiais: as dietas divulgadas em revistas e a dieta materializada em um filme, Barbai se interroga sobre os jogos linguageiros e discursivos que orientam as práticas do bem comer. O autor destaca que comer não é apenas um ato orgânico. As dietas e os debates sobre uma alimentação saudável nos ensinam a ver que o corpo vivente é

incomodado e atravessado pela linguagem que determina e afeta práticas discursivamente construídas e propagadas.

No estudo *As indígenas brasileiras: cultura, subjetividade e políticas públicas*, as autoras Léia Prizskulnik e Marcella Pereira de Oliveira propõem reflexões sobre as mulheres indígenas brasileiras, pioneiras na habitação do Brasil, e sua constituição subjetiva, à luz da Psicanálise de orientação freudiana. As autoras destacam que essas mulheres indígenas possuem uma relação estreita e singular com seus corpos e cultura; relação esta que precisa ser contemplada pelo Estado, ao propor e efetivar políticas públicas que não apaguem ou tamponem a diferença identitária e subjetiva dessa população.

Ana Laura Prates, em *Mulheres e crianças em “simetria invertida” no Brasil da Pandemia* explora, com muita força, os processos que afetaram as mulheres e as crianças na pandemia SARS-COV-19, que se viram repentinamente sem trabalho e sem o apoio de creches públicas, outras mulheres e escolas, no cuidado com os filhos, expondo-se uma rede de cuidados e de serviços, mantidas por mulheres, até então invisibilizadas. As mulheres foram impostas jornadas triplas de trabalho transformando-se em professoras particulares, em babás em faxineiras, além de advogadas, médicas, dentistas e executivas, dentre muitos outros afazeres e ofícios. A autora analisa a falência de um modo de vida que escraviza as pessoas, deixando-as sem direitos, saúde pública num processo acelerado de segregação social e morte.

Em *Telessaúde em Campinas - efeitos na prática clínica* uma escrita coletiva das pesquisadoras e dos pesquisadores do GIPS (Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Políticas de Saúde), Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo, Ana Carine Arruda Rolim, Carlos Roberto Silveira Corrêa, Claudia Castellanos Pfeiffer, Jane Kelly Oliveira Friestino, Karla Amorim Sancho e Leticia Bezerra Faria, da Faculdade de Ciências Médicas e do Laboratório de Estudos Urbanos, ambos da UNICAMP, os autores apresentam um texto em que analisam o Programa Telessaúde, do SUS (Sistema Único de Saúde) observando-se as relações de significação entre o



profissional de saúde (clínico geral) e pacientes, em um entrevista realizada na UBS (Unidade Básica de Saúde), no município de Campinas. Este texto investe fortemente na reflexão dos projetos em saúde, redes de cuidado e de atenção à população.

Em *Saúde como equipamento social: da "heroína" de Banksy às cabeças protegidas com sacos de lixo* Eduardo Alves Rodrigues e Renata Chrystina Bianchi de Barros interrogam-se criticamente sobre as homenagens que circularam nas redes sociais, com a arte de Banksy, em homenagem aos profissionais de saúde, no Reino Unido, neste tempo de pandemia, do século XXI. Os autores exploram ainda, com as imagens artísticas, os processos e procedimentos que se marcam nas dificuldades e desigualdades de trabalho, no campo da saúde. O texto investe na leitura da saúde como equipamento social, assim como nos processos que instituem a saúde como um serviço social e um objeto de práticas privadas.

Vale destacar que todos os capítulos aqui reunidos passaram por uma cuidadosa revisão por pares e pelo conselho editorial da Editora Pedro & João Editores, além de resultarem de profícuas parcerias de trabalho e de pesquisa, em âmbito nacional e internacional. Esperamos que a leitura dos estudos compilados nesta coletânea nos permita avançar na compreensão do mal-estar que permeia a sociedade, os corpos e a subjetividade e que produzem efeitos na saúde, na doença e nos modos de ser e estar no mundo contemporâneo.

Pouso Alegre, 03 de janeiro de 2022.

*Juliana Santana,  
Marcos Barbai,  
Paula Chiaretti.*



## **Parte I**

# **Práticas Neoliberais, Saúde e Estado**



# Saúde: consumo de todos, produto do Estado?

Clarice Pimentel Paulon

## Neoliberalismo: política econômica e forma de vida

Brasil, 1988: a consolidação do processo de redemocratização do país pós-ditadura militar se dá através de uma nova Constituição que se embasava nas premissas do chamado Estado de Bem-Estar Social. Essa constituição visava a garantia de direitos aos brasileiros como acesso a educação, saúde, moradia, trabalho, segurança, previdência social, entre outros. Esse Estado recém democrático constituiu-se através da forte implantação de práticas neoliberais na América Latina<sup>1</sup>, construindo Estados embasados nessa nova etapa do Capitalismo que se apresenta não só como uma política econômica cujo enunciado evoca noções como Estado Mínimo e Livre Mercado, através, por exemplo, da desregulamentação de privatizações dentre outras reconfigurações do Estado, em oposição a qualquer diretriz planificadora (GÖTTEMS; MOLLO, 2020), mas também como uma forma de vida, ou seja, como um *modus operandi* do indivíduo em suas mais diversas relações e práticas sociais, consistindo em uma rede de significações e modos de subjetivação específicos dessa política econômica. Sobre os modos de subjetivação e as práticas neoliberais podemos ver, em Harvey (2008, p. 19), que:

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido *liberando-se as liberdades e capacidades*

---

<sup>1</sup> Segundo Göttems e Mollo (2020), o neoliberalismo implanta-se fortemente como política econômica na América Latina e Caribe a partir dos anos 1980, com exceção do Chile, cuja implantação do neoliberalismo se deu já na ditadura militar, com Pinochet, a partir de 1970.

*empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio.* O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas *para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados.* Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. *As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo,* porque, de acordo com a teoria o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (grifos da autora).

A noção de *liberdade* vinculada a *individualidade* e a *propriedade* são características do neoliberalismo que concebe, em oposição a essas noções, qualquer prática coletiva como um movimento de massa, que apagaria individualidades (normalmente associadas a noção de singularidade). As intervenções mínimas do Estado serviriam para garantir a máxima expressão do indivíduo, que seria feita a partir de seus diversos empreendimentos (DARDOT; LAVAL, 2016). Interessante observar que, de acordo com Harvey (2008), o Estado deve regular minimamente o mercado para que haja melhor circulação do dinheiro, estando, portanto, discursivamente vinculados, dentro da prática neoliberal, indivíduo e dinheiro<sup>2</sup>. Deste modo, o exercício da cidadania, dentro de um Estado

---

<sup>2</sup> A intervenção mínima do Estado na livre circulação do dinheiro é equivalente a intervenção mínima do Estado na livre circulação dos indivíduos, que devem priorizar suas condutas, escolhas e necessidades individuais, sendo o Estado o garantidor dessa liberdade.



Neoliberal, pode facilmente ser vinculado às práticas de consumo imiscuídas a noção de direito e de bem-estar social. Basicamente, podemos entender que as formações ideológicas das práticas neoliberais, quando apresentadas em dois polos, os de *indivíduo* e *sociedade*, entendidos como diametralmente opostos e estes polos formassem, por deslocamentos discursivos, cada um uma rede semântica, noções como: indivíduo – propriedade – privacidade – intimidade, estariam vinculadas por aproximações sinonímicas, enquanto, do lado oposto, noções como sociedade – público – exposto – aberto – vulnerável seriam valoradas em regimes de oposição, tal como Saussure (1916/2006) apresenta a noção de valor do signo: o sentido das palavras é atribuído por aproximação e oposição a outras palavras e estas, discursivamente, localizam posicionamentos ideológicos. Desta forma, as ocupações e também as relações com os espaços públicos e privados, são atravessadas por esses regimes de valoração, baseados em concepções político-econômicas, fazendo do neoliberalismo uma forma de vida<sup>3</sup>.

O SUS, Sistema Único de Saúde, nasce, como sabemos, a partir da referida Constituição de 1988 com o lema: *saúde é direito de todos e dever do Estado*<sup>4</sup>. A trajetória da saúde no Brasil, entretanto, passou por diversas etapas até a composição de um *ideal* de sistema equânime e de acesso universal. A noção de ideal aqui é importante porque veremos que suas propostas e diretrizes não foram alcançadas em sua plenitude. Um dos motivos desse não alcance, como mostraremos, é a capilarização das propostas neoliberais dentro das políticas públicas,

---

<sup>3</sup> O neoliberalismo, entendido como uma nova etapa do Capitalismo, tende a valorar moralmente os espaços públicos e privados em regimes de oposição. Assim, privado – propriedade – íntimo discursivamente estão associados à concepção de família e suas práticas burguesas, enquanto público – aberto – exposto associam-se a outras valorações como precário, violento, opressor, dentre outras. Muitos enunciados que delimitam a liberdade de expressão das pessoas nos espaços públicos, em relação ao exercício da sua sexualidade por exemplo, no caso da população LGBTQI+, advém desse regime discursivo atrelado a essa gramática de sentidos.

<sup>4</sup> No entanto, essa concepção já nasce dentro dessa rede semântica neoliberal, tal como exposto acima.

o que constrói determinada noção de Estado, seus deveres, bem como sua lógica e interpretação, a partir da permissão e possibilidade da entrada de capital privado para financiamento de suas políticas, com a justificativa de facilitação do financiamento e possibilidade, por linhas tortas, de garantia de acesso à saúde.

### **Sobre o SUS e a capilarização neoliberal nas políticas públicas**

Como recorte metodológico, pensaremos o período pré-SUS a partir da ditadura, período de preparo para a instauração de diversas políticas neoliberais que embasaram nossas políticas públicas e que permaneceram, discursivamente, no interior de nossas ações dentro dessas políticas. Ao longo do texto, citaremos algumas dessas permanências e veremos como o não estranhamento dessas políticas, bem como de sua legalidade, advém de uma naturalização ideológica das modalidades neoliberais de gestão do Estado<sup>5</sup> e, no caso do SUS, da forma como os modelos de assistência e acesso a saúde, por mais que sejam pensados em uma lógica coletiva, são realizados de modo a privilegiar lógicas individualizantes e diagnósticos baseados em uma determinada noção de subjetividade fragmentada, não considerando, muitas vezes, a própria diretriz que concebe saúde como estado de bem-estar biopsicossocial. Deste modo, poderemos investigar de que forma a *racionalidade diagnóstica* se sustenta nas políticas públicas, e de que forma ela é sistematicamente segmentada em *sistemas diagnósticos fechados*<sup>6</sup> em prol de uma

---

<sup>5</sup> Que, de acordo com Göteems e Mollo (2020, p. 2), “baseavam-se no chamado Consenso de Washington, que continha dez medidas, desde disciplina fiscal, redução de gastos públicos, reforma fiscal e tributária (aumentando a base de tributação e tributando principalmente de forma indireta), até abertura comercial e econômica dos países, liberalização da taxa de câmbio e do comércio exterior, eliminação de restrições ao investimento financeiro direto, privatização e venda de estatais, desregulamentação e direito à propriedade intelectual”

<sup>6</sup> Faremos aqui uma diferenciação entre racionalidade diagnóstica e sistema diagnóstico tal como propõe Dunker (2015) em “Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros”. Uma racionalidade diagnóstica é um

concepção de acesso à saúde como produto e produtividade dos corpos, sendo entendida como um consumo e não um direito.

A produtividade, dentro do campo da saúde mental, funda dois campos de acesso específicos ao sistema de saúde: o de uma subjetividade que se apresenta como resistência a essa produtividade, tal como apresentadas nos diversos tipos de diagnóstico de depressão e síndromes associadas que foram compreendidas pela OMS como “o mal do século” (2017) ou de uma subjetividade que reforça essa capacidade produtiva típica do neoliberalismo, muitas vezes subnotificada e não entendida como sofrimento (quadros de mania<sup>7</sup>, se não associados a depressão, passam despercebidos, muitas vezes por serem extremamente adaptados a esse tipo de funcionamento econômico).

As maiores expressões dessa concepção neoliberal podem ser constatadas a partir da alta medicalização, utilização de tecnologias duras para confirmação de hipóteses diagnósticas, hospitalocentrismo e grande investimento nos setores judicializantes e medicalizantes em saúde. A forma de produzir saúde parte de uma concepção de acesso pelo consumo. Estas modalidades de gestão em saúde são válidas para qualquer estratégia de saúde em território nacional, seja pelo Sistema Único de Saúde, seja pela iniciativa privada (planos de saúde), apesar de percebermos um incremento significativo destas na saúde suplementar (privada).

---

mapeamento que leva em consideração a forma de vida do sujeito, articulada entre trabalho, desejo e linguagem. Deste modo, uma racionalidade diagnóstica é uma trama discursiva que elucida e localiza os sentidos do ato de nomeação que normalmente é realizado através de um sistema diagnóstico, tal como as categorizações do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) ou do CID (Código Internacional de Doenças).

<sup>7</sup> Para mais detalhes sobre o histórico do diagnóstico de mania, principalmente a partir da psicanálise ver: BAZZO, R. F. *O triunfo do ideal: contribuições para o estudo psicanalítico da mania*. IP – Instituto de Psicologia da USP, São Paulo: Tese de Doutorado, 2019.

Farei agora um breve histórico do período pré-SUS no Brasil, para observarmos a construção de uma concepção de saúde e suas práticas ideológicas.

### **O período pré-SUS: políticas mistas – o paradigma flexneriano de atenção**

As estratégias em saúde no Brasil tiveram início com o fluxo de imigração para trabalho nas lavouras de café e se intensificam conforme a urbanização do país. A diretriz dessas políticas era focalizada nos trabalhadores rurais e urbanos com foco no extermínio de doenças que prejudicassem a produtividade destes trabalhadores. O modelo de atenção então, divide-se em *assistencialista*, com direcionamento a assistência hospitalar e focado em questões pontuais como assistência à malária e à febre amarela, e *campanhista*, com foco no controle de epidemias. É importante indicar aqui que a lógica de produção de saúde se dá, fundamentalmente, por uma via *higienista*, ou seja, a de controlar variáveis ambientais e estruturais para evitar a propagação de doenças e morbidades utilizando métodos, muitas vezes, coercitivos na população (MERHY, 2014). A Revolta da Vacina, trabalhada em nossos livros de história, é exemplo dessa perspectiva campanhista e higienista.

As estratégias de intervenção estatais em saúde, portanto, são condicionadas por iniciativas mistas que se estendem e reformulam-se até os dias atuais. As diretrizes assistencialista e campanhista, como apontado por Merhy (2014), focavam-se na manutenção da produtividade do trabalhador. Politicamente, as estratégias privadas imiscuíam-se à busca pelos direitos trabalhistas: nesse quesito, encontramos a medicina previdenciária, associada às cooperativas de trabalhadores e microempresas urbanas. As demandas por saúde no Brasil, portanto, surgem dentro da perspectiva de direitos trabalhistas na demanda destes por melhores condições de trabalho (e manutenção e aumento do lucro de seus empregadores). O acesso à saúde é pelo trabalho e

tem forte apelo à produtividade, evidenciando a associação da saúde ao desenvolvimento econômico do país. Esta estratégia permanece até o fim da ditadura militar, com a instauração, pela Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (MENDES, 1993).

O modelo de atenção à saúde utilizado nessas diretrizes ficou conhecido como modelo biomédico, que era advindo do *paradigma flexneriano* de cuidado, e tem em seu cerne uma concepção de saúde associada à ausência de doença e uma concepção de doença vinculada aos aspectos biológicos disfuncionais (FLEXNER, 1910). Não há nela uma concepção de saúde que discuta critérios sociais, econômicos ou subjetivos, o que se concretiza como uma biologização das condições básicas de produtividade.

É partindo desse embasamento que a construção da atenção em saúde no período da Ditadura Militar focalizou-se na construção de hospitais. Um importante aspecto a ser ressaltado nesse período é que a estratégia econômica para essa construção se baseou no empréstimo do Estado às empresas multinacionais, construtoras e prestadoras de serviços hospitalares (MENDES, 1993). Quando finalizados, os hospitais prestavam serviços ao Estado mediante novo pagamento. Ou seja, o Estado investia nessa construção e, após, pagava pelos procedimentos que utilizava, terceirizando a assistência em saúde. Dentre esses serviços, destaca-se a grande expansão da implantação de Santas Casas por todo o Brasil. Este período foi marcado por um grande desenvolvimento hospitalocêntrico e continuação da medicina previdenciária com acesso para os trabalhadores. Essa perspectiva biologizante e hospitalocêntrica, calcada na produtividade encontra ecos na concepção de saúde e medicina apresentada por Hayek, um dos principais teóricos do neoliberalismo, para defender a não garantia de acesso universal a saúde. Ele afirma:

Os problemas decorrentes de uma assistência médica gratuita são mais complexos pelo fato de o *progresso da medicina tender a intensificar seus esforços não principalmente no sentido de restaurar a capacidade de trabalho, mas no de aliviar o sofrimento e prolongar a vida, o*

que, evidentemente, não se pode justificar em bases econômicas, mas unicamente em bases humanitárias. Todavia, embora combater as graves doenças que atacam e tornam alguns de nós incapazes na idade adulta seja uma tarefa relativamente limitada, refrear os processos crônicos que conduzem todos à decrepitude é uma tarefa ilimitada. Esta última apresenta um problema que em nenhuma circunstância concebível pode ser resolvido por meio de uma oferta ilimitada de cuidados médicos e que, portanto, continuará a representar uma difícil escolha de objetivos concorrentes. Em um sistema de medicina estatizada tal escolha terá de ser imposta aos indivíduos pela autoridade (HAYEK, 1960, p. 363 – grifos da autora).

Percebe-se, pela citação acima, que a garantia de acesso universal a saúde oneraria o sistema, sendo inviável a sua manutenção. O ideal, segundo o autor, seria que uma saúde pública focasse em problemas ocupacionais, tal como previsto pela medicina previdenciária. Esse enunciado ecoa em várias formulações do senso comum, que dizem, por exemplo, que “um país de proporções continentais, tal como o Brasil, é impossibilitado de ter um Sistema Público e Universal de Saúde”, ou que esse sistema seria muito caro ao Estado, salvaguardando, assim, o que preconizam as políticas neoliberais de gestão.

É só ao final da década de 70, com a reforma sanitária que preconizava acesso universal à saúde e uma concepção de saúde pensada como processo em construção para um estado de Bem-Estar Biopsicossocial, que foi possível pensar um Sistema de Saúde que saísse da lógica hospitalocêntrica e produtivista. Essa outra concepção de saúde inclui outros fatores para identificar o que é estar saudável tal como a temporalidade em seu caráter experiencial e não apenas normativo (condições do território, regionalizações e contexto para se pensar a concepção de saúde) e compreende que a cura não é pontual, mas sim, um processo<sup>8</sup>. Essa concepção de saúde tem como base o chamado *Informe Dawson*

---

<sup>8</sup> Para uma discussão mais alongada sobre essa concepção de saúde e cura ver CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.



(1920), que preconiza a produção de uma saúde pública e coletiva, com base na atenção primária<sup>9</sup> e serviços descentralizados, operando em uma lógica de rede. Outro documento de caráter internacional que foi amplamente discutido na época foi a *Declaração de Alma Ata* (1978) sobre cuidados em atenção primária em saúde que é um documento base na busca de promoção de saúde. O SUS então embasa-se em uma perspectiva coletiva e universalista de saúde, distinta da preconizada anteriormente.

No âmbito da psicologia, esse movimento se desenvolve a partir da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial com uma crítica ferrenha ao hospitalocentrismo e ao modelo assistencialista em psicologia: o ponto de virada está na concepção de que a psicologia deveria ser uma ciência e uma área de atuação que buscassem a transformação e não a adaptação social enquanto paradigma de saúde. Nessa perspectiva, é interessante marcar que a psicologia se estabeleceu como profissão no Brasil a partir de um modelo normatizador (HUR, 2012). A instauração de seu sistema conselhos ocorreu no período militar, sob a assinatura de E. Geisel, conhecido também pela efetivação do AI-5. A força da profissão para que se firmasse em território nacional estabeleceu-se no desenvolvimento de testes e na efetiva perseguição de padrões normativos e adaptativos estabelecidos em consonância com o ideal militar<sup>10</sup>. A psicologia, como ciência, só irá se engajar em uma perspectiva social no início da década de 80 com a reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial, atrelados ao movimento sanitário. Percebemos, portanto, que as políticas de

---

<sup>9</sup> Tal como as encontradas em UBSs a atenção primária baseia-se em cuidados precoces e na prevenção de doenças, evitando intervenções mais invasivas.

<sup>10</sup> Repara-se, por exemplo em Hur (2012), que as propostas vinculadas ao Sistema Conselhos nesse período associavam-se a duas grandes áreas: a padronização de testes psicológicos em território nacional, tanto os de personalidade quanto os avaliativos, para a carteira de motorista, por exemplo, e a psicologia nos grandes hospitais gerais e em manicômios. Essa proposta encontra-se em consonância com os ideais desenvolvimentistas da época – desde Juscelino Kubitschek com a indústria automobilística – e a criação dos grandes hospitais e santas casas, no período militar.

saúde mental da época não preconizavam uma diagnóstica dinâmica que poderia ser concebida através de uma estratégia narrativa como modelo de atenção e de direção do tratamento, tal como preconiza uma racionalidade diagnóstica (DUNKER, 2015), mas seguindo sistemas diagnósticos fechados, vinculados a necessidade de adaptação do brasileiro a uma perspectiva de cidadania desenvolvida à época. A psicologia fazia parte de uma noção de clínica associada à clínica das especialidades médicas que compunha o modelo hospitalar associado à internação compulsória e à tratamentos padronizados que garantissem a adaptação do indivíduo aos padrões produtivos da época: a força do psicodiagnóstico e da psicologia do trânsito, por exemplo, se instauram a partir desse momento histórico, no Brasil.

Vemos, portanto, que o paradigma flexneriano de atenção, quando voltado às questões de saúde mental, concebe a subjetividade como desvio, disfunção pontual a ser diagnosticada através de um sistema diagnóstico fechado e fragmentado, dado que o indivíduo, entendido a partir desse paradigma, teria, no campo da saúde mental, a metáfora de seu processo de cura e cuidado tal como as doenças do campo da biologia: uma disfunção, desordem, causada por um agente externo à subjetividade e que deve ser retirado. Nesse sentido, não se entende o sofrimento como algo próprio e imanente à subjetividade. Essa proposta encontra eco na concepção neoliberal de sujeito, dado que este, compreendido como empreendedor de si mesmo (DARDOT; LAVAL, 2016), não sustentaria uma gramática de conflitos que não fosse concebida enquanto necessária para maior produtividade e evolução de si mesmo. Deste modo, o diagnóstico encerra-se em um ato de nomeação que não se vincula a uma narrativa de sofrimento, encapsulando subjetividades em ações medicalizantes e intervenções especializadas. As narrativas de sofrimento são reduzidas a quadros sintomatológicos (DUNKER, 2015).

## **A instauração do SUS e a permanência discursiva e atuante de políticas neoliberais**

A partir da Constituição de 1988, quando se instaura o SUS, a pauta dos direitos humanos e da concepção de Estado como garantidor de direitos se fortalece, principalmente através da força do movimento sanitarista. A saúde passa a ser concebida através da noção de cuidado (não mais somente como cura, como anteriormente), o que indicaria um modelo de atenção que se propõe a mobilizar o processo de saúde partindo do princípio do empoderamento dos sujeitos como agentes de sua própria saúde e da noção de coletividade como forma de engajamento político e social. Modelos como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), são propostas que se contrapõem a concepção neoliberal de sujeito, que seria aquela em que ele seria empreendedor de si, à concepção de um sujeito que fosse responsável pelo funcionamento coletivo e, também, construtor e agente de narrativas transformadoras de sua relação com sua saúde e a de sua comunidade.

A proposta de atenção em rede possibilitaria um fluxo contínuo do cuidado, bem como uma apropriação não individualizante das modalidades e direções do tratamento. As diversas tecnologias aplicadas, as denominadas tecnologias leves e de alta complexidade da atenção básica até às tecnologias duras da atenção especializada<sup>11</sup> (MERHY, 2014), comporiam um cenário de atenção à saúde que seria pautado na construção de *espaços heterodiagnósticos*<sup>12</sup>, ou seja, de composição de estratégias de cuidado mistas, entre usuário e trabalhador.

---

<sup>11</sup> Tecnologias leves e de alta complexidade são as tecnologias ligadas ao trabalho humano, tal como as associadas à prevenção e à construção diagnóstica na clínica geral, que exigem maior complexidade de raciocínio, enquanto as tecnologias duras e especializadas são relacionadas aos exames laboratoriais e processos específicos que exigem protocolos ligados aos resultados desses exames.

<sup>12</sup> Hetero-diagnóstico seria levar em consideração as diferentes nomeações das narrativas de sofrimento trazidas pelos indivíduos.

Este cenário, então concebido pelo movimento sanitário em conjunto com a reforma psiquiátrica, foi aos poucos absorvido pelo Estado, na tentativa da expansão de um Sistema de Saúde que garantisse acesso equânime e universal. Entretanto, devido à composição fundante do Estado Brasileiro, sempre de base mista e teor neoliberal, o que ocorreu foi um aparelhamento do movimento sanitário via Estado, se tornando, então, um grande prestador de serviços de saúde, baseando sua construção e estratégias com foco, por exemplo, em sistemas diagnósticos, excluindo a racionalidade diagnóstica de seus modelos de atenção.

Podemos observar essa capilarização do neoliberalismo em âmbito da gestão do SUS quando observamos que, durante os anos após a Constituição, ocorreram vários ajustes que focavam a garantia de que os governantes cumprissem suas obrigações dentro da legalidade e da responsabilidade sobre os recursos públicos. Destaca-se aqui duas importantes leis: a 8.666/1993 conhecida como Lei de Licitações e a Lei Complementar 101/2000 conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal.

Ambas as leis, de forma geral, geram um engessamento do poder público, tanto para os processos de compra de materiais, contratação de serviços e de trabalhadores. Como resposta a esta rigidez, os governos, via Estado, iniciam um fluxo de terceirizações daqueles processos que antes bloqueavam o crescimento e a expansão dos serviços de saúde pública. É aqui que se encontram as polêmicas Organizações Sociais de Saúde (OSS), que nada mais são que organizações terceirizadas, muitas delas filantrópicas, que realizam a gestão dos serviços públicos, criando, então formas de gestão do SUS que muitas vezes deturpam suas diretrizes pois, como cada OSS se ocupa de determinado território, a manutenção da noção de rede, de articulação entre os serviços torna-se prejudicada, fragmentada já no próprio processo de gestão.

Este é mais um aspecto de como o Estado de caráter neoliberal é formado para que seja ineficiente, sendo necessário, assim, achar saídas para expandir aquele acesso à saúde que foi prometido/acordado.

Ainda neste contexto de procura por saídas, podemos relatar um aspecto que foi denominado como “Dupla-porta”. Este conceito se funda no entendimento de que o financiamento da saúde pública esteve e se mantém muito aquém do realizado em países com sistemas de saúde universais como o SUS. Uma vez que há insuficiência de recursos, os gestores “encontraram” uma saída a partir da venda de serviços de saúde pública (atendimentos médicos, internações hospitalares e exames de diagnóstico) para pessoas físicas, compra direta, ou jurídicas via planos de saúde.

Vemos que, portanto, a demanda por saúde dentro de uma sociedade que se fortalece a partir do aumento das condições de consumo, se realiza através do deslocamento da noção de direito à saúde para a noção de saúde como negócio. Aos poucos, a lógica de Estado de Bem-Estar Social vai se assemelhando a de um Estado prestador de serviços. Dado esse processo no interior da gestão da saúde, a perspectiva que se teria quanto ao seu acesso e à lógica de cuidado também acaba sendo embasada em uma política diagnóstica de determinação e de constatação, através, por exemplo, de exames e entrevistas clínicas pontuais, e, portanto, de diagnósticos que sugerem, de alguma forma, encaminhamentos pontuais: medicalização, internações breves, dentre outras. Um sistema diagnóstico apartado de sua racionalidade diagnóstica só consegue reproduzir fragmentações do grande arcabouço de alteridades que constituem a subjetividade humana.

Há, entretanto, movimentos de resistência dentro do Sistema Único de Saúde, que visam garantir que suas diretrizes sejam seguidas. Esses polos de resistência encontram-se em diversas partes da rede de saúde, mas aqui usaremos como exemplo a organização de alguns serviços de saúde mental. São propostas que colocam em funcionamento a racionalidade diagnóstica utilizando-se da noção de sofrimento como categoria para triagem e intervenção nos dispositivos de saúde mental tal como os CAPS e o Consultório na Rua. Experiências como as relatadas por Antônio Lancetti (2008), em *Clínica Peripatética*, livro que narra a experiência de criação de dispositivos de cuidado em saúde

utilizando-se do território para tal, ou como as relatadas por Abílio Costa-Rosa (2013), através do dispositivo intercessor das experiências de matriciamento em saúde, nos mostram as possibilidades de realização de uma racionalidade diagnóstica que não se reduza apenas aos sistemas diagnósticos utilizados em larga escala para a medicalização e outras intervenções pontuais que não dão conta do processo de cuidado.

Estratégias que preconizam, basicamente, uma entrevista inicial realizada com o usuário do serviço e/ou sua família para escutar os tipos de sofrimento pertinentes à condição subjetiva presente naquele circuito coletivo e então produzem um atendimento e tipos de intervenção definidos através de uma escuta preocupada com o processo de cuidado e não mais com diagnósticos específicos produzem cuidados em rede, capazes de construir espaços que abarquem outras subjetividades que não as conduzidas pela marca neoliberal, calcada na ideia de empreendedorismo de si mesmo. Deste modo, o discurso da inclusão, tão utilizado nos serviços de saúde mental podem sair de um exercício meramente retórico (KYRILLOS NETO; DUNKER, 2015) e produzir discursos de fato inclusivos, entendendo a subjetividade não como resistência ao cuidado e ao processo de saúde, mas como participante e agente principal desse processo.

Seria essa uma saída ao neoliberalismo? Ou seria mais um modo de colonização neoliberal, abarcando agora o sofrimento em categorias delimitadas e definidas?

## Referências

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: Contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DAWSON, Bertrand. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. 1920**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1964.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: Ensaio sobre a sociedade neoliberal. Boitempo Editorial: São Paulo, 2016.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre Muros. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York, 1910.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; MOLLO, Maria de Lourdes Rollemberg. Neoliberalismo na América Latina: efeitos nas reformas dos sistemas de saúde. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2020, v. 54 [Acessado 23 Julho 2021] , 74. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806>.  
<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806>.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HAYEK, Friedrich August. **Os Fundamentos da Liberdade**. São Paulo: Editora Visão, 1960.

HUR, Domenico Uhg. Políticas da psicologia: histórias e práticas das associações profissionais (CRP e SPESP) de São Paulo, entre a ditadura e a redemocratização do país. **Psicologia USP [online]**. 2012, v. 23, n. 1 [Acessado 23 Julho 2020], pp. 69-90. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000100004>. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000100004>.

KYRILLOS NETO, Fuad; DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Psicanálise e Saúde Mental**. Porto Alegre: Criação Humana, 2015.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993, pp. 19-91.

MERHY, Emerson Elias. **São Paulo de 1920-1940 – A saúde pública como política**. Os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva).

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2009.

PEREIRA, Antonio Carlos. **Gestão Pública em Saúde: Fundamentos e Práticas**. Águas de São Pedro: Editora Livronovo, 2016.

SAUSSURE, Ferdinand. **Curso de linguística geral**. São Paulo: Editora Cultrix, 2006.



## Sobre um discurso verdadeiramente pestilento

*Lauro José Siqueira Baldini*

*Elisa Mara do Nascimento*

*Thales de Medeiros Ribeiro*

“Então passemos à questão menos ambiciosa: o que revela a própria conduta dos homens acerca da finalidade e intenção de sua vida, o que pedem eles da vida e desejam nela alcançar? É difícil não acertar a resposta: eles buscam a felicidade, querem se tornar e permanecer felizes” (FREUD, [1930] 2010, p. 20 [O mal-estar na civilização]).

“Ao patologizar a tristeza, perde-se um importante saber sobre a dor de viver” (KEHL, 2009, p. 31 [O tempo e o cão]).

### “A epidemia psíquica das sociedades democráticas”

Historicamente, as epidemias estão relacionadas às condições de vida das populações: a Peste, a Gripe Espanhola e a mais recente pandemia *do novo Coronavírus* são exemplos disso. A pandemia que nos assola, aliás, mostra bem como a distinção entre um mundo “natural” e um mundo “cultural” são insuficientes para compreendermos todas as questões que o vírus nos coloca. O coletivo chinês Chuang produziu, recentemente, um texto precioso<sup>1</sup> para que possamos ter uma compreensão mais abrangente das relações entre Capitalismo e transferência zoonótica<sup>2</sup> que permitem

---

<sup>1</sup> “Contágio Social – coronavírus, China, capitalismo tardio e o ‘mundo natural’”, 2020. Cf. bibliografia.

<sup>2</sup> Em termos simples, o momento em que o vírus deixa de infectar apenas certo animal e passa a infectar humanos.

situar a questão em seu lugar, isto é, numa reflexão política. Num resumo bastante grosseiro, podemos afirmar com o Coletivo que não se pode compreender a pandemia atual sem levar em conta certos fatores próprios ao funcionamento do Capitalismo em sua versão contemporânea, a saber, entre outros, a “panela de pressão evolutiva criada pela agricultura e urbanização capitalistas”<sup>3</sup>, “incursões agroeconômicas cada vez mais extensivas sobre os ecossistemas locais”<sup>4</sup>, e “circuitos globais de mercadorias e [...] migrações regulares de trabalho que definem a geografia econômica capitalista”<sup>5</sup>. No entanto, o ponto central é que “a lógica básica do capital ajuda a pegar cepas virais previamente isoladas ou inofensivas e a colocá-las em ambientes hipercompetitivos que favorecem os traços específicos que causam epidemias, como ciclos rápidos de vida viral, a capacidade de salto zoonótico entre espécies transportadoras e a capacidade de evoluir rapidamente para novos vetores de transmissão”<sup>6</sup>. Nesse sentido, não há que se falar da pandemia do novo coronavírus como um caso de avanço da “natureza” sobre nós, ou como resultado de práticas pouco higiênicas de certos povos ou, ainda, como um acaso ou castigo, já que, sem levar o circuito global do capital, toda explicação sobre a doença recalca a dimensão política que ela coloca em jogo.

No campo daquilo que chamaremos, sem muito rigor, de “sofrimento psíquico”, contudo, desde pelo menos o início do século passado, vários pensadores vêm produzindo reflexões que evidenciam que há uma relação ainda mais intrincada entre a disseminação das chamadas patologias psíquicas e determinadas formações históricas (FOUCAULT, [1954] 2008). Sigmund Freud é, evidentemente, o caso exemplar<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> Op. cit., pg. 23.

<sup>4</sup> Idem, pg. 24.

<sup>5</sup> Idem, pg. 25.

<sup>6</sup> Ibid. Cf. nota 7.

<sup>7</sup> Que não se leia aqui uma afirmação de que Freud é um dos primeiros a falar das influências do “meio” cultural no psiquismo. Isso seria simplificador. O que queremos apontar é para o fato de que percorre o pensamento freudiano de ponta

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgado em 2015, cerca de 322 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com depressão. No Brasil, esses números chegam a 11,5 milhões, o que corresponde a 5,8% de nossa população.<sup>8</sup> O número alarmante de “pessoas que vivem com depressão” não se mostra sem importância. Certamente, ele produz efeitos em enunciados contemporâneos heterogêneos (médicos, midiáticos, cotidianos etc.). No entanto, esse quadro não é novo. Há mais de duas décadas, Elisabeth Roudinesco (2000, p. 17) chamou a atenção para o fato de que a depressão se tornou “a epidemia psíquica das sociedades democráticas”, na medida em que se multiplicaram “os tratamentos para oferecer a cada consumidor uma solução honrosa”.

Na contramão de um discurso dominante, o que a psicanálise enuncia sobre a depressão, ou, antes, sobre a inseparabilidade entre o suposto depressivo e o discurso capitalista, parece ser incomensurável com a língua da psiquiatria e nos remete à mesma reflexão política que comentávamos mais acima acerca do Coronavírus.

Em primeiro lugar, a própria distinção entre doenças orgânicas e psíquicas é uma dicotomia ainda corrente no saber médico, mas estranha à prática psicanalítica. Durante 60 anos, o DSM<sup>9</sup>, importante e difundido manual psiquiátrico, empregou o termo “transtornos mentais” [*mental disorders*] para listar, nomear e classificar o segundo termo dessa oposição. Em contrapartida, no campo psicanalítico, podemos afirmar que “as antes chamadas ‘doenças mentais’ não são nem doenças e nem mentais porque são estruturas análogas aos mitos individuais, dotadas de dimensões existenciais: real, simbólico e imaginário” (DUNKER, 2015, s/p.).

No tocante a essa incomensurabilidade entre a psiquiatria e a psicanálise, Colette Soler se refere à “querela da depressão”,

---

a ponta uma reflexão rigorosa sobre o conceito de “causa” e sobre as relações entre historicidade e estrutura.

<sup>8</sup> Cf. os dados em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/depressao-cresce-no-mundo/#.X0ErnzVv\\_IU](https://saudeamanha.fiocruz.br/depressao-cresce-no-mundo/#.X0ErnzVv_IU).

<sup>9</sup> Sigla em inglês para *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

chegando a um instigante debate sobre a inconsistência da noção. Ela se refere ao emprego generalizado de “depressão” no singular, segundo a língua dos psiquiatras, e não aos fenômenos e estados de depressão que atravessam as estruturas. Nesse sentido, em vez de enigma a ser pensado nas estruturas clínicas da psicanálise no interior da transferência, a nomeação vem generalizar e comprimir experiências muito diversas de sofrimento sobre uma nomeação coletivizante que deixa de lado o que há de singular na dimensão subjetiva. A citação a seguir vale a leitura:

Contra uma psiquiatria que se crê tão moderna quanto sua farmacopeia porque jura apenas pelo empirismo mais desusado, e que curto-circuita a dimensão do sujeito ali mesmo onde é dele que se trata, denunciaremos, com justiça, ao mesmo tempo a “impropriedade conceitual” do termo e a inconsistência dos fenômenos que ele supostamente subsume. [...] Essa inconsistência da noção de depressão não é evidentemente uma razão para que os fenômenos depressivos desencorajem o pensamento. Eles devem ser incluídos no conjunto compósito dos sofrimentos que são endereçados ao psicanalista. Eles são também reencontrados sob transferência, no decurso da análise e até sua fase final. Freud, com o tropeço nas graves depressões de certos sujeitos femininos em fim de tratamento, e Lacan, assimilando o momento do passe a uma posição depressiva, são testemunhas disso, e não recuaram diante do fenômeno; o problema é saber, em cada ocorrência, a que estrutura ou a que causa ele se refere (SOLER, 2002, p. 97).

Em nome de uma abordagem pretensamente científica, há um curto-circuito da dimensão do sujeito ali mesmo onde ele deveria ocupar o centro da questão. Se uma “patologia psíquica” é sempre determinada em uma conjuntura, iremos propor um desvio dos dizeres contemporâneos sobre a depressão para pensarmos o apagamento do sujeito no discurso capitalista [sugestão: cf. seção 3].

A teoria dos discursos (ou teoria dos laços sociais) de Jacques Lacan foi uma resposta monumental e inovadora à relação entre o significante e o gozo (ZUPANČIČ, 2006). Com base nessa

articulação, retornaremos a dizeres modernos e contemporâneos sobre a depressão. Nosso objetivo, aqui, é apenas pontuar, por um lado, a incidência de uma problemática política no escopo teórico de Lacan e, por outro, demarcar como as suas considerações sobre o sujeito, a lógica e o discurso capitalista podem orientar a interpretação de dizeres autorizados sobre o dito “depressivo” na contemporaneidade. Nessa direção, nos discursos sobre a “depressão” ou os “depressivos” que proliferam em nossa sociedade, a dimensão “epidêmica” que geralmente se ressalta não pode ser atribuída, sem maiores consequências, a este ou aquele fato histórico, como, por exemplo, a pandemia que vivemos atualmente. Do mesmo modo que o Coletivo Chuang demonstra que, em última instância, a pandemia tem sua origem numa relação com a lógica capitalista contemporânea, queremos aqui enfatizar que a depressão está sobredeterminada pelas relações entre linguagem e gozo que se podem ver na teoria dos discursos de Lacan. O que Lacan nos aponta é crucial para que possamos entender que é também a lógica básica do capital que guia o “aparelhamento do gozo”.

### **O discurso: aparelho de poder, meio de gozo**

Para fundamentarmos nossa discussão, recorreremos a um momento específico do percurso do ensino de Lacan. Tomamos como base a problemática do sujeito, enfatizando a dimensão discursiva da renúncia ao gozo. Levamos em conta que esse debate se insere no quadro mais amplo de sua teorização sobre os discursos, antes e depois de sua formalização no *Seminário XVII – O avesso da psicanálise* (1969-1970).<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Nosso trabalho está inserido em um quadro teórico-analítico que tensiona, particularmente, os fundamentos da análise materialista do discurso ao da psicanálise de Freud e Lacan. Em rara menção à teoria dos discursos de Lacan, Pêcheux compreendeu sua leitura como mais uma “repetição ideológica do trajeto-em-círculo” na qual “uma certa concepção da dialética hegeliana vem [...] se enxertar, [desembocando] na ‘descoberta’ de que a revolução é impossível”

Na aula inaugural do *Seminário XVII*, Lacan afirma que o discurso é uma “estrutura necessária que ultrapassa em muito a [fala]” (LACAN, [1969-1970] 1992, p. 10-11). Para Patrick Valas, “essa escrita, que é escrita de um discurso sem [fala], é reconstruída a partir do laço social a dois, ligado à prática analítica. Uma prática que toma como meio a fala” (VALAS, 2001, p. 73). Essa estrutura, que resulta na *emergência do sujeito*, instaura certas relações estáveis no interior das quais se inscreve algo mais amplo do que as enunciações efetivas. A nosso ver, o que definitivamente singulariza a forma como Lacan elabora o seu conceito de discurso é a ligação intrínseca entre (a topologia do) sujeito e (a topologia ou estruturação lógica da função do) gozo.

Fig. 1: os quatro lugares do discurso.

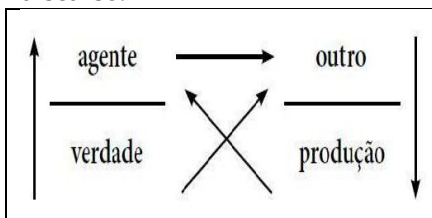


Fig. 2: matema do discurso do mestre.



O discurso é caracterizado por quatro lugares [fig. 1]: a verdade, o agente (ou semblante), o Outro (ou gozo) e a produção (ou a perda). Neles, alojam-se quatro letras ( $S_1$ ,  $S$ ,  $S_2$  e  $a$ ) que designam, respectivamente, o significante mestre, o sujeito dividido, o saber e o objeto  $a$ .

Em sua matriz, nomeada pelo psicanalista como discurso do mestre [fig. 2], o significante mestre ( $S_1$ ), escrito no lugar do agente/semblante, intervém no campo da linguagem para

---

(PÊCHEUX, [1978] 2015, p. 12). No entanto, alguns estudos recentes vêm explorando, sob abordagens diversas, as potencialidades desse encontro/desencontro entre teorias, como o ensaio de Di Nizo (2019). Nesse quadro, podemos citar, ainda, um conjunto de produções significativas sobre a melancolia e/ou a depressão, como Souza e Baldini (2014), Lunkes (2014), Baldini (2016) e Barbai (2018).

“comandar” (→) o saber (S2). Ocupando o lugar da verdade e o da produção (ou perda), estão o sujeito barrado ou dividido (\$) e o objeto *a*. A partir do discurso do mestre, o sujeito não é pensado senão em sua dimensão significante, isto é, enquanto sujeito ao discurso. Isso nos conduz à célebre asserção de Lacan: o significante (S1) representa o sujeito (\$) para um outro significante (S2)<sup>11</sup>. Como resultado dessa operação, produz-se um resto, o objeto *a* (mais-de-gozar). Quando se deteve na relação de homologia entre o mais-de-gozar (*Mehrlust*) e o mais-valor (*Mehrwert*), Lacan pôde teorizar sobre a função essencial do objeto *a* e produziu uma interpretação sobre o sujeito e o discurso capitalistas. Cabe enfatizar que, mesmo afirmando a distinção entre os campos e os discursos de Freud e Marx, a estrutura, sendo real, não se opõe aqui à dimensão da história.

As letras S1, \$, S2 e *a* não têm estatuto fixo, mas assumem valores diferentes de acordo com o lugar que ocupam em cada um dos quatro discursos. Enquanto laço social, a noção de discurso mostra, portanto, “que a definição, a distribuição e o manejo do gozo mudam e se ordenam diferentemente, em função de cada um dos discursos que condicionam o sujeito. O discurso, efetivamente, não é apenas aparelho de poder; ele é também meio de gozo” (VALAS, 2001, p. 76). Por extensão, o reconhecimento de uma dimensão discursiva do gozo (em qualquer discurso) coloca em jogo o próprio *lugar político da psicanálise*: “a intrusão na política só pode ser feita reconhecendo-se que não há discurso – e não apenas o analítico – que não seja de gozo, pelo menos quando dele se espera o trabalho da verdade” (LACAN, [1969-1970] 1992, p. 74).

Nesse momento do ensino lacaniano, a *interdição do gozo* fundamenta toda a estrutura do discurso. Isolável em certas

---

<sup>11</sup> Esta definição do significante foi repetida em diversos momentos do ensino de Lacan, dentre eles o texto “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” ([1960] 1998, p. 833).

“práticas de recuperação” do gozo, o mais-de-gozar não corresponde ao gozo em si, mas à sua perda.<sup>12</sup>

### O real é o impasse de toda diversão

Em “Do discurso psicanalítico”, Lacan discorre sobre o estatuto e a função do significante mestre (S1) em sua teoria dos quatro discursos. Para ele, o significante que introduziu no mundo o *Um* se impôs, no discurso do mestre, sob a forma fundamental de um comando [*commande*]. Ao fazer uma pequena inversão dos lugares do S1 e do \$, Lacan escreveu o discurso do capitalista, o substituto moderno do discurso do mestre.

[...] A crise não do discurso do mestre, mas do discurso capitalista, que é o substituto dele, está aberta. De jeito nenhum lhes digo que o discurso capitalista seja medíocre; é, pelo contrário, algo loucamente astucioso. Loucamente astucioso, mas destinado a explodir. Afinal, foi o que se fez de mais astucioso como discurso. Esse último não é menos destinado à explosão. É porque é insustentável. É insustentável... num truque que poderia lhes explicar... porque o

---

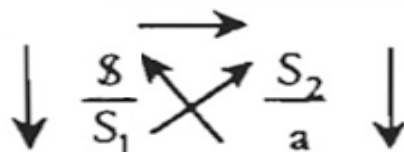
<sup>12</sup> “O mais-de-gozar é o que a fala sempre deixa de significar, porque o sujeito não pode esgotar a significação do seu ser pelo significante. Ele mostra isso ao dizer: ‘não é isso que eu queria dizer, nunca conseguirei dizê-lo’. Daí resulta uma perda para o sujeito, que a paga com a sua pele [*a pound of flesh*/ uma libra de carne]. Lacan toma essa referência em *O mercador de Veneza*, de William Shakespeare [...], para indicar que o objeto *a* deve se constituir e ser cedido ao risco de um perigo mortal para o sujeito. [...] Em lugar dessa perda, pela operação do significante, produz-se um resto, o objeto *a*. [...] A dimensão da fala está presente em todos os discursos [...], mas em cada um deles ela muda de sentido, conservando, porém, a mesma estrutura. A palavra de amor não é a palavra que ensina nem a que comanda. Cada um dos discursos apresenta, pois, modalidades diferentes de gozo” (VALAS, 2001, p. 74). Nessa mesma direção, Carvalho (2008, p. 200), afirma: “É importante sublinhar que, para Lacan, a referência do discurso não equivale ao sentido discursivo. Ou seja — apoiando-nos na distinção fregeana [...] entre Sinn e Bedeutung, à qual Lacan se mostra sempre atento —, a referência do discurso não é aquilo que o discurso quer dizer, o não dito inconsciente ou ideológico, mas o que se produz como um efeito suplementar a este engendramento de sentido, que ele designa com o termo ‘mais-de-gozar’”.



discurso capitalista está ali, vocês veem [...]... uma pequenina inversão simplesmente entre o S1 e o \$ que é o sujeito... basta para que isso ande como sobre rodinhas, não poderia andar melhor, mas justamente, anda rápido demais, se consome [*consomme*], se consome tão bem que se consuma [*consume*]. Agora vocês estão embarcados... vocês estão embarcados..., mas há poucas chances de que qualquer coisa aconteça de sério na corrente do discurso [analítico], salvo, assim, ao acaso (LACAN, [1972] 1978, p. 48, tradução nossa).

A forma moderna do discurso do mestre é em grande parte determinada por um imperativo (ou ideal inatingível) de comensurabilidade entre o significante (mestre) e o sujeito (ZUPANČIČ, 2006).

Fig. 3: O discurso do capitalista.



Além da moderna “intercambialidade” entre o S1 e o \$, um dos apontamentos cruciais para discernir o discurso do mestre de sua “pequenina inversão” (o discurso capitalista) não é só a passagem do comando ao consumo que resulta dessa operação, mas também o próprio fato desses dois discursos serem referidos diferentemente em relação à crise. Ao contrário do discurso do mestre, a crise do capitalismo, que regula as relações entre sujeito e gozo, está sempre-já aberta, posto que se trata de um discurso e de uma lógica insustentáveis desde a sua fundação.

Se o discurso do capitalista regula as relações entre o sujeito e o gozo sem produzir laço social; e se isso consiste em sua eficácia no corpo social, é, paradoxalmente, no interior desses processos de captura do sujeito pelo capitalismo que alguma coisa não vai bem, que algo manca. Ainda que seja loucamente astucioso, o capitalismo está destinado a explodir. De acordo com Lacan, talvez

a psicanálise também tenha um destino análogo, podendo vir a ser, um dia, substituída por outro discurso “verdadeiramente pestilento, totalmente dedicado, enfim, a serviço do discurso capitalista” (LACAN, [1972] 1978, p. 49).

No Capitalismo, há uma relação profunda e estrutural entre o trabalho e a renúncia ao gozo. Partindo do jogo e da aposta em Pascal, Lacan afirma que a “moral moderna” é a própria renúncia aos prazeres. Nesse sentido, “a empresa capitalista, para designá-la nos termos apropriados, não coloca os meios de produção a serviço do prazer” (LACAN, [1968-1969] 2008, p. 107). Esse é um traço capital que corresponde a uma ruptura histórica concernente à moderna impossibilidade de se ter “acesso” ao prazer sem excesso de trabalho. Com base em uma distinção radical entre a moral moderna e uma visão ascética do prazer, o psicanalista pontua que o princípio do prazer (e o da realidade), tal como formulado por Freud, é, hoje, insustentável. “O princípio do prazer é uma referência da moral antiga. Na moral antiga, o prazer, que consiste precisamente em fazer o mínimo possível, [...] é uma ascese. [...] O que isso pode ter a ver com a ideia que o burguês tem do prazer, e da realidade, aliás?” (LACAN, [1971-1972] 2011, p. 27-28). “Nossos ouvidos burgueses” não teriam absolutamente nenhuma ideia do que é o princípio do prazer e a interpretação só pode assinalar o que do sujeito advém no registro do gozo, isto é, a dimensão que, sendo articulada a um corpo, é a dimensão da descida para a morte.

Existe um ponto onde identificamos o funcionamento do discurso e da lógica capitalistas, colocando em jogo o vínculo entre o modo de produção e a dimensão do gozo: a felicidade. Esta se tornou, desde a modernidade, “um fator da política” (LACAN, [1969-1970] 1992, p. 69). Diante dessa constatação, Alain Badiou assinala que um mundo como nosso, que desertou de toda vocação de fazer advir o real da História, é um mundo onde, em seu lugar, reina a diversão. “Ou talvez devêssemos dizer hoje *entertainment: 'entertainment world'*. Se quisesse fazer um pastiche de Lacan, Pascal teria dito: o real é o impasse de toda diversão. O real surge quando a diversão começa a se esgotar e não consegue mais nos proteger desse surgimento” (BADIOU, 2017, p. 44-45).

## A história de um triunfo do olhar

Em nossa conjuntura, “o consumo indiscriminado de antidepressivos, decorrente da “obrigação de ser feliz”, responde ao imperativo superegóico de gozo que pauta o discurso do capitalista” (RINALDI, 2002, p. 14).

Em “A depressão e seus troços nos arredores do gozo”, Mara Viana de Castro (2002) articula o “novo mal do século” (a depressão) à dimensão do discurso capitalista enquanto um discurso que não faz laço social, diferentemente dos outros quatro (discurso do mestre, do universitário, histérico e do analista). O discurso do capitalista seria, portanto, um discurso sem ética, a partir do qual o sujeito mantém uma relação solitária com o objeto de consumo.

Considerado como depressivo e iludido por uma concepção falsa de felicidade, o sujeito se submete a um desenfreado consumo de drogas, que funcionam como nova modalidade de gozo. Ao centrar-se no consumo e na abundância de objetos disponíveis pelo capital, o sujeito começa a manter uma relação solitária com o *gadget*, logo tal consumo tamponaria questões fundamentais para a psicanálise, como a singularidade e o desejo. À luz da formalização do discurso do mestre moderno (o capitalista), a autora propõe que, no lugar do agente, estaria o sujeito dividido. O lugar do outro, por sua vez, “é ocupado pelo saber da ciência e a medicação entraria como objeto que serve à tentativa de tamponamento da falta. O sujeito é invadido pelo real e vira um mero instrumento na mão da indústria farmacêutica” (CASTRO, 2002, p. 210).

Castro destaca ainda que o constante movimento da ciência em busca de novidades produz efeitos, inclusive, nos próprios dizeres dos analisandos, expostos (ou, poderíamos dizer, bombardeados) por toda uma gama de nomeações *prêt-à-parler*. Isto é, essa gama de nomes disponíveis e postos em circulação reduzem o sofrimento singular e irredutível do sujeito a um dizer objetivo e generalista. Assim, apesar de grandes debates e discussões em torno dos aspectos da depressão, o seu tratamento geralmente visa “à supressão sintomática do que é visível ao preço da evitação da

investigação da causalidade” (CASTRO, 2002, p. 206). O preço dessa tentativa de supressão do sintoma é, portanto, o valor pago por um retorno a uma *clínica do visível*. Tal retorno acaba por eliminar o sujeito lá onde ele deveria estar em causa.

Em *O nascimento da clínica*, de Michel Foucault ([1963] 2003), lemos a história de um *triunfo do olhar* na formação da medicina moderna, iniciada com o estudo sistemático de cadáveres. Os médicos supuseram no corpo a localização e a origem do mal-estar que assolava o paciente, tomando um conjunto de sintomas como a sua forma legível. O ponto de mau funcionamento desencadeador de sua doença orgânica poderia ser eliminado ou reparado em outros pacientes classificados no mesmo quadro clínico. Nessa concepção, um fígado danificado, uma artéria entupida, uma infecção localizada seriam a fonte de doenças capazes de levar a um óbito facilmente evitável, se o paciente fosse tratado no momento certo.

Na clínica que prioriza o visível, o doente torna-se mero receptáculo da doença. Seu saber sobre o que se passa no corpo não é mais importante que o saber detido pelo médico. Com o avanço das tecnologias médicas, tudo é descrito de forma exaustiva em uma linguagem frequentemente estranha ao paciente. Ainda assim, a descrição do funcionamento fisiológico do organismo “normal” não obedece a critérios definitivamente estabelecidos, a começar pelo fato de que esse “normal” permanece como um termo equívoco, cuja significação é atrelada a um ideal abstrato de norma. Porém, desde Canguilhem ([1966] 1995, p. 150), sabemos que “não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado numa relação”.

Na passagem do enfoque sobre as “doenças orgânicas” para outro sobre as “doenças psíquicas” ou “mentais”, há uma tentativa de delimitar as fronteiras tênues entre o normal e o patológico a partir de critérios que também priorizam a dimensão do visível, mesmo que não diretamente observável a olho nu. Nos dizeres contemporâneos sobre a depressão, os parâmetros de comparação priorizam substâncias químicas como a *serotonina* e a *noradrenalina* em trânsito nos neurotransmissores. Novamente, não há mais um

sujeito, mas um organismo formado por diversos compostos químicos e órgãos<sup>13</sup>. Nessa direção, a relação entre novas tecnologias e o discurso do capitalista produziria

uma espécie de tendência à abolição de toda diferença entre o objeto de conhecimento, o campo do saber e a máquina. A máquina tende a ser não mais a coadjuvante do conhecimento, mas O próprio conhecimento: ela é, cada vez mais, A medicina, ela se torna A educação, ela é A política (PLON, 2010, p. 60).

Nessa perspectiva, um desequilíbrio de substâncias seria a causa (não) oculta da depressão, cujo tratamento consistiria em um simples reajuste. Freud, que acreditava ser pequena a probabilidade de uma solução que envolvesse “substâncias químicas cuja administração poderia gerar ou eliminar certas neuroses”, talvez se surpreendesse com o advento da “pílula da felicidade” (Prozac) nos anos 1980 e do mais recente Spravato.<sup>14</sup> O que a psicanálise permite dizer sobre a “‘causa última’ específica e tangível” da condição neurótica é “menos simples e menos satisfatório” (FREUD, 2014, p. 73).

### **Uma resistência à sintonia com o tempo do Outro**

A nomeação e a legitimação de um sofrimento na forma de sintomas, transtornos, doenças ou mal-estar se dá “numa relação com a memória e as condições de produção que determinam os

---

<sup>13</sup> Apesar de sua suposta atualidade, esses dizeres remetem a um campo que reduz o sujeito a uma coleção de órgãos, de que ele é titular e tributário. Até os grandes pensadores da humanidade portariam a sua coleção particular. Antes da frenologia, “acreditava-se que Descartes era um pensador, um autor responsável pelo seu sistema filosófico. [Após] a frenologia, Descartes é portador de um cérebro que pensa sob o nome de René Descartes” (CANGUILHEM, 2006, p. 190-191).

<sup>14</sup> Trata-se de um medicamento divulgado em 2019. Supostamente, seu efeito seria capaz de tirar os pacientes de crises graves de depressão em apenas duas horas ou, no máximo, em poucos dias. Cf. a reportagem <https://istoe.com.br/a-mais-potente-arma-contra-a-depressao/>.

[seus] modos de reconhecimento e designação” (BALDINI, 2016, p. 67). Nessa orientação, o DSM aparece como um dizer que usufrui de legitimidade no campo da psiquiatria. O manual sofreu modificações desde sua criação, em 1952, até a sua quinta e mais recente edição, de 2013. Diante da renúncia do *National Institute of Mental Health* de continuar a patrocinar o manual editado pela *American Psychiatric Association*, a quinta edição será provavelmente a última.<sup>15</sup>

Nas duas primeiras edições do manual, existe uma nosografia fortemente influenciada por categorias da psicanálise, tais como “neuroses”, “psicoses” e “perversões”. A partir de sua terceira edição (1980), há uma “ruptura absoluta com a classificação que até então era utilizada” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 464). Essa ruptura ocorreu em três níveis. 1) A antiga estrutura conceitual foi substituída por uma única lógica classificatória na qual predominam os *transtornos*. 2) A abordagem psicanalítica, tal como consolidada no quadro da psiquiatria norte-americana, foi substituída por uma vertente biológica e fisicalista. Essa perspectiva apontava lesões e disfunções cerebrais como possíveis causas dos transtornos mentais. 3) Por fim, delineiam-se outras concepções sobre o normal e o patológico, gerando um conjunto de novos quadros identificatórios. A partir do DSM III, seus editores proclamam o manual como “ateórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465). No DSM IV e V, esses critérios se consolidam ainda mais nas

---

<sup>15</sup> Em uma declaração publicada em abril de 2013, o ex-diretor da NIMH, Thomas Insel, anunciou a criação do projeto RDoC (*Research Domain Criteria*), que pretende contribuir para a fundação de um novo sistema de classificação não mais centrado na observação empírica de sintomas, mas derivado dos avanços nas áreas de genética, imagem, ciências cognitivas e outros níveis de informação, já que os transtornos mentais envolvem circuitos cerebrais. Segundo ele, essa nova classificação baseada em biomarcadores ou na performance cognitiva só não é possível devido à falta de dados, que seria sanada com o RDoc. Nesse projeto, a clínica do visível triunfa mais uma vez. Cf. <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>.

listagens de sintomas e quantificação objetiva de sua frequência e intensidade nos pacientes.

Restringindo-nos ao quadro dos “transtornos depressivos”, verificamos que o manual demarca a tentativa de se realizar uma listagem de sintomas e nomeações cada vez mais exaustiva. Na quarta edição do DSM, os “transtornos depressivos” eram classificados como uma subdivisão dos transtornos de humor e apresentavam 3 subtipos: “Transtorno Depressivo Maior”, “Disrítmico” e “sem outra especificação”. Na quinta edição, essa categoria ganhou uma seção exclusiva e se dividiu em 8 subcategorias: “Transtorno Depressivo Maior”; “disruptivo da desregulação do humor”; “persistente (distímia)”; “disfórico pré-menstrual”; “induzido por substância/medicamento”; “devido a outra condição médica”; “outro transtorno depressivo especificado”; e “transtorno depressivo não especificado”.

Ao colocar o paciente frente a tantas nomeações diferentes para seu sofrimento, busca-se não deixar nenhum espaço vazio para que advenha a ordem do inominável do sintoma (BALDINI, 2016). A psicanálise denuncia que “a nomeação normativa de um sintoma é terrivelmente redutiva em relação ao domínio de experiência que ela comprime e generaliza” (DUNKER, 2015, p. 26). Assim, ao invés de entregar um nome já-pronto ao paciente, o analista abre um espaço de escuta no qual o sujeito se arrisca a encontrar, ele próprio, uma nomeação singular para seu sofrimento e, nessa experiência subjetiva, se situar de outro modo com o sofrer (BALDINI, 2016).

A profusão de nomenclaturas diagnósticas a partir da terceira edição do DSM, como vimos, mantém uma relação estreita com a produção de novos medicamentos (HEALY apud RUSSO, VENÂNCIO, 2006). Ora, após a disseminação de diferentes antidepressivos pelo mundo – e o entusiasmo com a supressão de sintomas associados à depressão –, observamos um aumento de 166% (de 3 para 8 subtipos) nas categorias diagnósticas de transtornos depressivos no DSM V em um espaço de 20 anos.

O aumento do número de casos ao redor do mundo indica uma verdadeira “epidemia de depressão”, o que certamente terá

ainda efeitos na produção de futuras classificações e formas diagnósticas. O conjunto de novas classificações emergentes se refere à demanda não somente de produção de drogas e alívios, mas também (e principalmente) de sentido (HEALY apud RUSSO, VENÂNCIO, 2006).

O depressivo sabe que os imperativos de gozo pela via do consumo e os ideais inalcançáveis de felicidade pregados em nossa sociedade contemporânea, tão desprovidos de variação, não têm sentido nem são suficientes para sanar a falta constitutiva do sujeito. E, justamente por denunciar essa falha em nosso modo de vida, ele precisa ser combatido com uma profusão de transtornos e medicamentos, sem que haja espaço para um questionamento sobre seu próprio desejo, que pode muito bem destoar dos ideais consolidados. No entanto, de acordo com Maria Rita Kehl (2009, p. 108) “o depressivo, em sua estranha recusa a acreditar nos semblantes de felicidade, está muito mais próximo de sua via desejante do que ele imagina”.

Ainda segundo a autora, “os depressivos, cujo número parece aumentar na proporção direta dos imperativos de felicidade, são incômodos na medida que questionam esse projeto” (KEHL, 2009, p. 103). Eles parecem viver em outra temporalidade, bem mais lenta que a rapidez voraz do tempo do Outro, *resistindo à ausência de laço do discurso capitalista*.<sup>16</sup>

Não que a razão de sua resistência seja política – ao menos que se considere a dimensão pública da linguagem que enlaça o sujeito do inconsciente ao campo do Outro. Mas se o que motiva a lentidão do depressivo não é uma intenção política, o efeito de sua incapacidade

---

<sup>16</sup> Em *O tempo e o cão*, a autora parte do argumento central de que a depressão é um sintoma social. Ela nos apresenta a seguinte justificativa para essa caracterização: “A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e crenças que sustenta e ordena a vida social desta primeira década do século XXI. [...] Tomo a expressão sintoma social, em primeiro lugar, para designar o sintoma, ou a estrutura clínica, que se encontra em tal desacordo com a normatividade social que acaba por denunciar as contradições do discurso do mestre” (KEHL, 2009, p. 22-23).



de colocar-se em sintonia com a urgência contemporânea acaba por oferecer resistência às modalidades de gozo oferecidas. Não que o depressivo não goze; o gozo, perigosamente próximo ao domínio da pulsão de morte, participa de um modo singular da economia da depressão. Parafraseando Freud, diria que o depressivo quer gozar, mas *à sua maneira*. Essa é uma maneira particularmente lenta (KEHL, 2009, p. 17-18, grifo da autora).

A autora destaca a urgência de se resgatar a clínica das depressões de um campo exclusivamente voltado a uma psiquiatria biológica e fiscalista. Nesse discurso, o sujeito é tratado apenas como um organismo repleto de órgãos e substâncias em déficit ou excesso. Trata-se, portanto, de “um desafio ante o qual o psicanalista não pode recuar” (KEHL, 2009, p. 13).

Pretendemos neste texto realizar um giro que não se fechasse em torno das mesmas questões contemporâneas sobre a depressão, mas que deixasse espaços para outros dizeres, em particular para uma articulação no discurso entre significante e gozo. Respeitando-se esse movimento circular, nestas vias de conclusão, gostaríamos de retornar ao nosso ponto de partida: a relação entre a formação histórica e o mal-estar, desta vez deslocado de qualquer classificação que o divida em termos orgânicos ou psíquicos.

A nosso ver, não é trivial que “depressão” e a pandemia pareçam se encontrar hoje a ponto de se tornarem inseparáveis. Poder-se-ia, talvez, enunciar uma inseparabilidade entre a “depressão” e a pandemia. Um rápido olhar para notícias sobre os efeitos da pandemia do novo Coronavírus já aponta para a atualidade desse debate: “Depressão entre brasileiros quase duplica durante quarentena, diz estudo” (05/05/2020); “Estudo indica aumento em casos de depressão durante pandemia” (09/05/2020); “A epidemia oculta: saúde mental na era da COVID-19” (17/05/2020); “Depressão, ansiedade e coronavírus” (04/06/2020); “Depressão e ansiedade deixarão mais sequelas do que o coronavírus” (20/06/2020); “Efeitos da pandemia: Covid-19 e depressão” (não datado).

A nosso ver, a narratividade midiática enfatizou e enfatiza ainda, com justeza, a existência de uma relação entre os graves acontecimentos recentes e o mal-estar. Contudo, recusamos qualquer nomeação homogeneizante que prometa “privatizar” o laço operado por meio de uma fala e uma escuta, ação que parece ser tendência em nossa sociedade da gestão.

As incessantes transfigurações do DSM e, mesmo, dos dizeres sobre o depressivo nos últimos anos apontam para a transitoriedade dos campos que se prestam enunciar sobre isso a preço de uma subordinação e de um apagamento do sujeito. Dissonante a uma série de dizeres midiáticos, religiosos, científicos, cotidianos que se assentam no seio dessa nomeação, a nossa recusa é, ao mesmo tempo, ética e política. Enquanto não está a serviço da lógica e do discurso capitalistas, a psicanálise e os psicanalistas não devem recuar diante da “depressão”, escutando as revoltas (ainda que ínfimas e quase inauditas) que são proferidas pelo dito “depressivo”.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. Trad. Dayse Batista. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. [recurso eletrônico] (DSM-5). Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et. al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BADIOU, Alain. **Em busca do real perdido**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

BALDINI, Lauro José Siqueira. Um caleidoscópio de nomes. In: FLORES, Giovanna Benedetto; NECKEL, Nádia Régia Maffi; GALLO, Solange Maria Leda. (Org.). **Análise de discurso em rede**: Cultura e Mídia: volume 2. Campinas: Pontes, 2016. p. 65-75.

BALDINI, Lauro José Siqueira; ROMÃO, Lucília Maira Sousa. Melancolia (ou traços): dizeres nublados. In: **Discurso e sujeito: trama de significantes**. São Carlos, Edufscar, 2014.

BARBAI, Marcos Aurélio. “Entre o nomear e o escutar: a depressão”. In: **Línguas e instrumentos linguísticos**, n. 42, p. 139-154, 2018.

CANGUILHEM, Georges [1966]. **O normal e o patológico**. Trad.: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas & Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARVALHO, Frederico Zeymer Feu de. **O sujeito no discurso: Pêcheux e Lacan**. Belo Horizonte: UFMG. Tese de Doutorado inédita, 2008.

CASTRO, Mara Viana. “A depressão e seus tropeços nos arredores do gozo”. In: RINALDI, Doris; JORGE, Marco Antonio Coutinho (org.). **Verdade, saber e gozo: leituras de O Seminário XVII** de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Marca D’Água, 2002. p. 205-210.

COLETIVO CHUANG. **Contágio social: Coronavírus e a luta de classes microbiológica na China**. Tradução e Apresentação de Amauri Gonzo. São Paulo: Veneta, 2020. (Coleção Baderna).

DI NIZO, Patricia Leal. **Um ensaio sobre o cinismo: distorções e reapropriações performativas nas práticas discursivas contemporâneas**. Tese (doutorado em Linguística). Campinas: Unicamp, 2019.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. [dez. 2015]. “Perspectivismo e psicanálise”. In: **Cult.** v.23 n.253, jan. 2020. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/perspectivismo-e-psicanalise/>

DUNKER, Christian Ingo Lenz. O cérebro e o pensamento. **Natureza Humana** 8(1): 183-210, jan.-jun. 2006.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; PAULON, Clarice Pimentel; MILÁN-RAMOS, Guillermo. **Análise psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas**. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Maladie mentale et psychologie** [1954]. 4 ed. Paris: Quadrige/Presses Universitaires de France, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica** [1963]. Tradução de Roberto Machado. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma, angústia [1926]. In: **Obras completas**, volume 17: O futuro de uma ilusão e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 9-98.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização [1930]. In: **Obras completas**, volume 18: O mal estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos (1930- 1936). São Paulo: Companhia das letras, 2010. pp. 13-123.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

LACAN, Jacques. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano [1960]. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Discours de Jacques Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972 [1972]. In: **Lacan in Italia/Lacan en Italie 1953-1978**. Milan: La Salamandra, 1978. p. 32-55.

LACAN, Jacques.. **Estou falando com as paredes: conversas na capela de Saint-Anne** [1971-1972]. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 16: De um Outro ao outro** [1968-1969]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise** [1969-1970]. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LUNKES, Fernanda Luzia. **O discurso sobre depressão na Revista Veja (1968-2010) em materialidades verbais e não-verbais: o triunfo dos efeitos de sentidos de medicalização.** Tese (doutorado em Estudos de Linguagem). Niterói: UFF, 2014.

NASCIMENTO, Elisa Mara do. **O sintoma em suas relações com a linguagem: o que ler daquilo que se inscreve?** 2019. 86 f. Monografia de conclusão de curso em Linguística - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, 2020 [no prelo].

PÊCHEUX, Michel [1978]. Ousar pensar e ousar se revoltar: ideologia, marxismo, luta de classes. In: **Décalages**, v.1, n.4, p. 1-22, 2015.

PLON, Michel. “Do sujeito em questão”. In: MILÁN-RAMOS, José Guillermo; LEITE, Nina Virgínia Araújo. (orgs.). **Terra-mar: litorais em psicanálise.** Campinas: Mercado de Letras, 2010. p. 49-70.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa. “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III”. In: **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, ano IX, n. 3, set. 2006. p. 460-483.

SOLER, Colette. Um a mais de melancolia. In: QUINET, Antonio (Org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Marca d’Água, 2002. p. 97-114.

VALAS, Patrick. **As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo.** Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2001.

ZUPANČIČ, Alenka. “When surplus enjoyment meets surplus value”. In: CLEMENS, Justin; GRIGG, Russell (orgs.), **Jacques Lacan and the other side of psychoanalysis: Reflections on Seminar XVII.** Durham/Londres: Duke University Press, 2006.



# A Noção de Discurso em Lacan e o Campo da Saúde no Brasil do Século XXI

Rodrigo Pinto Pacheco

## Como abordar um *discurso*?

O significante *discurso* pode ser tomado pelos diversos campos do saber de diferentes formas, constituindo-se, assim, em conceitos distintos. Como abordá-lo?

Michel Foucault e Michel Pechêux, enquanto expoentes da análise do discurso, tomam o conceito de discurso de um certo lugar. Não é intenção com este artigo demonstrar a concepção de cada um deles e suas diferenças. Mas o que se pode perceber é que mesmo para uma abordagem que tenha como ponto de partida a análise dos discursos, isso não é possível sem a articulação do conceito de discurso com conceitos como: ideologia/ideal, posição/lugar, estrutura, enunciado/enunciação, dito/dizer, sujeito e saber, articulados, quase que inevitavelmente, ao campo da linguagem e à ciência linguística.

Como poderá ser percebido com o decorrer deste texto, partir-se-á de uma outra definição de *discurso*, que tem como fundamento a psicanálise e, no que se refere a este termo, o ensino de Jacques Lacan e sua teoria dos discursos. Importante recordar-se, entretanto, que Foucault era interlocutor de Lacan na época em que este último formalizou a teoria dos discursos, estando inclusive presente nos encontros com Lacan em seu *Seminário 17* (LACAN, 2007), na Universidade do Panthéon. Sobre isto, aliás, vale lembrar do profícuo debate entre ambos sobre o tema “O que é um autor?”.

O convite para publicar neste livro veio dos organizadores e respeitados colegas que advém deste fértil campo da linguística e

da análise dos discursos. E em muito interessa essa interlocução para os campos da psicanálise e da linguística!

### **A teoria dos discursos de Lacan**

A análise dos discursos parece apresentar como característica notável a passagem do que se poderia dizer de uma linguística da “frase” para uma linguística do “texto”. Essa mudança no objeto de análise provocou, segundo Gregolin, transformações na ideia classicamente aceita de que a ‘fala’ é individual, assistemática e, portanto, não passível de análise científica (GREGOLIN, 1995). A chave de leitura da análise do discurso francesa, especialmente em Pêcheux, indica entender o texto como uma estrutura que articula diferentes elementos e os mantém num sentido coeso e coerente. O termo *discurso* no ensino de Lacan assume uma outra concepção.

Inicialmente, em seu ensino, Lacan trata o termo *discurso* também como um texto encontrado na fala, ao proclamar o seu retorno à Freud e ao circunscrever a descoberta do inconsciente naquilo que acredita ser o campo freudiano por excelência, ou seja, o campo da linguagem. Naquele momento, *discurso* se referia à conjunção do enunciado com a enunciação, marcando a estrutura psíquica relativa à estrutura da linguagem essencialmente, apesar de não equivaler-las por completo, dado de saída o significante da falta no Outro, primordialmente, neste momento, Outro enquanto tesouro dos significantes. Marcado pelas teorias estruturalistas do discurso – mais especificamente pela proposta da análise do discurso e pelas ideias de Foucault –, Lacan, neste primeiro momento se utilizava do termo discurso para enunciar o inconsciente como o discurso do Outro e o inconsciente estruturado como linguagem.

Ocorre que, com o avançar de sua formalização, a partir do final dos anos 60 e início dos 70, Lacan, já com sua invenção do objeto *a* como causa-do-desejo desde o início dos anos 60, inaugura um outro campo, chamado por ele mesmo de campo lacaniano. A partir da formalização deste novo campo de abordagem lacaniana,



também conhecido como campo do gozo, Lacan desenvolveu sua teoria dos discursos.

Neste momento de seu ensino, o conceito de discurso se eleva a outro patamar. Um discurso, para além de suas palavras e do campo da linguagem no qual ele se insere, torna-se um *discurso sem palavras* (LACAN, 2007). Tendo também como suporte para a formalização de sua teoria dos discursos os três ofícios ditos por Freud (1937) como impossíveis de serem realizados, *governar (e ser governado)*, *educar (e ser educado)* e *psicanalisar*, Lacan também adiciona aí o *fazer desejar*. Ele trata-os como impossíveis, assim como Freud, dada a impossibilidade, em qualquer civilização e ordenamento social, de se aparelhar o gozo ou as pulsões por completo. Um discurso – e aqui vai uma das definições centrais sobre o conceito de *discurso* no ensino de Lacan a partir do campo do gozo –, enquanto *aquilo que faz laço social*, escancara os limites das possibilidades de um ordenamento dos gozos na cultura.

A vertente “homem, lobo do homem”, seguindo Hobbes, ressalta como o ser humano, para saciar no outro sua pulsão de morte erotizada assim como suas formas de gozo, demonstra o que há de mais destrutivo em si: abuso sexual, tortura, assassinato, exploração e qualquer outra forma de segregação, isto sem contar com os fenômenos de auto-agressão, que escancaram as questões levantadas por Freud de uma certa tendência do do funcionamento inconsciente em tomar o próprio eu como objeto. Em seu texto “O mal-estar na civilização” (1930), Freud já apontava a relação dos sujeitos com os outros como causa, não apenas de prazer e satisfação humana, mas também de grande sofrimento. Ele indicou neste texto que a renúncia pulsional causa mal-estar. Parafraseando a peça teatral de Sartre: “o inferno são os outros!”. É o mal-estar presente nos laços sociais. Ou, dito de outra forma, os impossíveis – ditos por Freud e citados acima – que causam mal-estar.

Lacan chamou, assim, os impossíveis de Freud de *discursos*, já que são tecidos e estruturados pela linguagem. *Discurso*, enquanto aquilo que faz e busca fazer laço social, cada um dos discursos de seu modo específico. *Discursos* da dominação (do mestre, do

universitário e do capitalista) e discursos do avesso da dominação (do psicanalista e da histérica) que, mesmo tecidos e estruturados pela linguagem, são, para Lacan, essencialmente *atos sem palavras*, que se apresentam na realidade. A teoria dos discursos lacaniana vem, deste modo, explicitar os modos de tratamento e aparelhamento do gozo com a linguagem, mesmo quando os atos suprimem as palavras. Neste sentido, partindo-se da concepção de estrutura e dos avanços de Lacan em relação a isso, uma importante diferenciação entre palavra e significante se faz aqui necessária. Dizer que o discurso é sem palavras e que ele sempre ultrapassa a palavra, já que esta é sempre ocasional, não exclui que o discurso venha a representar a estrutura significante. Ao instaurar um segundo tempo da teoria da linguagem, a teoria dos quatro discursos em Lacan denuncia, em sua formalização, as consequências da conceitualização do objeto a em seu ensino, como será colocado aqui logo mais.

Na formalização dos discursos em Lacan já se pode notar, conseqüentemente, como a noção de estrutura atravessa seu ensino, mesmo considerando-se que ela vai transmutando com o decorrer dos anos. Largos passos foram dados entre a concepção de estrutura da linguagem e a de estrutura dos discursos, que se pode dizer que foi concluída, se é que foi ali, somente com seu Seminário 20. Poderia se dizer, inclusive, que a noção de estrutura dos discursos apresenta-se como uma importante elaboração psicanalítica da primeira. Mas mesmo que Lacan nos mostre que o ponto de partida para definir clinicamente as estruturas continue sendo a estrutura da linguagem, com sua então concepção de discurso, enquanto modos de ordenamento da linguagem no laço, ele inaugura uma nova reflexão topológica sobre o conceito de estrutura (TEIXEIRA, 2000).

Uma das definições de estrutura, aliás, pode ser aquela que apresenta lugares fixos (agente, verdade, outro e produção) e elementos ou letras (S1, S2, \$ e a) que circulam entre estes lugares. O campo da linguagem, como dito, já havia sido trabalhado por ele através da abordagem pela via do significante e da linguística

estruturalista. S1 (significante mestre), S2 (saber) e \$ (sujeito dividido) já eram elementos presentes em sua formalização, desde lá. Mas, a sua invenção do conceito de objeto *a* possibilitou a articulação deste elemento àqueles com os quais ele já trabalhava. Em sua vertente mais-de-gozar, o objeto *a*, enquanto um excedente, um excesso, passa, assim, a integrar a nova formalização de Lacan, a teoria dos discursos no campo do gozo.

### **a) O objeto *a* como possibilidade de articulação entre o campo da linguagem e o campo do gozo**

A conceitualização do objeto *a* – que aliás aparece como fundamento do ato e do desejo do psicanalista, redimensionando sua estratégia e tática, ou seja, transferência e interpretação – permite a Lacan avançar na definição do que entende por estrutura, que passa a ser tratada, a partir dali, como decorrência da atividade do objeto *a* e da subversão do sujeito, já que a exclusão deste objeto do campo da linguagem constitui não somente este campo, mas também o campo da realidade, por sua exclusão interna, se assim se pode dizer. O campo da linguagem só se sustenta pela própria extração do objeto *a*, o qual fornece o enquadre necessário a este campo (LACAN, 1956). Percebe-se que a conceitualização do objeto *a*, no início dos anos 60, permite que Lacan possa fazer a travessia do campo da linguagem, formalizado nos anos 50, ao campo do gozo, formalizado basicamente no início dos anos 70, de modo a também poder articular ambos os campos, fazendo avançar o seu ensino.

O texto “Função e campo da fala e da linguagem” (LACAN, 1953) abre as portas para o enfático retorno a Freud proposto por Lacan, trazendo, nos fundamentos da linguística, sua clássica definição de *inconsciente estruturado como linguagem*. Essa é a essência da descoberta freudiana, segundo Lacan. Este é o campo freudiano, para ele. Freud não teria tido a oportunidade de ter como interlocutores autores como Saussure, que ajudaram a Lacan ressituar a metapsicologia freudiana na superfície da linguagem, indicando a primazia do significante sobre o significado e na

produção de significação, e possibilitando à psicanálise se (re)posicionar a partir desta sua abordagem pela via do significante. Os próprios processos primários freudianos do inconsciente, aliás, condensação e deslocamento, ganharam novos ares, a partir dos conceitos de metáfora e metonímia, respectivamente. Neste momento, situando-se ainda fundamentalmente pelo campo freudiano da linguagem, a noção de discurso ainda estava, como já citado aqui, diretamente relacionada à fala, enquanto enunciados que passam numa enunciação, estruturados pelos ditos (QUINET, 2006).

Ao trazer sua invenção, o objeto a, num primeiro momento como causa-do-desejo, em seu Seminário 10 sobre *A angústia* (LACAN, 1962-63), Lacan já o situa, ali, como presente tanto na angústia como no desejo. Desde os Seminário 7 sobre *A ética da psicanálise* (LACAN, 1959-60), que é a ética do desejo, e Seminário 8 sobre *A transferência* (LACAN, 1960-61), as noções de *Das Ding*, enquanto a Coisa irrepresentável – retomada desde Freud e articulada por Lacan ao conceito de pulsão de morte, conceito freudiano este, inclusive, diretamente relacionado à noção de gozo no ensino lacaniano –, e de objeto *ágalma* da transferência, aparecem como subsídios para a posterior conceitualização do objeto a, propriamente dito, como aquele que, topologicamente, parece se localizar na extimidade, na torção entre desejo e gozo. É neste momento que algumas condições surgem para que Lacan, alguns anos depois, possa dar um passo além e propor a originalidade de um campo novo inaugurado por ele mesmo, o campo lacaniano do gozo, estruturado por aparelhos de linguagem, enquanto determinantes das relações entre pessoas e do laço social. O objeto a, como será percebido a seguir, aparece como um quarto elemento que possibilita Lacan a matemizar os quatro discursos como tetraedros (com seus quatro lugares equidistantes), no campo do gozo.

Já no campo do gozo, em sua vertente mais-de-gozar, o objeto a parece funcionar como uma resposta de Lacan a Freud para o que já foi colocado como a relação entre as pessoas, como causadora de

sofrimento e mal-estar na civilização. O objeto a, nessa sua nova dimensão, aparece como índice de um excedente de gozo, deste tanto de gozo que deve ser renunciado junto à renúncia da barbárie. Ocorre que, no entanto, este gozo renunciado não somente não encontra abrigo na civilização, de um modo geral, mas também não o encontra na linguagem. Um gozo que sempre escapa, vazando pelo vazio do vaso, transborda, escorre, derrama, isso quando não se desarrima sem rima. Como se fosse uma tentativa de segurá-lo e apreendê-lo como água nas mãos, que inevitavelmente escorrerá entre os dedos, por mais que se tente detê-la.

O gozo também não se deixa reduzir ao sexo, já que nunca pode ser aprisionado inteiramente pelo significante fálico da falta. Mas, como assinalado, isso não quer dizer que o campo que o determina não seja estruturado e estruturante. Isso indica que o campo do gozo, enquanto operatório e conceitual, está estruturado pela linguagem pelos seus aparelhos de tratamento do gozo nos laços sociais, ou seja, pelos *discursos* que constituem a realidade. Qualquer realidade é, assim, uma realidade de discurso, já que os laços sociais instauradores de aparelho de gozo, em sua materialidade significativa, determinam a realidade.

O ser falante se inscreve pelos discursos, é aparelhado por eles. Mas nunca por inteiro. Sempre parcialmente. Neste sentido, que se pode perceber como o conceito de objeto a permite a Lacan articular o campo do gozo ao campo da linguagem, incluindo este último no primeiro. Se o objeto a (causa-do-desejo) funciona como evento causal da linguagem, enquanto resto ou estilhaço de significante, sua outra versão (mais-de-gozar) presentifica a libido nos discursos, como aquilo que faz laço social. O objeto a, heterogêneo ao significante em sua posição de extimidade na estrutura, possibilita à teoria dos quatro discursos em Lacan, enquanto um segundo tempo da teoria da linguagem, a evidenciar a determinante presença da pluralidade dos gozos mais além da causa-do-desejo.

É na *repetição* inconsciente – um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise para Lacan e também trazido por Freud em seu texto “Além do princípio do prazer” (FREUD,

[1920]1980), através do jogo do carretel para elaborar o conceito de pulsão de morte e sua então nova teoria das pulsões –, enquanto repetição significativa, que o inconsciente se estrutura e constitui como uma rede saber, uma teia significativa. O gozo, que se presentifica como traço unário (S1), comemora sua irrupção. Nota-se um funcionamento inconsciente que escancara uma entropia do gozo; um gozo perdido que é recuperado como mais-valia de gozo, formando-se um circuito vicioso de repetição e denotando o objeto a como *mais-de-gozar* (QUINET, 2006).

Baseando-se na dialética do senhor e do escravo, descrita na *Fenomenologia do espírito* de Hegel, Lacan nos diz como o deslocamento de S1 em S2 na cadeia significativa, como repetição, constitui o saber inconsciente enquanto meio de gozo. Nessa mudança de perspectiva, que instaura uma nova economia do gozo, reordenação que escancara uma entropia reguladora de perda, recuperação e excesso, fica evidenciada a impossibilidade de apreensão deste gozo. Fadado a não ser capturado e a inevitavelmente transbordar, instala-se um movimento incessantemente repetitivo.

## **b) Os quatro + um discursos de Lacan**

A escritura dos quatro discursos (do mestre, do universitário, do psicanalista e da histórica) propostos na teoria de Lacan obedecem a certos princípios (TEIXEIRA, 2000).

O primeiro deles é o fato de não ser possível se tomar um discurso como uma série histórica contínua, mas sim enquanto emergência de efeitos significantes a partir da estrutura do discurso do psicanalista, já que é este que, de certa forma, o que possibilita esta emergência.

O segundo princípio, marca que cada discurso tem como condição para sua escritura a progressão ou regressão, por quarto de giro, com os distintos elementos rodiziando-se nos distintos lugares. Isto implica que não existe discurso isolado e que a legitimação de um é resultante da presença dos outros.

O terceiro é exatamente aquele que define o discurso como aquilo que faz laço social, determinado por um prática.

O quarto princípio é propriamente aquele que define estruturalmente quatro lugares fixos (agente, outro, produção e verdade) e quatro elementos (ou letras) que obedecem o segundo princípio da permutação circular. São eles: S1, S2, S e a. Vamos, então, a estes elementos (ou letras).

O S1, como significante-mestre, é representado pela sua qualidade de comando e, portanto, de unicidade. Uma unicidade significante relativa à unicidade do objeto coordenador de gozo, fazendo do comando deste significante um comando de gozo, um imperativo de gozo do supereu. Um outro modo de se compreender o S1 (significante mestre) é enquanto um significante da primeira experiência de satisfação, a qual nunca pode ser retomada de forma plena, tal como indica a noção de objeto perdido na obra freudiana.

Essa impossibilidade parece ser negligenciada pelo eu, visto que o deslocamento significante, representado por S2, é o que permite uma tentativa de construção de uma significação para o campo da linguagem e uma produção de saber possível sobre a verdade não-toda. Este significante, S2 (saber), representa a busca infundável e repetitiva pela suposta primeira experiência de satisfação, busca esta constituinte da própria cadeia de significantes e da produção de saber inconsciente. Repetição, porém, paradoxal, pois traz um gozo que se repete mas que também evidencia a própria falta de gozo (QUINET, 2009).

No que concerne ao \$ (sujeito barrado), lidamos com o que é definido como o irrepresentável. Tal concepção diz respeito ao fato de que não há um significante que esgote a definição do sujeito. Aliás, o sujeito do inconsciente, diferentemente do eu, surge exatamente no intervalo significante, na sua impossibilidade de se fazer representar de um modo que não seja volátil. Na própria definição de significante para Lacan, inclusive, enquanto aquilo que representa (ou tenta representar) o sujeito para outro significante, coloca o sujeito entre significantes. Desse modo, o sujeito está apenas

em relação à cadeia significante. É nesse sentido que Lacan nos expõe que o sujeito “ex-siste”, pois está fora dessa rede de saber. É por definição um sujeito evanescente. Um sujeito que é um significante saltado da cadeia como falta a ser, equivalente à falta de significante que pudesse dizer o que ele realmente é.

O último dos elementos dos quatro discursos a ser abordado é o objeto a. No que se refere ao campo do gozo e à teoria dos quatro discursos, o objeto a é predominantemente denominado, como já trazido aqui, de mais-de-gozar. Representa justamente o excesso do gozo que se perde pelo próprio funcionamento do aparelho psíquico, isto é, o excedente na busca da experiência de satisfação apontada pelo S1.

Em relação aos lugares, tem-se, na parte superior, *agente* (dominante) e *outro* (dominado), separados pela seta que pode ser interpretada como poder de dominação, mas que também traz a impossibilidade deste acesso a dominação do outro por completo. A barra que separa o lugar de *agente* do lugar da *verdade* pode ser tomada como uma barra de recalque, mas representa, fundamentalmente, a interceptação de uma apreensão da verdade em causa no laço social. Indica, deste modo, o representante do discurso, acima da barra, e o representado, abaixo e escamoteado pela barra que sustenta a verdade do discurso. O agente de cada laço (discurso) é agente da verdade para que se produza (lugar da *produção*) algo. Costuma-se dizer, inclusive, que o lugar da *verdade* – enquanto verdade não-toda, enquanto Aletheia definida como des-velamento/re-velamento do real da não existência da proporção sexual, enquanto verdade irmã de gozo (LACAN, 2007) – funciona como mola propulsora da própria estrutura dos discursos, como que um lugar fundante dos outros lugares, propulsor do próprio giro discursivo.

Já a segunda barra dos matemas dos discursos, entre os lugares do *outro* e da *produção*, refere-se ao que este outro deve produzir, enquanto dominado por um certo discurso. Pois no que tange à teoria dos discursos em Lacan, o *agente* é aquele que busca dominar o *outro*. Trata-se daquilo que determina o agir do elemento



que ocupa este lugar, agindo de acordo com a dominante do discurso no qual se insere. Neste sentido, pode-se dizer que, no discurso do mestre o dominante é a *lei* (representada por  $S1$ ); no do universitário é o *saber* ( $S2$ ); no do psicanalista é o *objeto a mais-degozar*; e no da histórica é o *sintoma*, representado pelo sujeito dividido (\$) por este sintoma.

## **Os discursos e as instituições de saúde no Brasil do século XXI**

Como pensar as instituições de saúde do Brasil nos tempos atuais a partir da teoria dos discursos de Lacan? O que e como a formalização desta teoria pode nos ajudar a tentar, primeiramente: a) compreender a realidade dessas instituições e as relações e laços sociais promovidos entre as diversas pessoas que por elas circulam, trabalham, gerem e administram tais serviços? Em segundo lugar, b) em que esta abordagem pode também nos ajudar a construir soluções aos diversos impasses e desafios encontrados nesses espaços? Estas parecem-me ser as questões que devemos tentar responder com este texto.

### **a) O(s) discurso(s) (pre)dominante(s) nas instituições de saúde**

A nossa civilização atual é marcada por um domínio fundamental da ciência. Desde a época do renascimento e da revolução capitalista mercantilista, que marcam uma reviravolta nos laços sociais estruturados até então, a produção de conhecimento sofreu grandes consequências.

Dentro disso, não à toa, Lacan vai buscar em Descartes o marco desta grande subversão humana frente a um mundo e existência já dados, até então, por uma suposta criação divina. A considerável recusa em qualquer autoridade externa *a priori* que garantisse a existência das coisas, a partir do *Discurso do método* de Descartes, coloca em suspensão o saber humano, sobre si e sobre as coisas do mundo, produzido até então. “O que sou eu?”, enquanto marca

fundamental da dúvida cartesiana, inaugura, para Lacan, a invenção do sujeito moderno, que já não mais crê necessariamente nos seus sentidos originários do corpo, que podem ser enganadores, e que já não dizem mais quem é o ser humano de modo satisfatório. Ao duvidar, escancara-se essencialmente o pensamento, que o humano é um ser pensante. E, mais ainda, que este pensamento, inconsciente, divide o sujeito entre o ser e o pensar. Por isso que Lacan vai dizer em *Ciência e verdade* que o sujeito da ciência é o sujeito da psicanálise e esta última só poderia ter surgido – enquanto método de tratamento para o sofrimento humano, e, por que não, do sujeito (dividido) – após este momento.

Pensemos então sobre qual é o discurso, enquanto aquilo que faz laço social e que produz realidade, promovido por esta ciência que surgiu ali no renascimento.

No *Seminário 17*, Lacan apresenta o discurso universitário como o discurso do mestre moderno (LACAN, 2007). Um modo específico de enquadramento do gozo e de tentativa de se colonizar o real pelos aparelhos simbólicos e pelas fórmulas matemáticas (QUINET, 2006). Neste discurso, o saber é o agente dominante e tirânico e trata o outro, dominado, como objeto, denúncia feita também por Foucault.

Isso é percebido e escutado, enquanto realidade discursiva, de maneira intensiva nas instituições de saúde. Um paciente que chega queixando-se de seu sofrimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, tende a mal ser escutado em sua divisão subjetiva, causa estrutural de seu mal-estar. O médico, a grosso modo, enquanto representante do discurso universitário científico e aquele que tudo deve saber, logo oferta uma solução rápida ao sofrimento. Onisciente do sofrimento de seus pacientes, logo responde à demanda na tentativa precipitada de uma solução. Está aí, inclusive, as questões que atravessam nossos tempos, e não é de hoje, em relação ao excessivo e abusivo uso de medicações em nossa sociedade atual, especialmente no que se diz respeito à utilização dos psicotrópicos para o tratamento do mal-estar. Que as drogas são usadas na história da humanidade há muito tempo, isto

é um fato. Mas também é fato que nas sociedades capitalistas, por seus laços específicos que promovem uma competitividade ordenada pelo imperativo do consumo, a relação das pessoas com as drogas, ilícitas ou lícitas (como no caso dos psicotrópicos legalizados para a venda para as grandes empresas laboratoriais), cria problemas muito conhecidos pelos trabalhadores das instituições de saúde e por qualquer sujeito.

A ciência contemporânea, em sua crença universalizante e totalitária frente à ditadura do saber dominador, também crê, assim, em outro ditador: o capital. O excesso de medicalização em nossa cultura atual responde diretamente ao imperativo de gozo pela via do consumo. Os psicotrópicos são essencialmente objetos de consumo nos tempos de hoje, completamente submetidos ao discurso do capitalista, tal como formalizado por Lacan. Inclusive, desdobram-se em outros objetos de consumo, tais como camisetas estampando marcas de conhecidas medicações, como uma insígnia fálica que coloca a pessoa em destaque com seu diferencial de consumo frente aos outros na pólis. Sabe-se, também, que grandes laboratórios de medicamentos financiam muitos eventos e pesquisas na área da saúde, decorando com suas frases de efeito e cores chamativas as publicidades destes eventos e de revistas onde se divulgam tais pesquisas. Alguns contratos de laboratórios de medicamentos com pesquisadores – muitos destes pesquisadores que são trabalhadores de universidades, inclusive – delimitam que pesquisas que não provem a eficácia de determinado medicamento não podem ser publicadas, evidenciando-se uma lógica perversa.

Mas, ainda para além da parceria entre o discurso do universitário e o discurso do capitalista, potencializando os discursos de dominação nas instituições de saúde, temos também as parcerias público privada (PPPs) entre o Estado, subfinanciador galopante do Sistema Único de Saúde (SUS), e as Organizações Sociais de Saúde (OSs). Resultante da lógica ultraliberal, que tenta cada vez mais enxugar os recursos investidos na área da saúde, inclusive de maneira inconstitucional, tais parcerias efetivaram-se como regra para a concentração da renda e da riqueza nas mãos

dos donos do poder e do capital, supostamente acéfalo. “Parcerias” que, longe de se assemelhar a uma relação mutualista, se parecem muito mais com uma relação parasita, na qual o Estado se esvazia de seus recursos, dando-os “na boca” do setor privado, na grande maioria dos casos.

E mais. Percebe-se que desde o final do século passado, muitos desses convênios ou contratos de gestão foram repassados às instituições de cunho religioso, como ocorrido com as Comunidades Terapêuticas. Percebeu-se ampla presença de instituições religiosas na gestão das Comunidades Terapêuticas, como proposta de cuidado à dependência de drogas. As principais formas de recuperação e de reabilitação em muitas dessas instituições são a evangelização e a conversão religiosa. Essas Comunidades Terapêuticas confessionais concebem um modelo de tratamento centrado na oração e na abstinência, modelo este em desacordo com os documentos e diretrizes que regem as políticas públicas de saúde mental. O Estado, supostamente laico, evidenciando de modo explícito e extremamente negligente o impossível de se governar, transfere seus escassos recursos para a Seguridade Social aos representantes do saber divino sobre o humano, àqueles que encarnam o discurso do mestre antigo.

Ocorre que este discurso do mestre antigo também encontrou seus modos de se fazer presente de maneira dominante e concentrando poder, ao fazer sua parceria com o discurso do capitalista na contemporaneidade. Weber, em seu conhecido texto *A ética protestante e o espírito do capitalismo* (1903), já apontava para a relação estreita entre a fé protestante e os modos de produção e relação entre as pessoas na sociedade capitalista. Esta ética protestante modificou princípios da fé católica, passando e desconsiderar, por exemplo e fundamentalmente, o acúmulo de excedente e de capital como algo pecaminoso e em desacordo com os princípios religiosos.

No Brasil, terra e nação onde a fé católica mostrou-se preponderante durante séculos, sentiu-se, de modo mais evidente, os efeitos dessa relação entrópica entre o protestantismo e

capitalismo apenas nas décadas mais recentes. A parceria entre o neoliberalismo e o neopentecostalismo tomou parâmetros não vistos antes por aqui, escancarando a acumulação e concentração excessiva do capital em suas insígnias fálicas, como nos suntuosos e ostensivos templos. A acumulação de capital e do excesso de bens tornaram-se fins explícitos do fiel que busca sua salvação na coletividade dos grandes cultos, que doa parte de seu escasso capital acumulado em troca da promessa de uma acumulação futura mais robusta a curto prazo. Hoje, é possível se perceber, inclusive, uma mudança nos enunciados e enunciações de certa vertente da própria igreja católica – ainda muito popular por essas bandas das Américas Latina –, que parecem ter se aproximado e sugado muitas coisas das estratégias e táticas das igrejas neopentecostais, por exemplo na maneira de conceber seus cultos e santuários.

Historicamente no Brasil, instituições religiosas filantrópicas, especialmente as católicas, estiveram à frente do tratamento e cuidados dedicados à saúde das pessoas que não podiam pagar por isso dentro do sistema capitalista. Com o avanço de uma sociedade capitalista por aqui, percebeu-se que a praticamente ausência do Estado no que se referia às questões epidemiológicas e de saúde pública poderia ser um entrave ao desenvolvimento econômico no país, já que, por exemplo, um trabalhador doente não apenas deixa de produzir e também, portanto, de consumir, como também pode contaminar vários outros que engrossam o caldo da oferta de mão-de-obra excedente necessária a funcionamento do sistema como tal. Observa-se, entretanto, que, nos últimos tempos, a escolhas por um capitalismo neoliberal e por um Estado dominado pelo próprio poder do capital, que suga seus recursos no incessante movimento de concentração de renda, também trouxe para as PPPs (Parcerias Público Privadas) associações de cunho religioso, supostamente sem fins lucrativos. De instituições filantrópicas sustentadas por doações de fiéis, a instituições que recebem verbas e recursos do Estado para prestar serviço pela via de convênios ou contratos de gestão, o discurso religioso, agora em sua parceira com o discurso

do capital, demonstra-se fielmente presente, aproveitando o termo, nas instituições de saúde no Brasil.

Outro ponto importante para as questões levantadas aqui é em relação ao que consideramos os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Percebe-se que o discurso universitário, de um saber que domina e trata o outro como um objeto, movimentado pelo imperativo de produção de saber a qualquer custo, independentemente dos meios e/ou dos fins, parece mais presente, resistente e dominante conforme vamos avançando nos níveis de complexidade da atenção à saúde.

Na atenção primária à saúde (APS), que tem como fundamento e norte a prevenção da doença e a promoção da saúde, noções e princípios como Clínica Ampliada, Integralidade, Apoio Matricial, Plano de Saúde para o Território e Projeto Terapêutico Singular (PTS) mostram-se mais presente no discurso dos profissionais e gestores. De algum modo, isto possibilita um pouco mais a transmissão, inclusive aos pacientes e usuários dos serviços, de um discurso científico que possa privilegiar o sintoma como uma manifestação do sujeito, tal como o faz o discurso da histórica. De alguma forma – a depender também da particularidade do território, da OS e da formação dos profissionais em questão –, na APS é mais notável um discurso que se opõe aos discursos de dominação que suprimem a função do sujeito, entendendo que não existe clínica dessubjetivada e, de um modo geral, se contrapõe à prática normativa enquanto serve de vários senhores, inclusive do capital.

Porém, também é notável os limites desse discurso que se opõe aos discursos de dominação na APS. Observa-se a presença, cada vez mais presente, especialmente na última década, de um discurso sanitário excessivamente protocolar, funcionalista e burocrático, também na APS. Desde a mudança nos documentos norteadores do Ministério da Saúde – que retiraram a importância e protagonismo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto os principais agentes ordenadores da saúde mental no território e que exaltava-os como lugares que encarnam o discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) – percebemos que essa

lógica também tem invadido cada vez mais os próprios CAPS, antes lugar mais potente enquanto agente provocador do saber mestre das neurociências, que chacoalhava o já sabido que toma o outro como objeto já conhecido, manipulável e consumidor de *gadgets* (psicofármacos). Parece que há um retorno mais enfático, especialmente nestes últimos tempos, a um certo sanitarismo de conveniência, a uma redução das problemáticas psicossociais a um quadro de problemas ao mesmo tempo segmentados (cada um com sua especificidade funcional) e integrados, mas em uma suposta integralidade que, longe de opor-se à autonomia funcional, a reafirma, fazendo com que diferentes fatores interajam entre si mas mantenham sua existência fatorial unitária. Como diz Elia (2013):

Aparentemente, a política proposta e praticada pelo Ministério da Saúde apoia os CAPS e amplia sua rede. No entanto, qual é, efetivamente, a verdadeira política que vem sendo implementada? No final de 2011, a Coordenação de Saúde Mental do MS criou a portaria que estabelece a RAPS. De saída, lê-se que ela cria a "rede de atenção psicossocial". Como é que se pode criar uma rede 20 anos depois que ela existe? Estaria esta portaria inventando a roda? Ou o CAPS existiu no Brasil fora de uma rede, quando na verdade a rede é condição estrutural da própria concepção de CAPS, dito, inclusive, seu ordenador? O que pretende esta portaria quando começa pela afirmação de uma mentira histórica, conceitual, institucional e política? Prosseguindo a leitura, vemos que a RAPS situa o CAPS como um tomate numa salada, um item de um elenco de serviços e dispositivos operacionais, no mais rasteiro estilo dos protocolos burocráticos de gestão norte-americanos. Ao tratar da questão da emergência, tema que nos diz respeito nesta mesa, a RAPS se vê estranhamento acompanhada pela RUE ("Rede de Urgência e Emergência"), dentro da qual o CAPS aparece como uma "alínea", a "b", um recurso entre outros, que deverá "acompanhar" as crises dos usuários. Se isso não é a reintrodução de uma lógica assistencial medicocêntrica, que em última instância evoca as práticas manicomiais em situações de crise, e dissocia a

atenção psicossocial (PS de RAPS) da questão da urgência/emergência (UE de RUE), então o que é?

Quanto mais se avança com essa análise para os níveis mais complexos de atenção à saúde, mais se evidencia a presença dos discursos de dominação e das protocolarizações. Na atenção secundária, o discurso que exalta as especialidades fica ainda mais evidente. Tratando o paciente como se seu organismo fosse uma concha de retalhos, destaca-se um saber dominante que fragmenta este organismo a ser estudado e supostamente controlado, como se fosse um território a ser apropriado e dividido em capitânias hereditárias, onde o especialista tivesse o seu domínio concentrado sobre seu pedaço de terra.

Na atenção terciária, com as emergências ou espaços para as internações, a mesma lógica e discursos dominantes são encontrados. Dentre as diversas práticas que mostram isso e tudo o que já se disse até aqui, destacam-se os altíssimos custos com a hotelaria diferenciada dos quartos e serviços nos extravagantes hospitais, para não chamá-los de spa ou resorts de saúde. Obrigam o paciente usuário do serviço ou o próprio Estado – este último repassador de recursos à iniciativa privada das grandes empresas hospitalares através de PPP ou para as empresas que constituem a rede atenção suplementar à saúde, conhecidas como “planos de saúde particular” – a gastarem valores que muitas vezes são maiores que o dinheiro juntado em uma vida inteira, pagos em bens como um carro, ou até uma casa.

Importante também ressaltar aqui como os laços entre os trabalhadores de saúde também são regulados pelos discursos na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os diferentes campos e áreas do saber são convocados, muitas vezes – como nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS ou nas equipes multiprofissionais num hospital a tratar dos pacientes internados –, a se articularem para tentar melhor atender e tratar os pacientes. Neste sentido, o conceito de PTS serviria como excelente instrumento para se dissolver a concentração do poder nas mãos de algum saber específico, privilegiando a construção coletiva nas



discussões de caso e a escuta do sujeito. Ocorre que, com grande frequência, o que se observa é exatamente o oposto. Tal como numa escala de valores de saber e poder, no que se refere aos diversos campos de atuação, o saber médico parece ainda como dominante no trabalho em equipe e/ou na rede de saúde. Pode-se pensar que, talvez, de um modo geral, isso seria menos notório nas relações entre os profissionais de uma equipe de ESF do que em uma equipe multiprofissional de hospital. Mas nem sempre.

Discurso do capitalista, discurso do universitário (mestre moderno) e discurso do mestre (antigo). Dois discursos mais um outro – já que este “outro”, o discurso do capitalista, pode ser considerado uma versão do discurso do mestre – que formam uma tríade discursiva, nas instituições de saúde, representante de uma ideologia dominante em nossa sociedade e cultura atuais e que atravessam de modo inevitável e muito presente os diferentes níveis de atenção à saúde na pólis (cidade dos discursos) e as relações e laços que se constroem por lá.

## **b) Como superar os impasses e desafios frente à ordenação dos laços sociais na área da saúde?**

*“A política não se situa no pólo oposto ao de nossa vida. Desejamos ou não, ela permeia nossa existência, insinuando-se nos espaços mais íntimos”.* Esta frase de Angela Davis escancara algo daquilo que é estrutural do sujeito frente ao laço social e na sua relação com a pólis. Somos um animal político! As questões referentes a como governar as vidas na cidade atravessaram e atravessam as diferentes épocas de nossa história de modo fundamental. Colocado por Freud como um de seus impossíveis, o governar foi retomado no campo laciano pela formalização dos discursos, como já dissemos.

Falar no que é relativo ao impossível pela via do estrutural, entretanto, não significa, em hipótese alguma, marcar um recuo do psicanalista frente a qualquer impossível. Pois se fosse assim, poderia retroceder também o psicanalista em mais um impossível freudiano, o psicanalisar. Sabe-se, inclusive – pela própria

formalização do fim de análise trazida por Lacan e os avanços que ele trouxe a esta questão central dentro de sua proposta para uma Escola de psicanálise – que certa posição frente à impossibilidade estrutural pode levar o sujeito a uma saída cínica em seu final.

Frente ao mal-estar na civilização e ao impossível dos discursos de mestria, Lacan propõe aos psicanalistas “*dispersos disparatados*”, um a um, um laço possível numa Escola de Psicanálise. Laço este que se pretende como alternativa ao cinismo frente ao desamparo estrutural e ao real, fundado numa lógica coletiva e não em uma psicologia de massas. Agora, quando e como deve um coletivo de “*dispersos disparatados*” se posicionar frente a questões fundamentais na e da pólis, tal como no que se refere à possível articulação do discurso do psicanalista com os outros discursos que se atravessam na área da saúde? Como o discurso do psicanalista e sua ética específica podem se fazer presentes e se tornarem ativos numa possível reorganização dos laços em uma instituição de saúde ou no próprio *modus operandi* deste campo de uma forma geral?

Tal como a estrutura topológica do inconsciente, um psicanalista em uma instituição de saúde também marca sua extraterritorialidade. No atravessamento dos discursos nas cidades, o psicanalista não consegue e não pode ficar alheio: não totalmente dentro, mas também não fora; moebiano. Cada psicanalista deve ter sua posição singular e particular, mas não isolado somente. Sempre que um discurso totalitário for na direção de um apagamento do sujeito – sujeito este responsável pelas suas escolhas e que deve saber, mesmo que através de uma verdade mentirosa, da dor e da delícia de ser o que é – pode um psicanalista responder a algo, com as diversas formas que podem assumir estas suas respostas, inclusive o silêncio. Uma resposta, entretanto, que não responde à demanda e permite furar o saber pressuposto sobre um caso, sobre um paciente, sobre um sintoma, mobilizando o circuito do desejo nos diversos sujeitos do inconsciente, sejam eles os próprios pacientes, os profissionais, gestores ou os responsáveis

pela construção das inúmeras normas e diretrizes que compõe as políticas públicas em saúde o Sistema Único de Saúde (SUS).

Frente ao atravessamento dos discursos de dominação na área da saúde, um psicanalista pode estar em um lugar privilegiado, com seu discurso próprio, avesso ao discurso de dominação do mestre. Mas ao poder propiciar um giro discursivo no outro pela estrutura do laço que propõe, pode também se posicionar a partir do discurso da histórica na busca por movimentar e instaurar uma retificação subjetiva no outro, enquanto sujeito que reivindica sua posição própria no laço e se move contra os discursos do mestre, do universitário ou do capitalista, que buscam fazer triunfar não somente a religião, mas também o racismo, a misoginia, a homofobia, a exploração econômica ou qualquer forma de segregação. Lugar que tem uma direção, a partir da ética do desejo, do bem-dizer, de uma política do sintoma, da falta, do real. Como diz Lacan no Seminário 14: "*O inconsciente é a política!*". Como pode o psicanalista tomar o discurso histórico, também avesso ao discurso da dominação, como parceiro dentro das quatro paredes de seu consultório e não o pode fazê-lo em outros territórios da pólis? Em seus Seminários, não era através deste discurso, do lugar de analisante, que Lacan dava fala a sua voz?

A regulação do gozo no laço social é inevitável, isto é sabido. Mas entendo que nós, psicanalistas, em nossa lógica coletiva, devemos marcar os limites entre os modos distintos de se regular o gozo, utilizando os significantes que nos cabem e nos posicionando frente a sociedade quando estas bordas ultrapassam certa ética que nos é fundamental.

Logicamente, sabemos que o sujeito do inconsciente não coincide, de forma alguma, com o cidadão de direitos. Nós, psicanalistas, estamos mais do que advertidos quanto a isto, inclusive produzindo extenso e denso material nos diversos espaços em que estamos presentes, seja na universidade, nos Fóruns e Escola de psicanálise ou em outras instituições e coletivos. Devemos, aliás, nos pronunciar também quanto a isto. Não podemos negar, entretanto, que o sujeito que reivindica seus

direitos seja nosso parceiro rumo a um laço que possa ir numa direção subversiva em relação ao Outro. Existe, assim, uma solidariedade entre os discursos do psicanalista e da histórica. Como pode se pronunciar um psicanalista na pólis sem, todavia, deixar de tomar como parceiro estes sujeitos que reivindicam seus lugares perante certos discursos de mestria que são totalitários? Responder a esta questão não parece ser algo simples, mas não podemos deixá-la de lado.

O mundo caminhou na direção de uma formação social e no regimento de suas leis a partir do que consideramos hoje por Estado Democrático de Direito. Estado, já que marca a regulamentação social e a governança baseado num discurso do mestre, inevitavelmente. Mas não qualquer discurso do mestre. Um discurso que garante aquilo que denominamos de *universalidade*. Uma *universalidade* que deve existir não para supostamente “massificar” os sujeitos e tratá-los como boiada, como dizem alguns. Mas ao contrário, para que a *universalidade* dos direitos garanta a qualquer sujeito as possibilidades das diferenças radicais de existência.

Está aí um dos princípios básicos do SUS, o de acesso universal, fundamentado na própria letra de sua construção enquanto sistema único (universal) descentralizado, com suas raízes no processo de (re)democratização do Brasil, na Constituição de 1988, nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, que tiveram como importantes protagonistas a própria sociedade civil e particularmente o trabalhadores de saúde, levantando-se a bandeira de um discurso da histórica que reivindica os direitos à saúde do cidadão, direitos estes que tratam o cidadão também como responsável pelos seus sofrimentos e sintomas, mas com empoderamento para transformá-lo, no laço com os trabalhadores e instituições de saúde, se assim o quiserem.

Entendo que, assim como não se pode equivaler formas distintas de Estado, também não se pode fazê-lo com as distintas formas de democracia. Neste sentido, me parece que uma democracia que caminhe cada vez mais para se tornar menos

*representativa* e mais *participativa* vai na mesma direção que temos enquanto psicanalistas, rumo a um sujeito que possa cada vez mais se dar conta de sua alienação, que lhe é estrutural, e se responsabilizar por suas escolhas possíveis frente ao impossível, também estrutural.

Uma democracia mais *participativa* pode possibilitar uma maior *descentralização* do poder sobre as decisões e escolhas do rumo que o ser humano tomará no laço social e na construção do mundo que quer para si, convocando a sociedade civil a se posicionar com os instrumentos políticos como referendos, plebiscitos, orçamentos participativos ou a escolher sua reforma política. Mais do que isso, uma *descentralização* das decisões nas mãos somente dos gestores e profissionais de saúde, colocando o próprio sujeito – com seus sintomas, particularidades de sofrimento e formas de gozo – no centro e *co-responsável* (outro conceito do SUS) do PTS construído para ele e também por ele. O sujeito no lugar do *agente*, tal como indica o discurso da histórica. Aliás, sobre isso vale lembrar que uma outra que Lacan se utilizou para definir a noção de sintoma foi o modo singular do sujeito fazer laço social.

A *descentralização* deve estar na base do Estado Democrático de Direito, do SUS e de outro de seus princípios e diretrizes, a *participação social*. Princípios e diretrizes de um Estado Democrático de Direito – preconizados pela Constituição de 1988 no Brasil – que parecem poder se tornar parceiros da própria política que está no princípio da psicanálise, enquanto causa e enquanto o que causa o sujeito, da sua diretriz fundamental, em relação ao que se compreende como a direção da cura numa análise, e, portanto, do próprio discurso do psicanalista. Certamente, uma democracia mais *participativa* tem seus limites práticos. Dá mais trabalho e pode ser mais lenta. Mas como garantir uma verdadeira *representatividade* do Congresso brasileiro, para tomar aqui exemplos recentes, constituídos essencialmente por homens brancos, misóginos e da elite social e econômica para decidirem sobre as leis do aborto?

O que se percebe nos Em nossos Fóruns e Escola (Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano), nunca recuamos em

relação aos dispositivos, se é que os posso chamar assim, que exaltam as decisões tomadas pelo coletivo de um modo mais participativo. Vide nossas demoradas e importantes assembleias, seja, nos níveis locais, nacionais ou internacionais. Nossa direção quanto a isto parece bem clara. Por que deveria um psicanalista em uma instituição de saúde então se eximir de discutir questões mais amplas da política na pólis, como, por exemplo, estando presente na composição das construções coletivas das diversas instâncias das Conferências de Saúde – local, municipal, estadual e nacional – , se nem Freud nem Lacan o fizeram? Seria pela percepção de que esses espaços que são reservados à *participação social* – nas quais os profissionais de saúde e a sociedade civil teriam voz e poder de transformação social – transbordam um sucateamento da construção coletiva, já que tudo o que se escreve ali vira pó, não se efetiva na prática do Estado? Fato é que este boicote, que os donos do poder e do governar são protagonistas, ocorre “a rodo”. Tanto trabalho nesses espaços, para nada efetivado. Uma negação completa desses espaços, que servem apenas como semblante de autonomia frente ao que está escrito na letra do SUS. Mas ficaremos paralisados frente a isso?

No mundo, de uma forma geral, mas mais especificamente nas periferias do capitalismo, como na América Latina, os *representantes* dos três poderes, em sua grande maioria, representam mais o capital que financiou suas campanhas do que a população que dirigiu seu voto ali onde se achou *representada*. Os donos do capital, cada vez mais *concentrado* nas mãos de poucos, como demonstram pesquisas recentes de economistas e cientistas sociais como Thomas Piketty, se aperfeiçoam nos modos de *centralizar*, dominar e alienar a população, já alienada em sua estrutura inconsciente. Capital, este, supostamente acéfalo e desencarnado, num panóptico que dificulta aquele que devia estar no centro da pólis, o cidadão posicionado no discurso da histórica, identificar as forças em jogo que o determinam. Sem um rei absolutista ou a encarnação do dono da fábrica, fica difícil saber contra quem se revoltar. Mas há de haver alguém para se cortar a cabeça, diria o discurso do

mestre enquanto o discurso do inconsciente! O impeachment de Dilma Rousseff, a prisão de Lula ou o assassinato covarde de Marielle Franco, nossa Angela Davis, estão aí para provar isto. E há de haver, para uma certa ideologia dominante, um novo salvador da pátria, agora já sem necessariamente os limites claros do território de um Estado-Nação, para se tornar um herói, a exemplificar o avanço das diversas formas discursivas autoritárias de dominação sobre o outro. Mas o Estado-Nação ainda se faz presente nos tempos atuais, mesmo que o para escamotear o seu domínio, quase que por completo, pelos donos do poder e do Capital. A eleição de líderes autoritários da extrema-direita em diversos cantos do planeta, neste nosso angustiante tempo atual, e suas parcerias com os representantes do ultraliberalismo, tal como demonstra a parceria de Jair Bolsonaro, representante, no poder executivo, da chamada Bancada da Bíblia no Congresso Nacional, com Paulo Guedes, representante do mercado financeiro transnacional aqui por essas bandas, exemplificam isso.

No Brasil, claramente, desde ao menos, mais intensificamente, o ano de 2016 para cá, vivemos uma drástica queda do Estado Democrático de Direito. Nossos *representantes* do poder judiciário, policial e militar ganharam status de heróis nacionais, em uma parceria cruel e desleal com nossa mídia *representante* dos poderes do Capital. Ressaltaram-se da auto regulação dos três poderes, tal como o Um total e absoluto. Como sabemos, porém, o mal estar só aumentou nestes últimos tempos. Com diria Caetano Veloso, “*alguma coisa está fora da ordem, fora da Nova Ordem Mundial*”, mesmo após a queda do Muro de Berlim e da dissolução da antiga URSS. O totalitarismo do Estado *centralizado* e a-nacional do Capital desterritorializado e acéfalo não trouxe mais bem-estar do que o Estado Socialista totalitário stalinista. Bem-estar, cada vez mais somente para uma classe cada vez mais restrita.

A noção de discurso em Lacan nos mostra exatamente a impossibilidade de aparelhamento completo do gozo nos laços sociais. Sempre haverá algo “fora da ordem”, da ordenação de qualquer proposta de laço. Mas um fora que também é dentro, de

modo moebiano. Enquanto humanos enlaçados em uma civilização, assim, sempre viveremos um mal-estar frente a isso, dada a própria estrutura do inconsciente e do que fundamenta a relação entre nós. Como psicanalistas e cidadãos, entretanto, – sem que precisemos separar essas duas dimensões desses sujeitos – somos avessos ao caminhar de um mundo que ruma cada vez mais para a barbárie. A interpretação e o ato sempre poderão ser nossas armas contra isso. Mas como utilizá-las, enquanto psicanalistas inseridos no campo da saúde, após todas (e não-todas!) essas reflexões? Deixo essa pergunta com vocês.

## Referências

ELIA, Luciano. **Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva**. Trabalho apresentado no II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade, realizado no Centro de Convenções Rebouças, São Paulo, de 19 a 22 de setembro de 2013, na Mesa 5 do Colóquio, de título homônimo ao do presente trabalho. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/65942-centro-de-atencao-psicossocial-como-dispositivo-de-atencao-a-crise-em-defesa-de-uma-certa-infelicidade-inventiva/>. Acesso em 04 de maio de 2021.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2019.

FREUD, Sigmund “Análise terminável e interminável” (1937). In: **Obras completas de Sigmund Freud**. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GREGOLIN, Maria do Rosário de Fátima Valencise. A análise do discurso: conceitos e aplicações. **Alfa**, São Paulo, 39: 13-21, 1995.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.



LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise** (1959-1960). Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 8: A transferência** (1960-61). Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 10: A angústia** (1962-63). Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise** (1969-1970). Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 20: Mais, ainda** (1972-73). Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

LACAN, Jacques. **A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

SOLER, Colette. **Les discours-écran (Os discursos tela)**, 1998. Disponível em: [https://antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id\\_articulo=672](https://antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id_articulo=672). Acesso em 03 Novembro 2018.

TEIXEIRA, Maria Angélica. O discurso do psicanalista: topologia e clínica. In: **Stylus 5** – revista de psicanálise. Belo Horizonte: Associação dos Fóruns do Campo Lacaniano, 2000.



## **Parte II**

# **Práticas de Nomeação na Saúde e Modos de Subjetivação**



## Diagnóstico, discurso e nomeação

*Fernando Hartmann*

As transformações sociais decorrentes dos novos modos de produção, circulação e troca de mercadorias, informações, saberes pertencentes ao mundo contemporâneo, alteram a maneira de lidar com o sofrimento psíquico. Alguns psicanalistas se referem a uma nova economia psíquica, como Charles Melman (2003) no livro “O homem sem gravidade” ou Jean-Pierre Lebrun (2007) em “La perversion ordinaire”, onde o autor se refere à possibilidade de vivermos juntos, mas sem o outro. O filósofo Dany-Robert Dufour (2005) em “A arte de reduzir cabeças” aponta para uma revolução cultural liberal que desenvolve um processo de dessimbolização. As relações humanas estão mais rápidas e superficiais, mais líquidas como se refere Zygmund Bauman nos livros “Globalização – As consequências humanas” (1999) e “Modernidade Líquida” (2001). Essas mudanças sociais, ligadas ao avanço do neoliberalismo, alteraram a forma como o sofrimento psíquico é nomeado, classificado e tratado.

Na tentativa de criar um discurso homogêneo e dominante, relativo à classificação das doenças mentais, foram criados manuais de diagnósticos com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde. Entre eles destaca-se o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que teve sua primeira publicação em 1952 com o objetivo de unificar a nomenclatura das doenças mentais. O DSM foi modificando ao longo dos anos, passando de um modelo estrutural para um agrupamento de diferenças sustentado por uma prática de nomeação e classificação. A psicanálise americana, que era bastante presente nos primeiros DSMs, até o terceiro especificamente, desaparece, levando consigo as categorias de neurose e psicose. Após esta mudança epistemológica o número de

transtornos mentais diagnosticáveis aumentou vertiginosamente. Na primeira versão do DSM, o número de distúrbios classificados pelo manual era de 112, na segunda versão, em 1968, passa para 178, na terceira versão, o DSM-III contabiliza 259 distúrbios mentais, para então chegarmos, na década de 90, ao DSM-IV catalogando o incrível número de 374 distúrbios mentais. O DSM-5, que está em uso atualmente, classifica 450 transtornos mentais. O DSM é a base utilizada pelo CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde), sendo esta a diagnóstica utilizada na maioria dos hospitais, clínicas, consultórios públicos ou privados do Brasil. A prática de nomeação e classificação do sofrimento mental reflete a forma como a sociedade lida com as suas vulnerabilidades bem como as possibilidades de tratamento destas.

No lugar do que seria freudianamente neurose, psicose e perversão, hoje, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5ª edição (DSM-5, 2014)<sup>1</sup>, organizado pela American Psychiatric Association, encontramos uma extensa série de nomeações de subjetividades consideradas transtornos mentais: espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno bipolar, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade (fobias, ataque de pânico), transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos relacionados a trauma e a estressores, transtornos dissociativos (dissociativo de identidade, amnésia dissociativa, despersonalização), transtorno de sintomas somáticos (convulsões, deglutição, fala, paralisia), transtornos alimentares (anorexia, bulimia, compulsão), transtornos da eliminação (enurese, ecuprese), transtorno do sono-vigília (insônia, hipersonolência), disfunções sexuais (ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do interesse, excitação sexual feminina, transtorno da dor gênito-

---

<sup>1</sup> Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição. American Psychiatric Association. Ed. Artemed. Trad. Maria Inês Correa Nascimento, Porto Alegre, 2014.

pêlvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação precoce) disforia de gênero, transtornos disruptivos do controle de impulsos e da conduta (transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente, personalidade antissocial, piromania, cleptomania), transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos (álcool, cafeína, cannabis, alucinógenos, opioides, ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anfetamina, cocaína, tabaco), transtornos neurocognitivos (delírio), transtornos de personalidade (paranoíde, esquizoide, esquizotípica, antissocial, borderline, histriônica, narcísica, evitativa, dependente, obsessivo-compulsiva), transtornos parafilicos (masoquismo, sadismo, fetichismo, pedofilia, tranvêstico, exibicionista, voyerista ), transtornos mentais não especificados.

Esta extensa lista segue com outros transtornos que podem ser foco da atenção clínica, segundo o DSM-5, cada qual com seu código correspondente: problemas de relacionamento (educação familiar – problemas com os pais, com irmãos, luto sem complicações), abuso e negligência, maus tratos, negligência de cônjuge ou parceiro, problemas educacionais ou profissionais, problemas de moradia e econômicos, ambiente social, crimes, psicossociais, história pessoal (preparação militar, estilo de vida - alimentar, sexual, exercícios físicos), desentendimento com vizinho ou locatário, problemas com a religião e assim segue o que poderíamos chamar de um grande inventário da subjetividade.

Como podemos verificar, trata-se de uma prática de nomeação que constitui uma determinada realidade, a partir de discursos que procuram uma estabilidade e dominância. Este conjunto de sintomas, de comportamentos, de modos de vida, que dizem respeito à sexualidade, sociabilidade, alimentação, necessidades fisiológicas, habitação, economia, consumismo, estilo de vida, etc. são listados como se fossem transparentes, na relação objeto e representação do objeto, como se não refletissem uma posição social e política, fruto de concepções de mundo determinadas

historicamente, resultado de embates e escolhas teóricas que refletem paradigmas políticos e econômicos.

Freud<sup>2</sup> (1905), em um artigo intitulado “Tratamento psíquico – tratamento da alma”, afirma que as palavras são mágicas e que o tratamento psíquico é o tratamento da alma pela alma. A alma é o vazio do corpo, a própria subjetividade no sentido de que a alma depende da magia da palavra, que é, em si, a presença na ausência ou a ausência na presença. Toda palavra carrega consigo a divisão subjetiva refletida no sujeito da enunciação e sujeito do enunciado. A palavra é sempre social, política, histórica; ela não é biológica ou química. Nos manuais diagnósticos de transtornos mentais o que fazemos é uma tentativa de interpretar o que seria a alma humana. A interpretação da alma através das palavras cria, por assim dizer, uma segunda alma. Então, temos duas almas: a alma em si e a alma que é fruto da interpretação. Uma deriva da outra, mas elas não são a mesma coisa. A interpretação pode gerar uma alma completamente diversa da alma em si, assim como a palavra é por excelência aquilo que ela não é, no sentido do que ela representa. A alma representada carrega em si a potencialidade de não ser aquilo que ela representa. Vamos propor, neste texto, ligar a alma ao ato de enunciação, o que faz uma língua ser viva, e o sujeito do enunciado ao mundo representante e à representação, partindo dos transtornos mentais listados nos manuais.

Nós somente conseguimos interpretar um sintoma, fenômeno ou comportamento, utilizando a palavra, mas não basta uma palavra sozinha, ela precisa, necessariamente, estar estruturada em forma de discurso ligada a outras palavras, ou seja, estar no social fazendo parte da cultura de uma determinada época, circunscrita em limites geográficos, linguísticos, temporais, históricos. O que possibilita a interpretação e a leitura é, então, o discurso e o que nós lemos, não é aquilo que está lá, a coisa em si, mas a representação dessa coisa que

---

<sup>2</sup> Este texto de Sigmund Freud “Psychische Behandlung (seelenbehandlung)” foi introduzido nas obras completas por James Strachey como sendo de 1905, porém depois se verificou que se trata de um texto de 1890.



pode ser apresentada de diferentes formas, como nos mostra a topologia lacaniana, um objeto pode ter várias apresentações (LACAN, 1978). As representações são de outra ordem. Existe, portanto, uma distância entre a coisa em si e a representação desta coisa. Esta distância é capital para a subjetividade. Em uma palavra nós podemos ter: 1) as letras, a forma como ela é organizada, estruturada, ou seja, o simbólico; 2) o sentido que esta palavra pode suportar, o seu significado em uma determinada comunidade, que se refere ao imaginário; 3) e o equívoco de que a palavra não encerra nem o que é a coisa em si e nem o que ela significa, o que seria da ordem do real (HARTMANN, 2012a).

Aqui, estamos diante da possibilidade de uma diagnóstica e, ao mesmo tempo, de uma impossibilidade diagnóstica, pois, ao interpretar, sempre levaremos para mais adiante a diagnóstica que estamos construindo no momento da interpretação. Como diria Lacan (1998), não existe metalinguagem. Neste sentido, a estrutura, em termos de teoria lacaniana, não tem como ser pensada fora de uma dialética. O conceito de sujeito dividido, sujeito do desejo, diz justamente que aquele que faz um diagnóstico, necessariamente, faz parte do diagnóstico que ele está realizando. Como bem ponderava Freud, quando Pedro fala de Paulo sei mais de Pedro do que de Paulo.

A medida do sofrimento é dada pelo social na relação entre mal-estar e sintoma (DUNKER, 2015). A definição se algo é sofrimento ou não está na cultura, na relação com os outros. Segundo Freud (1974), um trauma somente é trauma no segundo momento, não quando ele acontece, pois ele precisa ser interpretado por uma língua, de acordo com uma determinada cultura, para virar um trauma. O que é considerado sofrimento para um índio e o que é sofrimento para um homem vivendo em uma grande cidade não são da mesma ordem. Para Freud, o sintoma é uma defesa ao sofrimento: a transformação do sofrimento em metáfora e assim voltamos à magia das palavras. Quando o sintoma deixa de ter a sua potência de metáfora, quando ele passa a ser objetivado e quantificado, ele deixa também de ter relação com o mal-estar que o gerou, com a subjetividade que resiste ao sofrimento. Nesta lógica, o sujeito do desejo, que se liga ao sujeito da enunciação, é o que no humano resiste a um mundo sem metáfora, sem

invenção, sem poesia. A depressão resiste à oferta de tantos objetos de prazer, ao gozo sem limites proposto pela modernidade líquida. A anorexia resiste à alimentação sem necessidade, rápida e sem gosto. A toxicomania resiste ao produtivismo desenfreado do capitalismo. A psicose resiste à ilusão de um mundo perfeito. A angústia resiste ao desaparecimento do sujeito da enunciação. Estas resistências nos levam a sustentar que o sujeito não é um objeto (HARTMANN, 2012b) e que não podemos fazer um inventário da subjetividade, assim como o faz o DSM-5, sem o risco de entregar a alma ao demônio como fez Fausto na novela escrita no início da revolução industrial por Goethe<sup>3</sup>.

Segundo German Berrios (2015, p. 25), “a correta compreensão dos transtornos mentais deve estar baseada tanto em um estudo de sua epistemologia – como eles são construídos, capturados, conhecidos, etc.- e de sua ontologia – como eles são definidos, do que eles são constituídos, qual é sua estrutura”. Este autor (2015, p. 9) destaca que o engano a que somos submetidos é a crença de que:

A realidade é constante e conhecida; a linguagem da ciência é capaz de retratar a realidade exatamente como ela é; a correspondência entre as duas constitui uma base epistemológica adequada para a crença, a certeza e a verdade; o conhecimento é progressivo e sua acumulação nos coloca cada vez mais próximos da “verdade” do mundo; os conceitos são ferramentas que auxiliam de uma forma imparcial na organização cognitiva do mundo; e as ideias sociais e culturais são independentes do conhecimento gerado pelas ciências.

O engano de tomarmos a representação do mundo pelo mundo de fato é debatido por diversos autores contemporâneos que criticam as classificações psicopatológicas dominantes, cujo carro chefe é o DSM-5. Além de German Berrios (2015)<sup>4</sup>, temos Marcel Gauchet (1992), Roland Gori (2010), Michel Minard (2013), Maurice Corcos (2011), Patrick Landman (2015), Christian Dunker (2015), Michele Kamers,

---

<sup>3</sup> Conforme trabalho que apresentamos no VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 8 -11 de setembro de 2016.

<sup>4</sup> Um livro indispensável sobre a construção epistemológica dos diagnósticos.

Rosa Maria Mariotto e Rinaldo Voltolini (2015). A questão principal é que os sintomas necessitam ser nomeados para terem existência no mundo e, neste sentido, precisamos primeiramente entender o que é um ato de nomeação. Partimos do pressuposto de que o ato de nomear, além de uma visão taxinomista das relações entre as palavras isoladas e as coisas, é uma prática discursiva.

Ao sairmos da arbitrariedade do mito de Adão nomeando as coisas do mundo, entramos no campo da nomeação pelos discursos, onde necessariamente encontraremos modalizações, metáforas, perífrases, até mesmo porque quando uma palavra recebe uma significação, ela precisa afastar a ambiguidade e a polissemia inerentes ao uso da língua. O ato de nomear, por mais que pareça algo banal, é uma atividade muito complexa, presa entre a dinâmica das práticas e as formações discursivas, entre a experiência do mundo e a construção dos objetos de discurso. A nomeação pode ser um ato de batismo. O ato de nomear pode ser ao mesmo tempo efêmero e carregado de memória, pode durar dias ou séculos. A relação da linguagem com o mundo é constitutiva do processo semiótico e as designações descritivas visadas pelo discurso são transitórias. As palavras não são etiquetas penduradas no referente. Propomos, aqui, empregar o termo nomeação em uma perspectiva o mais longe possível de uma visão taxinomista das relações entre palavras isoladas e os fenômenos. A análise semântica é inseparável de uma análise de discurso, porque é somente no *corpus* construído que podemos observar os traços reais da atividade de nomeação e mostrar que essa atividade serve menos para designar fragmentos da realidade do que os nomear em função das experiências sociais e práticas políticas.

Nomear no discurso é frequentemente empregar figuras de linguagem como perífrases e anáforas, pois é seguidamente em relação a outros termos do enunciado que a palavra recebe uma designação que afasta a polissemia. Além disso, a referência é sempre uma atividade projetiva: o locutor constrói o referente e isso é especialmente evidente em alguns discursos como o publicitário, religioso, político, psicótico, mas não somente, todo

discurso que visa a padronização, assim como nas normas e manuais, tende a construir o referente de forma projetiva. Observar o processo de nomeação é também estudar a maneira como os manuais contextualizam as unidades classificadoras das quais eles tratam. Essa observação implica levar em consideração o sentido refletido pelo ambiente textual, interdiscursivo, contexto, comunicacional, no seio do qual a atualização produz o sentido registrado. Neste aspecto é necessário insistir nas funções culturais, identitárias e políticas que fazem das nomeações nos manuais diagnósticos de transtornos mentais recursos privilegiados para estabilização e manutenção de posições ideológicas fechadas.

O DSM define que

[...] os critérios diagnósticos identificam sintomas, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, sinais físicos, combinações de síndromes e durações, exigindo perícia clínica para diferenciá-los das variações normais da vida e de respostas transitórias ao estresse (DSM-5, 2014, p. 5).

O manual diagnóstico designa o nome e o número do transtorno mental conforme sua classificação; a forma de nomeação é a listagem de características ou critérios diagnósticos observáveis nos indivíduos, levando em consideração questões relativas à cultura e ao gênero e, o que é muito importante, uma longa lista de diagnósticos diferenciais que deixa evidente a necessidade de afastar outras possibilidades de construção de sentidos. Obviamente, a construção do significado do sintoma ou comportamento exposto no manual trabalha na construção do referente que será o transtorno mental assim classificado.

Os transtornos mentais no DSM-5 são definidos

[...] em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares. [...] A avaliação diagnóstica deve considerar se as experiências, os sintomas e os comportamentos diferem das normas socioculturais e conduzem dificuldade de adaptação nas culturas de origem e em contextos sociais ou familiares específicos (DSM-5, 2014, p. 14).

Mas como fazer esta diferenciação desconsiderando-se a época, o contexto, a cultura, enfim, as condições de produção da formação discursiva que gera o diagnóstico? O DSM-5 diz para prestarmos atenção na cultura e gênero do paciente, mas e a cultura, história de quem escreveu o manual, como se as suas formulações fossem neutras, onde a encontramos? Podemos verificar junto ao DSM-5 a inclusão de aspectos culturais, genéticos, estatísticos como uma forma de aliviar o viés ideológico de quem escreveu o DSM-5, mas, justamente devido a esta intenção, fica evidente o esquecimento, apagamento da cultura, contexto e história que permitem vislumbrar a formação discursiva daqueles que escreveram o manual.

De fato, as questões culturais e de gênero descritas no manual são apenas informações de que podem existir diferenças, nada específico, e quando trazem algum dado, é sempre sem referência de origem: não consta qual é a revista onde foi publicada a pesquisa, quais foram os autores, em que local e data ela foi realizada. Essa falta de referência impossibilita o resgate histórico e contextual do dado. Tudo se apresenta como se não existisse sujeito da enunciação; o dado simplesmente é tido como o próprio real, ocorrendo o apagamento da diferença entre o mundo em si e a representação do mundo. O manual afirma que “nas duas últimas décadas, desde o lançamento do DSM-IV, testemunhamos um progresso real e duradouro em áreas como neurociência cognitiva, neuroimagem, epidemiologia e genética” (DSM-5, 2014, p. 5). Certamente, tivemos avanços nessas áreas, mas elas não estão referenciadas no manual, não existe relação com os diagnósticos, assim como não estão referenciadas as estatísticas. Como define o manual “deve-se enfatizar que esses critérios diagnósticos e suas relações dentro da classificação baseiam-se em pesquisas atuais e podem sofrer a necessidade de modificação com o surgimento de novas pesquisas tanto dentro quanto entre o domínio dos transtornos propostos (DSM-5, 2014, p. 11)”. A questão primordial é que essas pesquisas científicas, baseadas em estatísticas, genética ou neurociência não estão descritas, referenciadas no DSM-5. O manual simplesmente informa que está baseado na pesquisa, mas

não diz quem a fez, quando e onde foi publicada, o que seria relativo ao aparelho formal da enunciação. Como podemos verificar nas diversas nomeações dos transtornos mentais, não existe nenhum dado onde se possa buscar as referências no manual, o que impossibilita encontrar o contexto, a cultura em que foi realizada a pesquisa que norteia o diagnóstico.

A necessidade premente de diagnóstico diferencial mostra o quanto a nomeação do transtorno é uma arbitrariedade que precisa afastar as outras possibilidades de nomeação, o nome é dado por diferenciação a outros nomes. Neste sentido, fica evidente o quanto o processo de nomeação e classificação dos transtornos mentais é uma prática de criação de uma determinada realidade. Como se trata de um manual diagnóstico que vai auxiliar os clínicos, o transtorno descrito primeiramente no livro vai ser procurado no mundo; não se trata de uma demonstração do que é o fenômeno do transtorno mental, mas da criação do transtorno no mundo pelo efeito da linguagem.

As patologias nomeadas exercem um papel sempre mais importante do que as patologias percebidas, pois elas são carregadas de um poder semântico e simbólico muito mais forte. A patologia é classificada e nomeada no manual para ser percebida no indivíduo. O discurso vem antes da percepção; no diagnóstico, busca-se perceber o que está descrito, para, assim, construir a realidade pelo discurso que a antecede e que, ao mesmo tempo, a produz. Essa questão nos faz refletir sobre o papel do referente na nomeação das psicopatologias. A existência do referente se torna absolutamente problemática, porque se faz necessário refletir sobre as conexões entre os fenômenos do mundo real que permitiram reagrupar estas nomeações que podem ser pensadas como distintas. Ligações lógico-semânticas se estabelecem entre as experiências do mundo percebido não como categorias rígidas, mas com bordas flutuantes, construídas sobre critérios heterogêneos. Paul Siblot (2001) denuncia os dicionários e poderíamos acrescentar os manuais de transtornos mentais como artefatos que extraem palavras do discurso para fabricar uma língua que não existe em nenhum lugar. Um termo, uma palavra, é uma

ferramenta que permite a produção de sentido, mas é somente por abuso que podemos falar de seu significado.

Os manuais buscam a estabilização do sentido. Neste aspecto, a noção de formação discursiva permite relacionar os enunciados e suas condições sócio-históricas de formação. Conforme Michel Pêcheux (1997), uma formação discursiva determina o dizível. O sentido se constitui no interior de uma formação discursiva e as palavras mudam de sentido, mudando de formação discursiva (ORLANDI, 2001). Uma formação discursiva somente tem sentido bordada pelo que lhe é exterior, de tal forma que podemos retomar pontos de tensão nas suas fronteiras, o que demonstra a necessidade extrema dos diagnósticos diferenciais listados no DSM. Uma nomeação implica a referência do enunciado a uma ordem diferente, que é a ordem da realidade, um extralinguístico. Um realismo próprio é reconhecido na categoria nominal. Podemos referir três categorias de mundo, de acordo com a linguagem: o mundo em si, que é o real e pode ser marcado linguisticamente com um traço, imagem, qualquer marca que possa ser feita pelo sujeito da enunciação e assim ser relacionada a um sistema simbólico; o mundo representante que é o mundo da língua, da palavra, do próprio simbólico; o mundo representado que é o imaginário, o sentido, que deriva, da relação que cada marca pode ter com os discursos vigentes. No caso dos diagnósticos, nós temos um fenômeno no mundo que pode ser nomeado de várias formas, mas precisamos delimitar este fenômeno, diferenciar de outros fenômenos, especificar, e se fazemos isso através do discurso, nós constituímos o objeto quando o delimitamos.

O problema é que para relacionarmos o mundo em si ao mundo representado, que é o que vai constar nos manuais diagnósticos, nós necessariamente precisamos passar pelo mundo representante. E este mundo representante, no caso, é a língua. Isso deixa evidente que o mundo em si e o mundo representado não são a mesma coisa e que, além disso, tanto o mundo representado como o mundo em si são moldados pelo mundo representante. Isso nos diz que não existe equivalência entre o fenômeno e a sua nomeação. O primeiro passo é

compreendermos algo muito simples: que a língua, a palavra que usamos para nomear qualquer objeto do mundo tem uma materialidade linguística, sendo uma entidade diferente do objeto que ela nomeia. Então, nós temos duas entidades não-coincidentes que pretendemos ligar uma a outra: as palavras e as coisas.

A não-coincidência entre as palavras e as coisas refere que a coisa que a linguagem representa e a própria linguagem são unidades diferentes. A coisa “sintoma” e a palavra “sintoma” são elementos não-coincidentes. A representação da não-coincidência entre as palavras e as coisas diz do afastamento encontrado na nomeação. O que está em causa nesta forma da não-coincidência é a nomeação das coisas pelas palavras. Para Authier-Revuz (1995, p. 507, tradução nossa), “o que está em jogo, no coração da operação de nomeação associando palavras e coisas, é o encontro da não-coincidência fundamental de duas ordens heterogêneas: aquela da língua e aquela do real”. A materialidade da forma da língua se interpõe como mundo representante. O que está em jogo na não-coincidência das palavras com as coisas é, de um lado, a língua em sua materialidade de sistema e, de outro, a língua como não dependente da ordem das coisas. Como refere Authier-Revuz (1995, p. 510, tradução nossa), “entrando ao mesmo tempo no mundo e na linguagem (...) ou no mundo pela linguagem (...) o sujeito falante experimenta sobre o modo da evidência, o caráter absoluto, não contingente da ligação que une as coisas e as palavras – seu nome – o que as designa”. A representação da não-coincidência entre as palavras e as coisas constitui o quadro de estudo das formas meta-enunciativas de representação por um enunciador, no ato de nomeação.

Na abordagem da não-coincidência entre as palavras e as coisas, assim como na não-coincidência das palavras com elas mesmas, Authier-Revuz (1995) retoma o conceito de real da língua, Alíngua, em francês “Lalangué”, neologismo criado por Lacan (1985) e desenvolvido por Jean Claude Milner (1987) no livro *O amor da língua*. De acordo com Milner (1987, p. 12), “esta língua, que dizemos usualmente materna, podemos sempre abordá-la por um



lado que a impeça de fazer número com outras línguas, de juntar-se a elas, de ser a elas comparada”. A língua materna carrega o próprio da língua, o real da língua. Conforme o autor:

A alíngua é, pois, uma língua entre outras, enquanto que, ao se colocar, ela impede por incomensurabilidade a construção de uma classe de línguas que a inclui; sua figuração mais direta é a língua materna, da qual basta um pouco de observação para admitir que em qualquer hipótese é preciso uma torção bem forte para alinhá-la no lote comum. (...) Alíngua é, em toda língua, o registro que a consagra ao equívoco (MILNER, 1987, p. 15).

O que alíngua nos aponta é a dimensão da heterogeneidade, do não-idêntico; por este rio navega a homofonia, homossemia, homografia, enfim, o equívoco, o ato falho, o chiste e a pluralidade de sentidos, justamente, o que uma língua tem para ser uma língua dentre outras línguas. Mas ela é, também, a possibilidade de que o real, enquanto o que não cessa de não se escrever, possa fazer parte da língua. Se o significativo toca o real, isso acontece pela insistência da alíngua. O real da estrutura formal da língua é definido como não sendo redutível a um código de sinais. Não é a língua simplesmente que é questão, mas seu uso, nos atos de enunciação, como uma espécie de contato entre o *mundo real* e a língua, não menos *real*. A língua, ao mesmo tempo independente das coisas e exterior ao sujeito, impõe-se no ato enunciativo de nominação. Conforme Authier-Revuz (1995, p. 522, tradução nossa):

As palavras não são nomes-espelhos de coisas pré-estruturadas, a nominação participa de uma construção da realidade, de uma representação de experiências passadas ao filtro de classes conceituais definidas pelas palavras: toda nominação (tomando o termo no sentido mais geral, que não o restringe ao domínio do substantivo) passa por colocar em relação as propriedades que o enunciador reconhece de *x* e as propriedades contidas na definição da palavra *X*, desembocando no julgamento de pertencimento/não pertencimento de *x* à classe de *X*.

A não-coincidência das palavras a elas mesmas, enquanto constitutiva, diz da possibilidade da língua, na sua materialidade linguística, estar sujeita a equívocos. A representação no dizer da não-coincidência das palavras a elas mesmas se refere ao excesso de sentido a que toda palavra está sujeita, como testemunham as glosas meta-enunciativas, na representação em que o receptor comentador de seu próprio dizer faz na sua enunciação do que é para ele a gama de possibilidades a que uma língua está sujeita, seja pela polissemia, homonímia, equívoco. Essa não-coincidência das palavras a elas mesmas pode ser observada no DSM-5, através da necessidade dos diagnósticos diferenciais que buscam afastar o equívoco, a ambiguidade, outros sentidos que não aquele construído pelos autores do manual. A tentativa de apagamento desta não-coincidência no DSM-5 é observável pela falta de referências que poderiam nos levar aos rastros do sujeito da enunciação e, principalmente, na necessidade de uma ampla lista de diagnósticos diferenciais. Como diz Authier-Revuz (1995, p. 717, tradução nossa):

A enunciação não aparece ali como um 'querer dizer' claramente unívoco se realizando impecavelmente em *um* sentido que não afetaria 'seus outros' do jogo polissêmico-homonímico, puramente e simplesmente 'ausente' da enunciação. É o encontro no seu dizer de outros sentidos, de outras palavras, que não 'dormindo', vêm 'perturbando' o Um que representa o enunciador através de modos diversos, que seja de rejeito ou de acolhimento. E esta presença no dizer de um real que excede a sucessividade linear das unidades da língua associando um significante a um significado, e nas quais as glosas testemunham, não o caráter acidental das glosas que lhe conferem, mas aquele, permanente, afetando constitutivamente o dizer, de uma não-coincidência a si, inscrita na não-coincidência da Alíngua a língua.

A não-coincidência das palavras com elas mesmas diz do fato da enunciação ser atravessada por outros sentidos. A língua interpondo sua forma, sua materialidade enquanto um sistema de diferenças. Esta representação da não-coincidência do dizer afeta

não somente a nomenclatura, no sentido da falta de uma palavra que pudesse dizer completamente uma coisa, como no caso da não-coincidência entre as palavras e as coisas, mas enquanto o equívoco que lhe é constituinte, possibilidade constante do jogo de sentidos. Para Authier-Revuz (1995, p. 720, tradução nossa), esta não-coincidência se refere não somente à intraduzibilidade de uma língua a outra, ou aos chistes, ao jogo intencional das palavras, mas ao “deslize constante ‘do significado sobre o significante’, pois é em toda palavra que seu espelhamento interno coloca o estritamente singular”. Esse deslize constante é o que faz a não-coincidência das palavras a elas próprias ser a mais próxima do trabalho psicanalítico de escuta das palavras do outro, enquanto elas dizem sempre um sentido a mais e, o que seria similar, um a menos.

Existe um real da língua que se refere à impossibilidade de qualquer língua traduzir o mundo, mas justamente por esta via a língua também pode tocar o real e este movimento diz respeito ao sujeito da enunciação. A sistemática de uma língua é conduzida a fazer a articulação entre a representação linguística do mundo onde o discurso (liga, transforma) o real. O “ego, sic et nunc” que atravessou milênios revela “o acordo entre o espírito e o mundo” (BENVENISTE, 1966 [1939], p. 52). As categorias que compõem a instância da enunciação são a pessoa, o espaço e o tempo. A enunciação é a instância do ego, *hic et nunc*, ou seja, do eu, aqui e agora, porque, nela, alguém, num espaço e num tempo criados pela linguagem, toma a palavra e, ao fazê-lo, institui-se como “eu” e dirige-se a outrem, que é instaurado como um “tu”. Isso é o funcionamento da enunciação. As categorias de pessoa, de espaço e de tempo vão constituir aquilo que Benveniste (1939) vai chamar “o aparelho formal da enunciação” dentro do qual quem faz a validação com o real é o sujeito da enunciação.

Buscamos apontar, neste texto, duas não-coincidências constitutivas do discurso: das palavras e das coisas e das palavras com elas próprias, visando ressaltar as dificuldades inerentes a toda prática de nomeação das coisas pelas palavras. O mundo em si e a representação que fazemos do mundo, através de uma língua,

são duas entidades heterogêneas. Concluimos levantando a hipótese de que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5), visto como uma prática de nomeação e classificação de sintomas e comportamentos, é mais uma forma de criação do transtorno mental do que uma forma de designação de um fenômeno que existe no mundo independente da linguagem. Além disso, o que fica evidente em uma forma textual como o manual DSM é o apagamento dos rastros do sujeito da enunciação na classificação dos transtornos mentais, visto que em nenhum lugar está descrito as condições de produção, a história, cultura e época na qual se constitui as referidas denominações psicopatológicas, nem mesmo as pesquisas que sustentam a cientificidade da classificação diagnóstica são referidas no manual.

## **Referências**

AUTHIER-REVUZ, Jacqueline. **Ces mots qui ne vont pas de soi – Boucles réflexives et non-coïncidences du dire**. Vol. 1 e 2. Paris: Ed. Larousse, 1995.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização – As consequências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BENVENISTE, Émilie. **Problème de linguistique générale** (1939), tome I. Paris : Gallimard, 1966.

BERRIOS, German E. **Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria**. São Paulo: Ed. Escuta, 2015.

CID-10, **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Organização Mundial da Saúde (OMS), 1992.

CORCOS, Maurice. **L'homme selon le DSM**. Paris: Éditions Albin Michel, 2011.

DUFOUR, Dany-Robert. **A arte de reduzir cabeças**. Rio de Janeiro: Ed. Cia. De Freud, 2005.

DUNKER, Christian I. Lentz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Ed. Boitempo, 2015

DSM-5, **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (American Psychiatric Association)** trad. Maria Inês Correa Nascimento. Porto Alegre: Ed. Artemed, 2014.

FREUD, Sigmund. **Tratamento psíquico (anímico)**. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

GAUCHET, Marcel E. **L'inconscient Cérébral**. Paris: Ed. Seuil, 1992.

GORI, Roland. **De quoi la psychanalyse est-elle le nom?** Mesmil sur l'Estrée: Ed. Danoël 2010.

HARTMANN, Fernando. **L'imaginaire c'est le sens**. Quelques remarques sur la théorie de Jacqueline Authier-Revuz. In La Revue Lacanienne, n.11, Toulouse, Editions érès, 2012a.

HARTMANN, Fernando. **Le sujet n'est pas un objet** in L'Hétérogène à L'ouvre dans la langue et les discours. Hommage à Jacqueline Authier-Revuz. Rosoff, Sonia Branca, Duquet, Claire; Lefebvre, Julie, Oppermann-Marsaux, Evelyne, Pétilion, Sabine, Sitri, Frederique. Limoges, Éditions Lambert-Lucas, 2012b.

KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria; VOLTOLINI, Rinaldo. **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

LACAN, Jaques. **Escritos**. Versão brasileira: Vera ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

- LACAN, Jacques. **Seminário inédito « Le moment de conclure »** 1977-1978, Lição de 8 de maio de 1978. Publicação fora de comércio da Association Lacanienne Internationale. 1978.
- LANDMAN, Patrick. **Tous Hyperatifs? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention.** Paris: Ed. Albin Michel, 2015
- LEBRUN, Jean-Pierre. **La Perversion Ordinaire.** Mesnil sur l'Etrée: Ed. Danoel, 2007.
- MELMAN, Charles. **O Homem sem Gravidade.** Rio de Janeiro: Ed. Cia. De Freud, 2003.
- MILNER, Jean-Claude. **O amor da língua.** Trad. Ângela Cristina Jesuino. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- MINARD, Michel. **Le DSM-ROI: La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics.** Paris: Ed. Érès, 2013.
- NÉE, Emilie, CISLARU, Georgeta, VERNARD, Marie, PAGNIER, Thierry, MORIM, Katia, **L'acte de nommer – Une dynamique entre langue et discours.** Paris, Presses Sorbonne Nouvelle, 2007.
- ORLANDI, Eni. **Discurso e Texto. Formulação e circulação dos sentidos.** Campinas: Ed. Pontes, 2001.
- PÊCHEUX, Michel. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio.** Trad. Eni Orlandi. Campinas: Ed. Unicamp, 1997.
- SIBLOT, Paul. 2001. **De la dénomination à la nomination : Les dynamiques de la signifiante nominal et les propre du nom, in Cahiers de praxématique n.36 Montpellier,** Publications de l'Université de Montpellier 3, p.189-214.

## Da clínica à saúde digital: datificação do corpo e subjetividade

*Paula Chiaretti*

Levando em conta o caráter metafórico da linguagem e a impossibilidade da literalidade, por conta da incontornável equivocidade da língua, busco compreender de que modo alguns sentidos de corpo se constituem em certos momentos históricos, a partir de um processo produção de hegemonia (não sem contradição) de sentido. Esse esforço, por sua vez, busca avançar a reflexão a respeito dos modos de subjetivação e processos de identificação, uma vez que certo efeito de unidade de sujeito está relacionado a essa constituição histórica dos sentidos, sempre precária, sempre passível de ser substituída por outra, no processo de reprodução-transformação de sentidos.

Compreender a constituição histórica dos sentidos de corpo implica uma investigação que busque discretizar aqueles traços discursivos que nos fornecem indícios (TFOUNI; PEREIRA; MILANEZ, 2018) de certa estabilidade de sentidos. Estabilidade essa que serve de base às intervenções (sempre políticas) sobre os corpos: conhecimento, prevenções e tratamentos.

Antes, assim, trata-se de questionar a noção de corpo.

Para a Psicanálise, a separação entre corpo e psiquismo se realiza ao longo da obra freudiana sem que, no entanto, se efetue propriamente um divórcio. Afinal, o corpo, com sua obsolescência irreversível é uma das fontes de mal-estar (FREUD, 2011 [1930]). Já em Lacan (1998 [1966]), em *O estádio do espelho como formador da função do eu*, o corpo fragmentado é unificado nessa imagem (exterior) no espelho. “Totalidade [...] ortopédica”, resultado do “engodo da identificação espacial”. Essa “armadura”, como Lacan nomeia aquilo que dá forma à totalidade, pode então ser assumida

como uma “identidade alienante” (p. 100). Uma vez que se trata, então, de um efeito que podemos entender como “ortopédico”, a que se deve, do ponto de vista discursivo, esse efeito naquilo que há de minimamente compartilhado, no laço social?

Na perspectiva discursiva (consequentemente, também psicanalítica) o corpo é compreendido a partir da relação com o simbólico. Para Ferreira (2013, p. 79),

Mais do que objeto teórico o corpo comparece como *dispositivo* de visualização, como modo de ver o sujeito, suas circunstâncias, sua historicidade e a cultura que o constituem. Trata-se do corpo que olha e que se expõe ao olhar do outro. O corpo intangível e o corpo que se deixa manipular. O corpo como lugar do visível e do invisível (grifo nosso).

Dispositivo relacionado à imagem, totalidade ortopédica, forma histórica de apreender. Apreender o quê? Essa opacidade que não cessa de se escrever. Diferentes disciplinas, campos, ciências buscaram delimitar o que seria o corpo (unidade imaginária de sentido) e como se pode/deve agir sobre ele. Saberes que se somaram, substituíram, contradisseram ao longo da história. A seguir, nos dedicamos a apresentar parte dessa reprodução-transformação dos sentidos de corpo, a fim de buscar compreender o que chamamos nesse trabalho de *corpo datificado*.

### **O corpo: organismo ou máquina?**

Segundo Porter e Vigarello (2008), durante dois mil anos, o modelo de corpo (herdado da medicina e da filosofia grega) era o humoral, que atribuía especial importância aos fluidos corporais: sangue, ligado à vitalidade; a fleuma, que são as secreções incolores; a bÍlis amarela, relacionada à digestão; e a bÍlis escura, ou melancolia, que não é encontrada em estado puro, mas escure os outros fluidos. Para esse modelo, o estado do fluido era análogo ao estado do corpo. Isso implicava, portanto, uma observação



sistemática dos fluidos apenas. “Fluidos e vitalidade são do mesmo gênero” (PORTER; VIGARELLO, 2008, p. 443).

Com a Renascença, buscou-se encontrar novas verdades por meio da purificação das doutrinas antigas. Isso exigiu uma renovação nas pesquisas biomédicas. Buscou-se compreender a anatomia e a fisiologia do corpo. Essa mudança de paradigma implica, por sua vez, mudanças de procedimentos médicos: a dissecação do corpo passa a ser um procedimento adequado para encontrar as novas verdades. As primeiras demonstrações anatômicas, na Itália, eram realizadas como eventos públicos, grandes espetáculos.

Toda a obra anterior sobre o corpo, nesse momento, passa a ser reescrita tendo como ícone André Vesálio, um médico belga considerado o pai da anatomia moderna, e que publica, em 1514, a obra *De humani corporis fabrica* [Da construção do corpo humano].

Vale ressaltar que essa corrente se desenvolve por séculos, sendo afetada pelas diversas inovações como, por exemplo, a imprensa, no século XVII, que possibilitou a publicação e popularização do atlas anatômicos, ou ainda a *plastinação*, técnica concebida por Gunther von Hagens para a conservação de tecidos humanos, e que foi objeto de exposições (com ingressos esgotados) ao redor do mundo.

De certa maneira, observa-se nesse ponto uma dissociação entre a identidade e o corpo. Isso não é inédito: Zenão já afirmava ao seu colega sobre o cadáver de seu filho: “No quarto impregnado de vinagre onde dissecamos esse morto, que não era mais o filho nem o amigo, mas somente um belo exemplar da *máquina humana* [...]” (LE BRETON, 2011, p. 13, grifos meus).

Assim, progressivamente, o conhecimento sobre o corpo vai se libertando dos então chamados “erros populares”<sup>1</sup> (como, por exemplo, aquele que acreditava que a parteira poderia moldar a criança no parto) passando a contar com a *anatomia* como sua base.

---

<sup>1</sup> A esse respeito consultar a obra de Laurent Joubert, de 1572, *Erros populares no que diz respeito à medicina e ao regime de saúde*.

No entanto, a anatomia não deixa de colocar em funcionamento uma série de paradoxos. Como poderia ser verdade o que diz Galeano sobre o transporte de “ar” realizado pelos pulmões, se as veias pulmonares tinham as mesmas estruturas das artérias? O papel das estruturas se torna opaco, sendo necessária a intervenção de um novo tipo de conhecimento. Assim, é dado lugar às *funções*.

Nessa nova visada sobre o corpo, o coração passa a ser considerado pelo seu papel protagonista na circulação, o órgão principal e regente de todos os outros. Tudo depende do coração. “Ele é o soberano de todas as coisas de seu interior, o solde de seu microcosmos, é dele que depende todo crescimento e procede todo o poder” (William Harvey, *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus* [Tratado de anatomia sobre o movimento do coração e do sangue], de 1628, *apud* PORTER; VIGARELLO, 2008, p. 458).

Essa forma de compreender o corpo, por muito tempo, foi considerada refutável, o que levou à exigência de cientificização das teorias harveianas. Aqui o que se observa e que nos interessa especificamente neste trabalho, é o papel dos procedimentos e instrumentos tecnológicos se torna fundamental: o microscópio (aperfeiçoado por Antoni van Leeuwenhoek e Roberto Hooke), fabrica novas imagens – minúsculos movimentos passam a ser observados e descritos.

A máquina passa a exercer fascinação sobre esses pesquisadores do corpo por proporcionar um modelo global: “o corpo se naturaliza e se ‘desencanta’ na ciência do século VII” (PORTER; VIGARELLO, 2008, p. 459-460). Entram em cena modelos tais como roldanas, polias, alavancas – forças, rupturas e choques passam a ser os modelos explicativos. Aos poucos, acentua-se a necessidade de medir operações da “máquina corporal”. A fisiologia se junta à mecânica na tentativa de compreender o corpo. Ainda se observa, no entanto, uma interpenetração entre as teorias sobre o corpo e a cultura. Funcionamento que pode ser observado, por exemplo, ao se

equiparar a força ou a fraqueza das fibras à resistência moral. Fraqueza orgânica era sinônimo de fraqueza da civilização.

## A clínica

Aos poucos, os estudos em fisiologia se juntam aos estudos das doenças, especialmente, a partir de notas clínicas, tomadas à cabeceira dos enfermos. Quanto mais detalhadas, mais úteis eram essas notas. Essa descrição, no entanto, exigia uma distinção entre: aqueles sintomas “particulares e constantes” e aqueles que se deviam a questões alheias à doença, como a idade ou o temperamento (PORTER; VIGARELLO, 2008).

A observação e descrição são fundamentais na medicina moderna (FOUCAULT, 1977). A doença somente poderia ser compreendida a partir do seu desenrolar localizado no corpo, sendo sempre uma nova e inédita manifestação.

Segundo Porter e Vigarello (2008), os médicos do século XVIII se contentavam com o uso tradicional dos “cinco sentidos” para realizar seus diagnósticos. Aqui, o *procedimento* é de natureza qualitativa e um “bom julgamento” sobre o estado de saúde de um paciente dependia de acuidade e experiência do médico.

Surgem, então, as teorias sobre o contágio, possibilitando que o sentido de “corpo coletivo”<sup>2</sup> se produza. Trata-se das diversas teorias miasmáticas, segundo as quais as doenças se espalham por questões ligadas ao meio ambiente (e não necessariamente ao contato pessoal). As tentativas de impedir as epidemias que ameaçam o corpo individual se pautavam, então, por essas teorias. Novas redes de sentido se instalam a partir dessas condições de produção: o sentido da necessidade de aperfeiçoar ou preservar a

---

<sup>2</sup> Interessante notar como o “corpo coletivo” tem sido atualmente alvo de duros ataques cujo fundamento podemos remeter à matriz social neoliberal, a partir da qual entende-se que o indivíduo é não somente a célula mínima, mas que seu corpo passa a ser customizável como qualquer outra mercadoria, respondendo, assim, à lógica de consumo (com seus efeitos de completude, obsolescência e insatisfação, frequentemente nessa ordem).

*espécie* (correspondente ao corpo coletivo) se torna possível de ser formulado. Observa-se, em suma, uma passagem do corpo individual para a coletividade. A doença é aquilo que pode passar de um corpo individual ao outro, deslocando-se no corpo coletivo.

Já com o nascimento da medicina moderna, de acordo com Foucault (1977), em *O Nascimento da clínica*, a pergunta que o médico dirige ao paciente deixaria de ser “O que você tem?” (essa entidade – doença – que se desloca) e passa a ser “Onde lhe dói?”. Essa pergunta aponta para a constituição de outro efeito de sentido sobre o corpo: o corpo máquina, que pode apresentar um mau-funcionamento e, a partir de uma série de procedimentos, ser ajustado para funcionar “bem”, ou seja, como previsto pela série de saberes que constituem o corpo teórico das ciências médicas daquele momento. Corpo teórico esse que se apresenta a cada momento histórico com suas prioridades e visibilidades. Fleuma, vitaminas, colesterol, gorduras e proteína, etc.; o corpo é sempre revestido, composto ou ordenado por algo diferente. Compreensão essa acompanhada pelo deslocamento dos processos de vigilância e controle.

Chegamos então à questão: qual é a pergunta da clínica contemporânea, que aqui chamo de saúde digital? Para quais sentidos de corpo essa pergunta aponta?

### **A “saúde digital”**

Ao contrário do que poderíamos imaginar com o advento da Modernidade, a passagem do indivíduo a coletividade encontraria seu apogeu no que tem sido nomeado como “saúde digital”.

Como compreender as imagens digitais que têm alterado a compreensão sobre o funcionamento do corpo? Se antes era preciso o óbito para que um corpo fosse então dissecado, atualmente, por meio dos mais diversos procedimentos (em especial os exames de imagem), é possível observar (e com frequência transmitir) o corpo em pleno funcionamento “ao vivo”. Além dessas imagens “ao vivo”, os atuais equipamentos são capazes de produzir imagens consideradas diagnósticas, já que estão relacionadas a uma

dinâmica de pré-ver doenças, balizando os diagnósticos e, conseqüentemente, afetando (e determinando) o processo de prescrição de tratamento.

De acordo com Bhavani, Narula e Sengupta (2016, s.p., tradução nossa), “a convergência de ciência e tecnologia em nossa era digital dinâmica resultou em desenvolvimento de dispositivos inovadores de saúde digital que permitem uma caracterização fácil e acurada de saúde e doença”<sup>3</sup>. Ou seja, o conhecimento passa da experiência, da acuidade e precisão do olhar do médico, para a acuidade e precisão da máquina (preferencialmente digital), à produção de imagens, índices, números e porcentagens capazes de dizer sobre a origem e o destino do corpo.

Assim, saúde ou doença passam a ser equivalentes inequívocos de imagens cuja transparência se estabiliza e se reitera estatisticamente. Por conta disso, ainda que esteja presente a pergunta “onde lhe dói?”, o médico especialista dispensa a narrativa sobre a doença, a anamnese, bastando a indicação da área do corpo; logo, dos respectivos exames. Assim, observa-se que, em nome da “acuidade”, modificam-se os procedimentos, as técnicas médicas que possibilitam a “coleta de informações” e construção de arquivos – no sentido a partir do qual Pêcheux (2010) tece a sua crítica, ou seja, coisas-a-saber – que possam permitir a prática da diagnose e os estudos epidemiológicos.

O que nos interessa então é compreender de que modo essa série de novos procedimentos e dispositivos, relacionados aos “avanços tecnológicos”, possibilita que se constituam novos sentidos de corpo, saúde e, em última instância, de sociedade e homem.

A constituição dessa unidade imaginária de sentido sobre o homem permite, por sua vez, a elaboração e a aplicação de uma série de procedimentos que se alinham a uma tradição de pesquisa relacionada à vigilância epidemiológica, mas que levam em

---

<sup>3</sup> No original, “The convergence of science and technology in our dynamic digital era has resulted in the development of innovative digital health devices that allow easy and accurate characterization in health and disease”.

consideração o atravessamento desse campo pelas novas práticas de processamento de dados como o *big data*, por exemplo, resultando em uma renovação (com deslocamentos, certamente) da biopolítica foucaultiana, em práticas comerciais como *population health management*. Nessa prática, saúde, tecnologia e Mercado convergem na produção de sentidos e configuram espaços de subjetivação que recorrem a sentidos como o de “risco” como fundamentos de uma subjetividade e da sociedade. Nessa renovação da biopolítica, o olhar clínico passa a ser preterido em relação às grandes análises estatísticas, fortemente influenciadas pelas exigências da seguridade impostas por meio de políticas públicas.

### **Corpo datificado**

O corpo, nessa política, seria datificado, significado enquanto *dado*, mais especificamente, *dado digital*, pois está relacionado ao volume grande e desestruturado de dados (*big data*). Esse dado é produzido por um dispositivo (celular, computador, câmera digital etc.) e se submete ao que os cientistas da área das ciências da informação chamam de um ciclo de vida: produção – armazenamento – transformação – (visualização) – análise – descarte.

No que diz respeito à sua produção, Amaral (2016) descreve um processo que denomina datificação como um processo de transformação de qualquer fenômeno<sup>4</sup>, “natural ou não” (AMARAL, 2016, p. 9), em dado. Essa “transformação” como uma tentativa de “transcrição” (passagem de um registro a outro, rede semântica a outra) poderia ser aproximada ao que Pêcheux (2010 [1982], p. 57) chama de “ilusões da metalinguagem universal”, tendo em vista a consideração do efeito de sentido de que se trataria de uma passagem inequívoca de um registro a outro. Isso porque o processo de datificação se proporia a digitalizar (transcrever em dígitos 0 e 1) os mais diversos processos e atividades: preferências

---

<sup>4</sup> Exemplo: acionamento do freio, movimento do celular, fotografia do céu, imagens de câmeras de segurança etc.

musicais, pressão arterial, localização, horário de trabalho, compra, conversa com amigos e família etc. O que nos chama a atenção nesse processo de datificação é o efeito que essa transcrição em dígitos produz, na medida em que a partir do registro em dados numéricos de “natureza” comum (digital – 0 e 1) qualquer dado pode ser colocado em correlação.

Já no que diz respeito a essa passagem de um registro ao outro, uma série de questões se colocam quando consideramos o que Orlandi (2009) aponta sobre a não correspondência linguagem-pensamento-mundo, uma relação que, segundo a autora, “não se faz termo-a-termo” (ORLANDI, 2009, p. 19). Que relação é essa que se impõe no digital, como efeito de sentido de correspondência biunívoca entre registros?

Assim, pensar o processo de datificação implicaria considerar, como aponta Pêcheux, a ilusão de “línguas lógicas de referentes unívocos” (PÊCHEUX, 2010 [1982], p. 55) – uma “semântica universal suscetível de regulamentar não somente a produção e a interpretação dos enunciados científicos, tecnológicos e administrativos... mas também (um dia, por que não?) dos enunciados políticos” (PÊCHEUX, 2010 [1982], p. 55).

Assim, podemos, em certo sentido, aproximar a digitalização do dado (forma material por meio da qual produz-se a formulação da “informação” – na atual sociedade da informação) ao que Pêcheux descreve como “policiamento dos enunciados”, ou “normalização asséptica da leitura”, ou ainda “apagamento seletivo da memória” (PÊCHEUX, 2010 [1982], p. 55). Uma normalização que busca “transcrever” o mundo em uma linguagem inequívoca de zeros e uns produzindo um efeito que Rouvroy (2014) descreve como “acesso ao real da coisa – por meio do seu ‘duplo’ digital”.

A datificação relacionada a *big data* apresenta algumas diferenças dos tradicionais tratamentos estatísticos na medida em que o primeiro visa à exaustividade (“tudo” pode ser armazenado e analisado). Não se trata mais da produção do conhecimento que se basearia em análises de amostragens (seleções aleatórias de elementos a serem

analisados). Nada seria invisível às análises de *big data* – visibilidade “total”<sup>5</sup> que nos permite observar o declínio do que os estatísticos chamam de erros ou resíduos e que se referem a uma variação aleatória ou inexplicável dentro da amostragem. Esses erros e resíduos apontam para o fato de que a estatística, enquanto disciplina, aceita que existe uma não correspondência (não-coincidência) entre a amostragem e a realidade. Por outro lado, o efeito que se produz a partir de *big data* é o de uma universalidade que prescinde do conceito de desvio-padrão. A dimensão da contingência se encontraria ressignificada. Efeito esse que nos leva a um segundo, mais “estabilizado” em sua constituição, que é o “efeito de real” que compõe o que Rouvroy (2014, p. 9) chama de “um novo regime de verdade”. Rouvroy (2015) descreve esse efeito que o *big data* produz ao transcrever a “realidade” não mais por meio de representações individuais ou coletivas, mas no nível molecular e granular do dado digital – uma linguagem supostamente objetiva (textualizada em zeros e uns) que a autora aproxima do “grau zero da escritura”, o que sabemos ser um dos efeitos de sentido do *big data*. A crítica que ela realiza a isso a qual chama de “utopia” se refere ao suposto acesso imediato que existira ao real, por meio do seu “duplo” digitalizado (*numerisé*). Estaríamos diante de uma “naturalização” do dado digital que, por sua vez, seria capaz (a partir dos processos de desindexação, anonimização e transformação) de apresentar um saber “neutro” – incapaz de valorizar ou desvalorizar *a priori* qualquer porção da população ou do indivíduo. O que a autora chama de

---

<sup>5</sup> De acordo com Bruno, a maquinaria panóptica ordena, regulamenta o olhar, tornando o objeto observado visível. De acordo com Foucault, estaríamos diante de um meio de coerção do olhar. O mesmo poderíamos considerar a respeito do Big Data. Enquanto meio de coerção do olhar sobre a unidade de sujeito – com todos os paradoxos que se impõe na sua constituição (ver outro arquivo) –, produz visibilidade e apagamentos. Trata-se de ver o que é digitalizado ou, no limite, digitalizável. Assim como a visibilidade panóptica, descrita por Bruno como “ao mesmo tempo minúscula e total”, a visibilidade do Big Data fragmenta em partículas anônimas e descontextualizadas as unidades de sujeito – de unidade para gesto, de gesto para ação, de ação para dado digital.



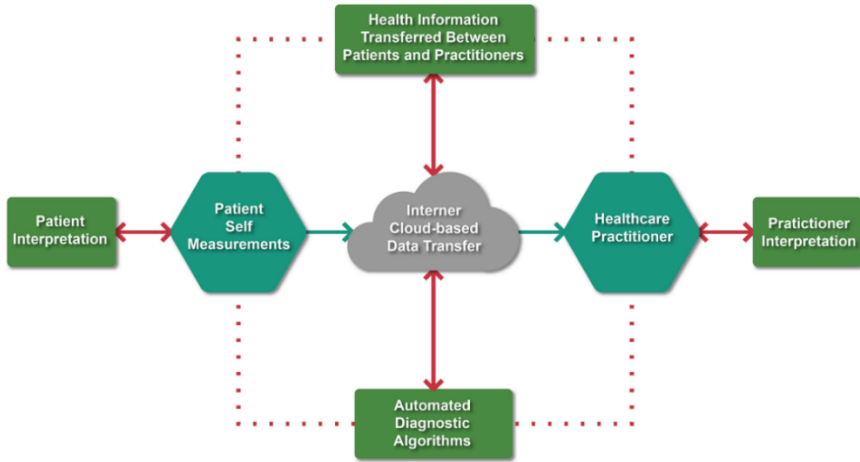
[...] paixão pelo real imediato – não mais o realismo, nem a elegância ou a precisão da representação, mas o real *como* tal – sem mediação, remetendo à categoria de gesticulações e fantasmas inúteis, redundantes, os atos de enunciação, de transcrição, de qualificação, de avaliação: ‘*data is enough*’, os dados falam por si sós (ROUVROY, 2015, p. 10, grifo da autora).

À suficiência dos dados e às “respostas e soluções precisas” que advêm dos processos de correlações (uma espécie de paixão da correlação) – relacionada ao algoritmo –, a autora associa a “crise da representação” que assistimos nas últimas décadas. O *big data* se configura tanto como produção (formulação) quanto como condições de produção do efeito de “acesso direto ao real”. No entanto, sabemos a partir da leitura de Lacan que não se trata mais de real quando estamos diante de uma programação que é em última instância simbólica e política. Resta a pergunta: de que política se trata aquela que se refere ao *big data* e aos algoritmos?

### **Impessoais e precisos**

Antes de destacar o efeito de acesso ao real que essa discursividade parece produzir, gostaria de chamar a atenção a mais um traço que diz respeito, mais diretamente, ao *big data*. Que tipo de leitura permite a constituição de um arquivo heterogêneo em sua origem (tema, espaço, tempo) e homogêneo em sua forma (digital)? A datificação seria aquilo que permitiria a composição da memória metálica da forma como entende Orlandi (2015) – puro acúmulo – memória horizontalizada. Ao mesmo tempo, então, ao “tudo” soma-se um “nada” – a desindexização, anonimização dos dados fazendo do processo mesmo de coleta trivial, cotidiano.

Podemos observar, ainda, o seguinte recorte do artigo de Bhavani, Narula e Sengupta (2016, s.p.):



Observa-se, no esquema, de que modo o diagnóstico, por meio de uma série de algoritmos, transferência de dados em nuvens, passa a ser compartilhado, possibilitando que seja realizado de maneira “automática”. O paciente deixa de ocupar uma posição passiva, de ser observado, e passa também a fornecer dados (operação aqui textualizada nas setas bidirecionais) – o que é bastante específico do modo de funcionamento do digital. Nesse funcionamento, todos são simultânea e incontrolavelmente produtores e consumidores de conteúdo.

De modo geral, seja em qual for o campo, essas “aplicações” de tecnologias digitais aos processos de saúde e doença têm como ponto comum o objetivo de “transformar dados em ação”, por meio da geração do que frequentemente denominam “*insights*”, leituras que resultam de uma análise de dados. Esta análise de dados, por sua vez, tem como suporte um *software* que elabora algoritmos que “respondem” aos dados, ordenando-os e propondo a identificação de padrões, dispensando os procedimentos modernos de observação ao longo do tempo e descrição narrativa dos pacientes.

Na esfera pública, a pressão por transparência aumenta a produção de dados. No entanto, quando estamos diante de um campo como o da saúde, o que significa pensar essa transparência que se produz? Se nos protocolos de “coletas de informações” anteriores

estávamos diante de um questionário do tipo “anamnese” em que o paciente narra a sua história ou a história da sua condição, o que significariam, que sentidos produzem os protocolos padronizados que excluem as narrativas em favor de uma lógica “do sim ou não” traduzíveis em dados digitais “transparentes”?

Assim, o que se inscreve como movimento próprio desse discurso é uma tensão entre paráfrase e polissemia cuja especificidade precisa ser investigada. Ao imunizar o mundo dos “acidentes”, das “potencialidades”, das “virtualidades”, enfim, das rupturas e dos equívocos, propondo um rearranjo preditivo que incorpora o “erro”, a “desobediência do usuário” como um novo dado, o algoritmo contribuiria com a manutenção (e cristalização de sentidos) das “coisas como elas são”, reproduzindo um efeito de “despolitização” que afeta a discursividade do digital, que se pretende sempre “neutro”, “objetivo”.

Assim, enquanto a Rouvroy propõe que a digitalização dos dados os torna “quantificáveis e impessoais”, a partir da Análise de Discurso (AD), podemos pensar que essa formulação (*Big Data*) constitui sentidos e sujeitos e nos perguntar: que sujeito e que sentido é esse que emerge entre os dados, previsões, recomendações algorítmicas? Um sentido cujas rupturas são incorporadas, relançando-se como um mesmo, num processo parafrástico próprio ao digital, o da atualização.

A atualização como um processo contínuo e “sem rupturas” leva Wendy Chun (2017) a propô-la como o processo mesmo que nos permitiria continuar os mesmos (*updating to remain the same*). A subjetividade se marca, portanto, por uma obsolescência combinada com um imperativo de atualização – estamos sempre buscando alcançar o que há de mais avançado para continuarmos (próximos dos) os mesmos, “entediados, maravilhados e ansiosos ao mesmo tempo” (CHUN, 2017, p. 1). “Ser é ser atualizado: atualizar e estar sujeito à atualização” (CHUN, 2017, p. 2). Nessa velocidade, busca-se antecipar ou criar o futuro – sugestões ou predições de compras, doenças, acidentes, desastres naturais, enfim, tudo (e nada).

Passado, presente e futuro se condensam nessa programação, configurando-a como uma espécie de “presente eterno”, sempre diferente, sempre o mesmo. Passado e presente coexistem na atualização abrindo um espaço para a ação que antecipa o futuro. Para Rouvroy (2014), a presunção permite agir sobre a indeterminação do futuro.

As previsões e recomendações, por sua vez, estão relacionadas aos processos de elaboração de perfis que se dá a partir dos dados anonimizados. O efeito dessa elaboração de perfil, de acordo com Rouvroy (2014), diz respeito a “*personne*”, no duplo sentido da palavra francesa que se refere a “alguém” e “ninguém” simultaneamente. *Alguém* e *ninguém*, pois o funcionamento do digital expõe de uma maneira inédita a contradição presente na constituição do sujeito: ao mesmo tempo em que o laço é fundamental (horizontalidade das relações que permitem, por exemplo, a elaboração de perfis), estamos diante de uma ‘exacerbação’ do sentido de individual, própria aos processos de personalização e customização. Essa contradição não é inédita, mas o deslocamento que ela sofre a partir do digital nos permite avançar no campo teórico e analítico relacionado à compreensão dos processos de subjetivação hoje.

## **Da incerteza ao risco**

A forma como o algoritmo lida com a contingência nos permite requalificar o seu caráter preditivo como normativo, já que não se trata apenas de prever a incerteza, mas de buscar neutralizá-la. A partir disso, apresentamos algumas reflexões preliminares sobre as consequências dessa discursividade no campo da saúde. Para tanto, propomos uma questão: qual a consequência da substituição da incerteza, da contingência pelo sentido de risco<sup>6</sup>?

---

<sup>6</sup> O risco não diz mais respeito apenas às seguradoras, mas se relaciona a questões epidemiológicas, ecológicas, financeiras, etc.

De acordo com Bruno (2013), o risco se relaciona sempre ao futuro. “[...] a lógica do risco é da atribuição de responsabilidade sem garantia de controle” (p. 38). No entanto, sendo o sentido (e a ilusão mesma de controle) de total controle um efeito próprio ao Big Data, podemos questionar esse “sem garantia”. A garantia e a possibilidade de pleno controle são sentidos que se constituem e se estabilizam nesse campo. O erro ou qualquer falha não abala a própria constituição do sentido de risco, mas, ao contrário, o reforça.

Ao mesmo tempo em que diversos conhecimentos passam a ser produzidos apoiando-se no modelo digital do compartilhamento (de informações – passagem de sintomas para *inputs*), passa-se a poder fazer algo a respeito de diagnósticos tais como: cirurgias reparadoras (mesmo que ainda não exista a doença), cirurgias preventivas (como no caso da retirada preventiva dos seios e ovário da atriz Angelina Jolie) mapeamentos e manipulações genéticas. Práticas que acenam para novas modalidades de eugenia (SANDEL, 2015).

As diferentes modalidades de “coleta de dados”<sup>7</sup> resultantes dos dispositivos da “saúde digital”, na medida em que servem como prognóstico de uma situação, colocam (imaginariamente) o sujeito em posição de controle, por meio de novos procedimentos médicos e tecnológicos, frente ao que, ao contrário, seria seu destino. Controle mediado pela programação e por uma ciência que cada vez mais pela via da imagem inequívoca, do dado preciso e acurado, constitui os sentidos do corpo como transparentes e evidentes, apagando o processo mesmo de constituição dessa ciência e de seu caráter incontrolavelmente equívoco e político.

---

<sup>7</sup> As aspas estão aí porque entendo o procedimento como formulação de discurso e não como coleta de dados que existem anteriormente ao processo de acúmulo.

## Referências

AMARAL, Fernando. **Introdução à ciência dos dados**: mineração de dados e Big Data. Rio de Janeiro: Alta Books, 2016.

BHAVNANI, Sanjeev; NARULA, Jagat; SENGUPTA, Partho. Mobile technology and the digitization of healthcare. In: **European Heart Journal**. (2016) 37 (18): 1428-1438. doi: 10.1093/eurheartj/ehv770. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehv770>. Acesso em: 03 Jul 2020.

BRUNO, Fernanda. **Máquinas de ver, modos de ser**: vigilância, tecnologia e subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2013.

CHUN, Wendy Chui Kyong. **Updating to reaming the same**: habitual new media. Massachusetts: The MIT Press, 2017.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. O corpo como materialidade discursiva. **Redisco**, Vitória da Conquista, v. 2, n. 1, p. 77-82, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/redisco/article/viewFile/1996/1723>. Acesso em: 19 Jul 2020.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930). São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011.

LACAN, Jacques. O estádio do espelho como formador da função do eu (1966). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**: princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

ORLANDI, Eni Puccinelli. A contrapelo: incursão teórica na tecnologia - discurso eletrônico, escola, cidade. **RUA**, Campinas, SP, v. 16, n. 2, p. 6–17, 2015. DOI: 10.20396/rua.v16i2.8638816.

Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/8638816>. Acesso em: 2 dez. 2020.

PÊCHEUX, Michel. Ler o arquivo hoje. In: ORLANDI, Eni (Org.) [et. al.]. **Gestos de leitura**: da história no discurso. Campinas: Editora da Unicamp, 2010. p. 49-59.

PORTER, Roy; VIGARELLO, Georges. Corpo, saúde e doença. In: CORBIN, Alain, COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges (Orgs.). **A história do corpo**: da Renascença às Luzes. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008. p. 441-486.

ROUVROY, Antoinette. 2014. « Des *données sans personne* : le fétichisme de la *donnée* à caractère *personnel* à l'épreuve de l'idéologie des Big Data ». In: **Étude annuelle 2014** : Le numérique et les droits fondamentaux. Paris: La Documentation française, Sadin, Eric. 2015. p. 1-16.

SANDEL, M. **Contra a perfeição**: Ética na era da engenharia genética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

TFOUNI, Leda; PEREIRA, Anderson Carvalho; MILANEZ, Nilton. (Orgs.) **O paradigma indiciário e as modalidades de decifração nas Ciências Humanas**. São Carlos: EdUFSCar, 2018.





# DIAGNÓSTICA, UMA QUESTÃO DISCURSIVA<sup>1</sup>

*Wedencley Alves*

Em novembro de 1951, dava-se por concluída pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Na carta de apresentação do documento, lançado oficialmente no ano seguinte, George N. Raynes, coordenador do Comitê, lembrava o quão recentes eram as tentativas de uniformização da nomenclatura para as doenças nos EUA, e que isso vinha resultando numa poliglossia entre os vários sistemas de classificação elaborados pelos centros de estudos em saúde mental espalhados pelo país, bloqueando, assim, a comunicação entre eles (APA, 1952).

Tentativas outras foram feitas, sem muito sucesso, como lembram Kawa e Giordano (2012):

Em 1918, sob os auspícios do Bureau of the Census e do National Committee for Mental Hygiene, a American Medico-Psychological Association (agora American Psychiatric Association) tentou pela primeira vez a criação de uma nomenclatura formal e padronizada de condições psicopatológicas. Esses esforços culminaram com a publicação do Manual Estatístico para o Uso de Instituições para Insanos, o que pode ser considerado o predecessor da série Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. O volume incluía 22 categorias diagnósticas, a maioria das quais eram condições psicóticas associadas à etiologia somática presumida. Esta abordagem de classificação biologicamente orientada, consistente com os construtos

---

<sup>1</sup> O presente texto é programático. No sentido de que representa os passos iniciais de um programa de pesquisa que iniciamos em 2021 na Universidade Federal de Juiz de Fora. E, justamente, por ser programático, mantém seu caráter de esboço, de aproximação provisória, de nota de pesquisa.

kraepelinianos dominantes ligando o comportamento anormal a disfunções cerebrais orgânicas, ecoava a natureza da profissão psiquiátrica na época: as populações eram predominantemente afligidas por distúrbios mentais graves associados a deficiências físicas e doenças conspícuas (KAWA; GIORDANO, 2012, tradução nossa).

Classificar e nomear fora uma demanda do campo psicológico/psiquiátrico já durante o século XIX, com Kraepelin, nas várias edições de seu manual, desde 1893, centrado nas psicoses; ou mesmo antes, com Kahlbaum, em 1863, mas sem o suporte clínico e empírico buscado por Kraepelin (BERRIOS; HAUSER, 2013).

Nomear e classificar não só as “doenças mentais”, um sintagma que aparece no próprio século XIX, mas também os “desvios de comportamentos”, como, por exemplo, as predisposições sexuais, objeto de interesse de Krafft-Ebing, médico austríaco que, em 1886, elaborou um catálogo de perversões. Fazia pouco tempo que doenças mentais e atos eróticos passariam de objeto moral e jurídico à condição de objeto médico. Antes da Revolução Francesa, por exemplo, os comportamentos sexuais, desde que restritos a espaços privados, não chegaram a ser uma preocupação médica (PEREIRA, 2009) – o que muda radicalmente a partir de meados do século seguinte, um pouco talvez pelo apelo de “cientificidade” que a discursividade biológica proporia com sua autonomia disciplinar conquistada<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Será necessário nesse momento tornar mais claro o que estamos chamando de “discursividade”: um saber, de ordem epistêmica ou não, mas que de alguma forma funda um certo horizonte de expectativas éticas, ontológicas e, no caso das ciências, epistemológicas. Podemos dizer que a Biologia, indo além do projeto iluminista da História Natural, vem de certa forma suplantar, principalmente no século XIX, o que ainda havia de discursividade religiosa na academia. Portanto, se essa percepção for, no mínimo, razoável “o biológico” já é por si só uma discursividade. Tenho consciência da proximidade com uma terminologia marcadamente foucauldiana, como “episteme”, “regimes de verdade” e mesmo “formação discursiva” no modo como o autor trabalha na Arqueologia. Mas serei bem-sucedido se, apesar do diálogo inevitável com as teses do autor, conseguir explicitar a diferença.

Essa paixão taxonômica não arrefeceu nem mesmo durante o ocaso do sistema de Kraepelin, entre os anos 20 e 60 do século passado, e o DSM-1 o prova, visto que, embora muito influenciado pela Psicanálise e psicoterapias, fora atravessado também por concepções presentes em manuais militares e em parte do CID-6, no quadro referente às doenças mentais. A retomada kraepeliana nos anos 70 (BERRIOS; HAUSER, 2013), com a forte inclinação biopsiquiátrica dos DSM-3, DSM-4 e revisão, e DSM-5, sugere que estejamos sob a mesma discursividade que levou psiquiatras e psicólogos a nomear patologias mentais como biólogos nomeiam tipos naturais<sup>3</sup>.

Talvez por isso mesmo tanto o DSM-1, de 1952, quanto o DSM-2, de 1968, embora bem acolhidos pela comunidade médica, suscitaram alguma desconfiança, voltada para a “confiabilidade e validade científica” de termos como “neurastenia de oclusão”, “histeria aguda”, “histeria grave”, “psicopatia social” etc. (KAWA; GIORDANO, 2012). Leia-se por “validade científica” a testabilidade, a prova laboratorial, a previsibilidade e... a localização orgânica, que daria materialidade à observação do médico e do pesquisador.

O que se segue com o DSM-III em diante é uma mudança de *cenário discursivo*, ou seja, uma mudança nas relações de forças entre discursividades – epistêmicas – e formações discursivas, determinando uma outra configuração diagnóstica, o que se apresenta, portanto, como uma questão discursiva<sup>4</sup>. O que significa

---

<sup>3</sup> Desenvolveremos melhor essa questão na terceira seção do capítulo.

<sup>4</sup> O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* – teve até agora cinco versões, com duas revisões: 1952, com 106 categorias de desordens mentais; 1968, com 182 desordens; 1980, com 265 desordens, ao que foram acrescentadas mais 28 na revisão efetuada em 1987; 1994, com 297 transtornos e que também passou por uma revisão em 2000; e, finalmente em 2013, com mais de 300 transtornos ou distúrbios (APA, 2016). Este aumento vigoroso de tipos nosológicos gerou inúmeras críticas, inclusive na própria comunidade psiquiátrica, principalmente, em relação à suspeita de que a APA (American Psychiatric Association) estaria incorporando ao estatuto de doenças aquilo que é do comportamento dito “normal” dos seres humanos, como, por exemplo, um luto mais prolongado. O debate crítico sobre o uso do DSM, sobre patologização e medicalização da saúde mental é amplo, constante e plural. Para uma revisão

em outras palavras que, ao definirmos Diagnóstica como *o conjunto de saberes hegemônicos ou não, compatíveis ou concorrentes, mas autorizados institucionalmente ou pelas tradições culturais, que têm como função identificar, nomear e dar sentido (a) males e sofrimentos que afligem os sujeitos de uma sociedade*, a veremos num quadro de questões que põem em tensão as relações entre o Político e o Simbólico<sup>5</sup>.

A Análise de Discurso, evidentemente, não é uma diagnóstica, mas traz instrumentos privilegiados de apreciação sobre isso que pode ser uma área de investigação ou, ao menos, uma estratégia de compreensão.

Cabe-nos agora apresentar algumas balizas dessas hipóteses de trabalho e alguns efeitos dessa percepção, que nos parece apontar para um lugar da Análise de Discurso no debate contemporâneo sobre a saúde e a doença, o bem-estar e o sofrimento, que não coincide nem com aquele ocupado pelas ciências biomédicas nem com o da psicanálise, embora não a ignore.

## **Historicidade sem contextualismo**

É sempre tentador associar o que se segue, a partir do DSM III, lançado em 1980, com a substituição dos modelos de compreensão psicanalíticos e psicológicos pela Psiquiatria ou a Neuro e Biopsiquiatria como sistema diagnóstico, com o gradativo declínio do estado de bem-estar social acompanhado pela responsabilização do indivíduo pela própria saúde física e saúde mental. Podemos mesmo dizer que, de certa forma, o forte processo de medicação do corpo e da

---

suscinta das controvérsias, ver Martinhago e Caponi (2019). Mas, afóra a polémica instaurada há mais de duas décadas, o que nos interessa é o fato de que a discussão é antes um debate, ainda que os contendores disso não se apercebiam, sobre uma questão de linguagem.

<sup>5</sup> Usaremos o termo “diagnóstica”, em minúscula, em referência aos saberes individualmente.

mente tem a ver com a expansão mercadológica da indústria farmacêutica, e a ampliação do mercado do sofrimento e do bem-estar<sup>6</sup>.

Não podemos, no entanto, afirmar de forma convincente que as tentativas de localizar no organismo os males da alma sejam provenientes de um modelo neoliberal, quando olhamos para a história e percebemos que o materialismo neurológico data do século XIX! Cumpre lembrar que esse materialismo é uma decorrência direta da discursividade que ganhara força na transição do século XVIII para o XIX, com a crescente autonomia das ciências da vida em relação ao discurso religioso.

Associar o materialismo neurológico às novas condições de produção capitalistas europeias, como o advento da segunda revolução industrial, do projeto civilizatório-colonizador pode parecer interessante, e de certa forma pertinente, mas precisamos então explicar como o modelo psicanalítico se estabeleceu como uma diagnóstica potente na primeira metade do século XX, a despeito de um apelo crescente da ordem médica.

As questões parecem um pouco mais complexas se atribuirmos a emergência da Psicanálise como modelo diagnóstico para o “mal-estar” à valoração do indivíduo como elemento mínimo de sustentação do capitalismo moderno e contemporâneo, sob o risco de parafrasear, anacronicamente, as críticas stalinistas que atribuíam à Psicanálise o estatuto de ciência burguesa, o que levou ao seu banimento na União Soviética em 1936. Por isso mesmo, é preciso esclarecer as coisas: epistemologicamente, a Psicanálise é justamente a clínica que, partindo de um certo saber sobre o indivíduo, é aquela que interroga a sua não-divisibilidade.

---

<sup>6</sup> Os campos que contribuem com o pensamento crítico da saúde fornecem-nos uma extensa literatura, que nos ajuda a refletir sobre as relações entre medicalização, biomedicalização, o impactante poder das biotecnologias, o incremento de uma cultura medicamentosa, e a atual fase do capitalismo. Para ficar nuns poucos exemplos, podemos citar: Burri e Dumit (2007); Clarke et al. (2003); Conrad (2007); Kleinman (2006); Sander Rajan (2017) Rose (2007) e Lemm e Vatter (2014).

É uma boa hipótese perceber a íntima relação entre eventos do saber biológico e da economia política<sup>7</sup>, mas o que dizemos aqui é que aquele saber é uma *discursividade* (epistêmica) e ela, junto com o campo da linguagem, é uma das discursividades que constituem o sujeito contemporâneo ao lado – e não por causa – da economia política.

Para pensar as disputas pelo diagnóstico do sujeito, do corpo, dos males e dos sofrimentos, ou seja, para pensar a Diagnóstica, é preciso considerá-la como uma interrogação que se estabelece sobre a relação entre discursividades que epistemicamente constituem o humano contemporâneo em sua forma-sujeito contemporânea. Com isso a relação vertical entre sentido e condições materiais de produção do presente passa a ser contingente, embora ainda relevante.

Há, portanto, efeitos concorrentes entre o modelo hegemônico diagnóstico atual, no campo do sofrimento mental, e certas convergências próprias ao modelo ou razão neoliberal (DARDOT; LAVAL, 2016); e sua cultura narcísica (LASCH, 1983), performativa e depressiva (EHRENBERG, 1998) e, principalmente, no que diz respeito à alta demanda por medicação das patologias, mas é preciso olhar um pouco mais além para perceber uma certa historicidade que põe a busca pela “causalidade orgânica” dos males mentais numa série discursiva que remonta à própria constituição do sujeito contemporâneo, sujeito-indivíduo, sujeito-corpo (ou um sujeito-um-certo-corpo).

## Da esquizofrenia aos tipos naturais

“Esquizofrenia” é um neologismo composto de dois lexemas gregos: σχίζειν (schizein) – dividir, quebrar; e φρήν (phrēn) –

---

<sup>7</sup> Muito íntima, por sinal, como no modo como o determinismo biológico serviu à colonização, a regimes políticos autoritários, aos debates sobre superioridade étnica, e vis a vis, como o pensamento político também ressoou nas próprias elaborações biológicas. Lembramos aqui o trabalho renovador de Meloni sobre “biologia política” (2016); o que não implica, por sua vez, em “determinismo político-econômico”.

compreensão, razão ou mente. Bleuler cunhou o termo em 1908, e ele estava claramente familiarizado com a Psicanálise – era um interlocutor de Freud – e as especulações de Franz Gall, o livre pensador da frenologia, uma pseudociência nunca aceita na academia, mas que tinha auferido certa repercussão popular. Bleuler revisou a sintomatologia de Kraepelin, que via na loucura a manifestação de uma "demência precoce". Para Bleuler, não se tratava tanto de uma forma de demência, mas a característica de uma personalidade não sintética<sup>8</sup>.

Mas por que não há referência à Psicanálise a partir de sua primeira tópica, visto que se tratava de uma disciplina com um bom status no meio intelectual de língua germânica no início da segunda década? Por que não uma "consciência dividida", visto que o problema das psicoses já atraía a atenção de Freud desde 1894? (Freud, 1996).

O caso Schreber, um estudo paradigmático, chega no mesmo ano da publicação do texto inaugural de Bleuler. Por que a escolha do lexema "freno", que remetia a uma memória discursiva<sup>9</sup> percorrida pela frenologia, cuja ênfase era essencialmente colocada em características cerebrais?

---

<sup>8</sup>Bleuler compôs o conceito em 1908 e a publicação do livro *Dementia Praecox: Oder Gruppe der Schizophrenien* foi em 1911. Sobre a história desse conceito ver Loch (2019), Falzeder (2007) Kysiridis (2005) e Eikis (2000).

<sup>9</sup>O conceito de "memória discursiva" é fundamental em nossas pesquisas. É definida pelo seu formulador, J-J Courtine (1981), como uma noção "subjacente à análise da FD (Formação Discursiva) realizada pela Arqueologia do Saber: qualquer formulação tem em seu "campo associado" outras formulações, que ela repete, refuta, transforma, nega..., isto é, em relação ao qual produz efeitos de memória específico; mas qualquer formulação também mantém com formulações com as quais coexiste (seu "campo de concomitância", diria FOUCAULT) ou quais suceder (seu "campo de antecipação)" (1981, p. 52, tradução nossa). Sobre o conceito de formação discursiva citado, ver Foucault (2009, p. 43). Mas a definição é outra no quadro da Análise de Discurso, a que nos filiamos. Seguimos a definição de Orlandi: "Aquilo que, numa dada conjuntura" – isto é, de uma dada posição numa dada conjuntura – "determina o que pode e deve ser dito" (2009, p. 53).

Muitos embates intelectuais seguiram-se sobre o conceito de esquizofrenia, mas muito do “por quê” da nomeação foi deixado de fora. Não tentaremos responder aqui, mas há na escolha do suíço Joseph Breuler, psiquiatra e eugenista, tanto uma opção pelas teorias localistas quanto pelo materialismo psiquiátrico.

Cada escolha de nome é antes uma exclusão de outros nomes possíveis, com a conseqüente exclusão de uma rede de associação semântica que lhe dá um feixe de designação. Safatle (2018) chama a atenção para o fato de que a denominação de “um mal” como “entendimento ou mente dividida” – mesmo que seja fundamentada em uma base localista e orgânica – só pode ocorrer na cultura onde a noção de mente como uma unidade sintética é privilegiada para a compreensão. Hacking (2000) vai além e problematiza a “patologização” das personalidades múltiplas, que de alguma forma só é possível numa cultura em que o transe é visto como problema.

Se o novo DSM retoma e amplia uma paixão taxonômica, ele o faz dentro de uma discursividade que aproxima sofrimento mental e “tipos naturais”, numa espécie de “espectro das afecções mentais” que nada pode deixar de fora e nada pode sobrepor, como as próprias taxonomias biológicas. E a ideia básica por trás do conceito de “tipos naturais”, como afirmam Kincaid e Sullivan (2014), é de que a ciência é capaz de identificar a maioria das entidades fundamentais da natureza, e mostrar como elas se relacionam.

Assim, a Biologia parece-nos um todo integrado, sistêmico, com cada “elemento” desempenhando funções específicas da mesma forma que acontece na química, na física e nas ciências que lutaram pelo reconhecimento de sua positividade. Quando, por exemplo, falamos da Linguística moderna de Saussure, falamos desta pretensão: a Linguística Estrutural encontra reconhecimento por ser organizada como um sistema, onde mudanças nos valores fonéticos reverberam em toda a estrutura. Trata-se de uma marca de positividade: na Biologia, na Linguística Estrutural, na... Psiquiatria.

No caso dos transtornos mentais, continuam Kincaid e Sullivan (2014), as categorias psiquiátricas deveriam compor um



conjunto de fenômenos sujeitos à mesma explicação causal e que respondam ao mesmo tipo de intervenções causais. Se as categorias psiquiátricas não responderem a essas exigências, então a classificação existente deve ser revisada e / ou eliminada.

Tipos naturais presumem que exista algo no mundo que apoia as classificações. As perguntas abertas são "O que você quer dizer?" e "Que tipo de classificação pode ser garantida?" O sentido mais forte de tipos naturais, muitas vezes referidos como "essencialismo", nos leva a pensar que existem conjuntos de propriedades individualmente necessárias e suficientes em conjunto para um tipo particular envolvendo um interior ou exterior rigorosamente classificado de todas as pessoas. O sentido mais fraco apenas sugere que certas propriedades estão estatisticamente associadas; não permite uma categorização clara e não arbitrária de indivíduos que estão em um continuum. Várias outras noções se encontram entre esses dois polos. As abordagens pragmáticas podem concordar com o continuum fraco, mas acreditam que razões práticas, como o custo-benefício, podem permitir o desenvolvimento de limites motivados (KINKAID; SULIVAN, 2014, p. 2, tradução nossa)

Discursivamente, o que está em jogo é uma tentativa de mapeamento conceitual, que deveria cobrir todo o espectro dos males mentais, a ponto de nenhum fenômeno ligado ao sofrimento psíquico humano ser deixado de fora. Essa tentativa passa por contínua elaboração e reelaboração de "fronteiras nosológicas", catalogadas a cada edição do DSM (como por exemplo a redefinição de fronteiras entre psicose-maníaco depressiva e bipolaridade), por vezes por extensão de alcance de um tipo anterior, como o autismo, que se tona "espectro", de modo a cobrir certos fenômenos de comportamento antes deixados de fora.

O processo discursivo aqui se estabelece, portanto, a partir de alguns efeitos de evidência: que os males se distribuem como numa paleta de cores ou frequência de tons, que eles podem ser divididos em "tipos discretos", que eles podem ser encontrados na "natureza psíquica" humana, que, ao nomear, os apreendemos e

compreendemos seu funcionamento, numa ecologia de correspondência de entes “naturais”.

O mesmo processo discursivo levará à ampliação desse feixe nosológico incorporando comportamentos, ditos problemáticos, não adequados a uma certa “normalidade”. O clássico trabalho de Canguilhem (2011) mostra como as noções de patologia e normalidade são, para a Medicina moderna, uma questão 1) quantitativa, de variação estatística; 2) de processos que ao fim e ao cabo se tornam modos de normatização.

A problematização aberta por Kincaid e Sullivan em relação aos tipos naturais (um efeito de evidência) suscita-nos, então, questões acerca dos efeitos de interpelação/identificação/subjetivação desse processo discursivo de nomeação. Damos aqui um passo atrás, recorrendo às reflexões de Hacking (2009) sobre como a nomeação de um tipo natural e a consequente identificação de um sujeito com base em um diagnóstico emitido por um especialista ressoarão subjetivamente em um processo de identificação; no jargão do Hacking, em um “efeito loop”.

As pessoas podem reconhecer a si e aos outros em novos conceitos ou “rótulos”, e esse reconhecimento “cria novos tipos de pessoas”. É uma aposta ontológica, a que Hacking denomina de “nominalismo dinâmico”. Nesse caso, o autor não considera que haja um “tipo de pessoa” a ser descoberta por especialistas; tipo e nome constituem-se simultaneamente (2009, p. 115)

Hacking trabalha sobre áreas de expertise e sua “invenção de pessoas”, mas aqui chegamos a um ponto em que nossa argumentação se divorciará dessa concepção. Isso porque ele não considera o fato de que o efeito de *doxa* em um tipo clínico também deve ser considerado. Afinal, o discurso médico é apenas um dos produtores de significados sobre o sofrimento e autopercepção dos pacientes.

Um depressivo, embora medicamente informado de sua doença, está sujeito aos sentidos cotidianos do que é depressão ou doença mental, pode ou não ser seguidor de terapias sob estratégias biomédicas, identificar-se com o discurso religioso, acreditar que existem outras explicações para seus males do que as científicas.

Ele também assiste ao noticiário, lê jornais que mobilizam outras vozes de pacientes, diagnosticados, pessoas que dão seu testemunho muito particular do que é sofrer de depressão, e será afetado por um sistema de discurso estético (séries, folhetins, filmes, música, novelas), sobre o que deve ser deprimido, mas também sobre os múltiplos sentidos mobilizados nas depressões, incluindo os usos metafóricos fora do campo da saúde mental.

Nossa crítica à percepção de Hacking e seu nominalismo dinâmico é que o autor parece acreditar demais na correspondência direta entre o tipo clínico e os modos de subjetivação desse tipo, sem levar em conta a complexidade da memória discursiva que concorre com a nomeação clínica da doença. Mas suas reflexões não deixam de trazer questões interessantes acerca dos processos de interpelação/subjetivação, porque atendem também aos sujeitos em busca de identificação e nomeação para os seus sofrimentos, e a angústia do desconhecido, do não sentido.

Portanto, os processos de “mapeamento nosológico”, o estabelecimento de fronteiras “entre males”, a ilusão sistêmica de saturação de um todo-diagnóstico, a nomeação, ou a disputa pelo poder de nomear, os efeitos de interpelação/identificação/subjetivação, os modos de constituição, formulação e circulação dos sentidos de normalidade e patologia, são processos discursivos que de alguma forma podem ser pensados no âmbito de uma Análise de Discurso, o que parece reforçar a hipótese de que a Diagnóstica é antes uma questão discursiva.

Como já afirmamos em outro momento (ALVES; CAMPOS, 2017), o modo como designamos os males, como nos enredamos numa cadeia de sentidos, estrutura a nossa aflição. Os sentidos do mal, voltamos a dizer, são constituídos por um largo espectro de fatores – culturais, sociais, históricos, psicológicos – e participam efetivamente da forma como o sujeito compreende, percebe e se apropria do seu sofrimento, mas sempre inscrito na memória, no interdiscurso, que é o conjunto do dizível histórica e linguisticamente definido (ORLANDI, 1992, p. 89).

Mais que uma questão de nomenclatura, a designação das doenças e dos males deve ser vista como um acontecimento discursivo, capaz de levar os sujeitos sociais à compaixão, mas também a medos e angústias com relação ao “outro” ou a si próprios, não raramente tendo por efeito a estigmatização de indivíduos e grupos sociais. Da mesma forma, a designação das doenças é capaz de produzir modos de subjetivação, reafirmações e desconfortos identitários, vividos como parte da experiência subjetiva dos sujeitos (ALVES; CAMPOS, 2017).

### **Estar doente, ser doente: sentidos**

Agora passamos a uma segunda fase dessa questão, que é o lugar das identificações do sujeito do sofrimento físico. Não se trata de negar a realidade fenomênica do sofrimento e da dor, evidentemente, mas de compreender que o sofrimento poderá ser ainda mais angustiante quando ele não é nomeado, diagnosticado, não ganha o estatuto social de sentido, que permite-lhe – ao sujeito – entrar no universo das trocas simbólicas.

A questão, no entanto, é que tal universo não se mantém alheio às relações de força na sociedade e à sua constituição histórica. O sentido do sofrimento não é transparente, e está sujeito ao mesmo exame discursivo que atribuímos a outras esferas da existência humana. Evidentemente, esse debate está muito mais avançado no que diz respeito ao estatuto do sofrimento mental que físico. Então vamos dedicar algumas linhas a este último.

Os graves efeitos sobre o corpo, por vezes incapacitantes, provocados por neoplasias malignas são tratados pela Medicina hoje em dois momentos: o cuidado terapêutico, onde se busca a cura ou ao menos o controle dos riscos de morte e agravamento e, no caso de perda de controle e irreversibilidade, o cuidado paliativo, principalmente, no que diz respeito à atenuação das angústias físicas, das dores, e do impacto psicológico produzido pela eminência da própria finitude.

Estranhamente, a medicina da dor e do cuidado paliativo são acontecimentos relativamente recentes em nossa história da saúde (BASZANGER, 1995). O percurso médico, à medida que diagnosticava o paciente como desenganado, terminava ali no exato momento do desengano. Remetido à solidão de sua própria dor e a de sua família, a Medicina o acompanharia somente na forma de algum recurso farmacológico de atenuação do sofrimento físico.

Isso mudou muito recentemente. A experiência desse momento derradeiro da vida tornou-se um objeto da clínica, em outras palavras “o morrer” tornou-se uma questão médica, ao contrário da morte, que sempre o fora. É possível, seguindo os passos de Daston (2006), construir uma biografia desse objeto clínico que é a “experiência da finitude”, em muitas comunidades, restritas ao acompanhamento religioso. Portanto, em alguns casos, o que temos é uma inscrição do percurso para a morte em outra discursividade, que não somente a religiosa, mas também a médica.

Essa apropriação do “morrer” pela Medicina, assim como da agonia e da dor, a partir da clínica do cuidado paliativo, nos dá um bom exemplo de como a historicidade vai constituindo os sentidos mesmo de um momento tão, contraditoriamente, vital da experiência humana.

Essa reinscrição em outra cadeia de sentidos leva à própria significação de si por parte do sujeito ao cuidado, não mais o “moribundo”, mas agora um “paciente”. O que produz deslocamentos em toda a rede de significações em jogo em sua dor e sua própria agonia. A dor e a agonia, evidentemente, podem não ser atenuadas – ou podem, com a produção de fármacos potentes para analgesia – mas o sentido da própria dor e da própria agonia passam a ser experienciadas de maneira distinta. Por outro lado, o paciente pode continuar significando a si como quem se encontra sob os olhos do Criador, próximo do seu caminho para o reencontro, mas conduzindo com ele a fé em uma reversão que a Medicina não mais pode proporcionar-lhe.

Alguém que esteja inserido numa outra relação de poder entre as discursividades religiosas e biomédico-tecnológicas, muito

provavelmente, a esperança de reversão do quadro se torna bastante limitada. Fé e esperança andam juntas e uma sentença médica de morte pode realmente ser, para o sujeito constituído no discurso biomédico e tecnológico, a palavra final.

Ser afetado por uma ou outra discursividade, ou pelas duas em graus distintos, vai determinar os sentidos que o sujeito atribui à dor, ao sofrimento, de que é vítima, mas também os modos como poderá ressignificar a sua existência, o modo como avaliará o seu percurso até ali, o modo como reviverá suas memórias, a forma como olhará os outros em seu redor, a maneira como se verá socialmente, e o horizonte de suas expectativas.

É nesse sentido que mesmo a dor e o sofrimento físico podem ser objeto de um exame discursivo, cerne importante para o que pensamos hoje para uma Diagnóstica.

## Referências

ALVES, Wedenley; CAMPOS, Iara B. Nomear o mal: sentidos de psicopatia e sujeito psicopata no jornal O Globo. In: SACRAMENTO, Igor (org.). **Mediações comunicativas da saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Multifoco, 2017.

APA, American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders**, 1 ed, 1952.

BASZANGER, Isabelle. **Douleur et médecine**, la fin d'un oubli. Le Seuil: Paris, 1995. (La couleur des idées)

BERRIOS, German E.; HAUSER, R.O desenvolvimento inicial das ideias de Kraepelin sobre classificação: uma história conceitual. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online], v. 16, n. 1, p. 126-146, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000100010> Acesso em: 01 set. 2021.

BURRI, Regula Valérie; DUMIT, Joseph. (org.) **Biomedicine as culture**. New York e Londres: Routledge, 2010.

CANGUILHEM, George. O normal e o patológico. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CLARKE, Adele E; MANO, Laura; FISHMAN, Jennifer R; SHIM, Janet K; FOSKET, Jennifer Ruth. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine. **American Sociological Review**, Washington, v. 68, p. 161-194, apr. 2003.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COURTINE, Jean-Jacques. Quelques problèmes théoriques et méthodologiques en analyse du discours, à propos du discours communiste adressé aux chrétiens. In **Langages**, 62, Larousse, 1981, pp. 9-128.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

EHRENBERG, Alain. **La fatigue d'être soi**. Dépression et société. Paris: Odile Jacob, 1998.

ELKIS, Helio. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 22, p. 23-26, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500009>. Acesso em: 01 set. 2021

FALZEDER, Ernest. The story of an ambivalent relationship: Sigmund Freud and Eugen Bleuler. **J Anal Psychol**. 2007 Jun; 52(3):343-68. doi: 10.1111/j.1468-5922.2007.00666.x. PMID: 17537145.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FREUD, Sigmund. As neuropsicoses de defesa (1984). In FREUD, S. **Edição standard das obras psicológicas completas**, v. 3, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 51-72.

HACKING, Ian. **Ontologia histórica**. São Leopoldo, Ed. Unisinos, 2009. (Col. Filosofia e Ciência.)

HACKING, Ian. **Múltipla personalidade e as ciências da memória**. Rio de Janeiro, Ed. José Olympio, 2000.

KAWA S, Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. **Philos Ethics Humanit Med**. 2012; 7:2, 2012. doi:10.1186/1747-5341-7-2

KINKAID, Harold; SULIVAN, Jacqueline. **Classifying Psychopathology**: mental kinds and natural kinds. Cambridge, Massachusetts, London: The MIT Press, 2014.

KLEINMAN, Arthur (ed). **Global pharmaceuticals**: ethics, markets, practices. Durham: Duke University Press Ed., 2006.

KYZIRIDIS, Theocharis. Notes on the history of schizophrenia. **German Journal of Psychiatry**, 8(3), p. 42–48, 2005.

LASCH, Christopher. **A cultura do narcisismo**: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983

LEMM, Vanessa; VATTER Miguel (eds.). **The Government of Life**: Foucault, Biopolitics and Neoliberalism. New York: Fordham University Press, 2014.

LOCH, Alexandre Andrade. Schizophrenia, Not a Psychotic Disorder: Bleuler Revisited. **Front Psychiatry**, 10:328. doi:10.3389/fpsyt.2019.00328. 2019.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 29, n. 02 [Acessado 5 Setembro 2021], e290213. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>>. Epub 16 Set 2019. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>.



MELONI, Mauricio. **Political Biology**: Science and Social Values in Human Heredity From Eugenics to Epigenetics. New York: Palgrave Macmillan, 2016.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. Campina: Ed. Pontes, 2009.

ORLANDI, Eni. **Do Sujeito na História e no Simbólico**. Campinas: Escritos, 1999.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online]. v. 12, n. 2, p. 379-386, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200011>. Acesso em: 01 set. 2021.

ROSE, Nikolas. **The Politics of life itself**: biomedicine, power and subjectivity in the twentieth-first century. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2007.

SAFATLE, Vladimir Pinheiro; SILVA JUNIOR, Nelson da; DUNKER, Christina Ingo Lenz. **Patologias do social**: arqueologias do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

SUNDER RAJAN, Kaushik. **Pharmocracy**: Value, Politics, and Knowledge in Global Biomedicine. Durham and London: Duke University Press, 2017.



# Corpo, linguagem e saúde: você precisa emagrecer hoje?

*Marcos Barbaí<sup>1</sup>*

## **O Bicho**

Vi ontem um bicho  
Na imundície do pátio,  
Catando comida entre os detritos.

Quando achava alguma coisa,  
Não examinava nem cheirava:  
Engolia com voracidade.

O bicho não era um cão.  
Não era um gato.  
Não era um rato.

O bicho, meu Deus, era um homem.

**Manuel Bandeira, 1947**

Dentre os meus interesses de pesquisa e de reflexão, eu gostaria de ressaltar o desejo de compreender as relações entre a alimentação, a saúde e o urbano e, para isso, tenho me dedicado a analisar uma problemática de linguagem e de corpo: as dietas. Esse fato da vida moderna, ou seja, manter uma dieta saudável, é uma questão médica e nutricional, mas com uma componente de comunicação: há um segmento editorial dedicado aos corpos saudáveis, à boa alimentação, assim como programas de televisão, por exemplo, o “Quilos Mortais” e o “Emagreci, e agora?”, realities shows, exibidos no USA e no Brasil, pelo canal TLC<sup>2</sup>, dedicado a

---

<sup>1</sup> Labeurb/Unicamp

<sup>2</sup> <https://www.discoverybrasil.com/tlc/tv/programacao>

acompanhar, por 01 ano, a vida de pessoas com obesidade mórbida, pesando acima de 600 libras (aproximadamente 272 quilos), que ingressam num programa de redução de peso, mantido por um hospital, na cidade de Houston.

A alimentação é um item indispensável da composição de nosso cotidiano. Entretanto, ela tem sido atravessada por todo um jogo político e social que transformou o ato de comer num *comportamento alimentar*. Na realidade brasileira e de muitas partes do globo, não se tem acesso à comida, nem ao mínimo necessário, ou seja, fazer pelo menos três refeições ao dia. Em meu ponto de vista, nunca o comer foi tão estudado, codificado, medicado e exibido. Quantas horas, no nosso dia-a-dia, nos dedicamos à comida: entre refeições, lanches, guloseimas, compras e seus preparos? Comemos apenas para a nossa saúde psíquica e corporal? Que injunções há no ato de comer?

A alimentação não é, portanto, o simples ato de se nutrir. Quando apelamos à comida o que pode aí estar em jogo? Penso que não se trata do alimento, trata-se de outra coisa cujo lugar é ocupado pelo alimento. Dito de outro modo, um jogo de ausência-presença, prazer-desprazer, materializado no alimento. Em suma, um jogo de referência, face ao que entra na boca e ao que pode ser sustentado na língua. Não desejo, aqui, provocar a fome (com ela não se brinca, e é importante insistir, ainda mais na realidade brasileira: uma de nossas metas, da última quinzena de anos, era erradicar a fome em nosso território). Nós, cada qual do seu lugar, sabemos da memória da fome. A alimentação é uma questão urbana. Ela diz de um povo. E de uma nação. Vai uma feijoada aí? Ou você prefere um prato vegano?

Quero, neste texto, que se resume a uma reflexão ainda inicial nessa problemática, me lançar em direção às dietas, interrogando-me sobre os jogos linguageiros e discursivos que orientam as práticas do bem comer: a moderação, quase sempre articuladas entre a fixação, abandono e o afastamento do alimento. Há que se lembrar, ainda, as dietas necessárias para recomposição de peso e ou vitaminas vitais para a manutenção do corpo. Nesta reflexão, vou trabalhar com dois

materiais: as dietas apresentadas ou divulgadas em revistas e a dieta materializada em um filme. Com as dietas, essa “coisa-a-saber”, para lembrar uma expressão de Michel Pêcheux (1997), lidamos – a meu ver – com um ponto de sideração em relação ao alimento: o desconforto de um comer a mais ou a menos. E aqui nos pergunto: você precisa emagrecer hoje?

### **O corpo: materialidade do sujeito**

O que nos faz existir como corpo e não como carne, seja ela “la viande”, a carne que se vende para consumo, ou “la chair” a carne humana e, mais ainda, um organismo biológico, é a linguagem<sup>3</sup>. O corpo, como diz (ORLANDI, 2012, p. 28), “não é infenso à ideologia”. De fato, o corpo, a materialidade do sujeito, é uma anomalia que, à revelia, bagunça a anatomia humana. Dizer que o corpo é a sede material do sujeito implica considerá-lo, tal qual a autora, mas dessa vez em referência à dança (ORLANDI, 2011, p. 2), como um “acontecimento antes da denominação”. Desse modo, o corpo, uma realidade entrelaçada, ou seja, articulado, simbólica, imaginária e real, é uma estrutura significante impossível de se inscrever, sobretudo como desejam as arquiteturas significantes ou formais.

É preciso, portanto, em se tratando do estudo do corpo, levar em consideração a distinção entre, de uma parte, o organismo vivo e, de outra, o que a língua designa como corpo. Assim, para se constituir um corpo é necessário, como aponta (LACAN, 1998), em “O estágio do espelho”, um organismo mais uma imagem. A unidade, a consistência, a forma material visual, se opõe ao estado de deiscência do organismo prematuro que a imagem ainda não ordenou. Tem-se a prótese do imaginário que faz do organismo fragmentado um corpo unificado cujo valor, já dizia Freud (1972), é libidinal.

Entretanto, o próprio Lacan não se atém a essa tese da prematuração do organismo. Ele avança em sua reflexão, imputando a fragmentação do corpo ao efeito da própria

---

<sup>3</sup> Trabalho com as nuances da palavra carne (viande/chair), na língua francesa.

linguagem, daquilo que se pode reconhecer das formações do inconsciente e dos mecanismos significantes. Com Jacques Lacan (1998, p. 863), nós somos instados a pensar que o “importante é apreender como o organismo vem ser apanhado na dialética do sujeito”. Há, não podemos esquecer, a gestão e os impasses dos corpos. Um corpo não é da ordem do milagre da encarnação, do verbo que se fez carne. Um “sujeito não é carne; é, antes de tudo, falta de carne. Dito de outra maneira, ele não é seu corpo” (SOLER, 2019, p. 22). A autora explicita, com Lacan, que é pelo corpo que o sujeito se tem, pois a “dominação sobre os sujeitos passa pela dominação dos corpos” (idem, p. 25).

A materialidade do corpo não é sua unidade imaginária da qual já se tentou fazer uma história das mentalidades. O que nos dá o corpo é a linguagem. Assim, o que faz o destino do ser humano não é a anatomia, mas o discurso. E aí está a materialidade, já que como destacou (LACAN, 2003), em “Aturdito”, homem e mulher não são um problema de anatomia, são um problema do sujeito.

É preciso lembrar que os órgãos do corpo, o que dá a esses elementos uma estrutura de saber, é o fato de que há linguagem. Um corpo, como diz Soler (2019, p. 26), dá trabalho e um trabalho que se dá segundo formas historicamente determinadas. Esse é um índice importante, porque os corpos de nossa urbanidade moderna respondem sobejamente às determinações biopolíticas (no sentido que lhe dá Foucault) e capitalistas. Um corpo saudável é uma construção de políticas da linguagem, de políticas de administração do corpo social. Em suma, há efeitos de linguagem que determinam as qualidades estéticas da imagem corporal. Há uma consistência corporal que é real, comandada pelos fatos simbólicos e políticos.

### **No regime do inconsumível: a alimentação**

Há uma máxima que diz: “a cozinha é o coração da casa”. Ali, nesse espaço citadino, de laço social, pratica-se a sobrevivência humana, pois cada um de nós, necessitamos da preparação de

alimentos, de fato, comer, para não morrer. Na temporalidade humana, em que o comer derivava da caça, da pesca e do cultivo, adentramos na era da produção do alimento. Nunca foi tão farta a oferta de alimentos como em nosso tempo. Comer (bem ou mal), não comer (abjeção do alimento; não acesso ao alimento) não é só uma questão familiar, social ou religiosa, ela é capitalista. Fome zero. É possível erradicar a fome?

Michel Foucault (1998), na História da Sexualidade II, no texto “O uso dos prazeres”, destaca que comer é uma arte. A prática do regime é uma arte de viver. Pelo comer, as pessoas se constroem como um indivíduo que lida com o cuidado justo, necessário e suficiente para o seu corpo. Com Foucault, podemos dizer que o comer é da ordem da lógica do corpo. E qual seria essa lógica, nesse tempo em que somos submetidos à escravidão da dívida e vivemos num tempo do inconsumível? A lógica<sup>4</sup> penso é a de uma verdadeira indústria do emagrecimento, em nome da saúde. O comer entrou no regime da culpabilidade. A alimentação é, algumas vezes, quase sinônimo de transtorno e de excesso. A comida, a relação mais natural e prática sócio historicamente estabelecida, que temos para viver, nos governa.

Logo que nascemos, um sinal de que estamos bem de saúde é o nosso peso. A cada consulta no Posto de Saúde, do Sistema Único de Saúde, ou no pediatra, ele é o índice de desenvolvimento saudável do ser humano. O peso, essa medida ideal, midiática e de biopoder (para lembrar Foucault, mais uma vez) está ligado a um imperativo: a exigência de ingerir. A ingestão do alimento, nas primeiras idades, é fator fundamental para sobrevivência humana. A oferta de alimento é o primeiro regime que nos introduz em alguma coisa que é da linguagem. É com a alimentação que

---

<sup>4</sup> Nesta nota, levo em conta, um comentário de Juliana Santana. Certa vez ela me disse: o comer, a prática de comer, é lógica, pois “Penso, logo existo”, pode também ser dito com: “Como, logo existo”, em que o comer implica o controle, ou seja, administrar o que se deve e não se deve ingerir

acontece alguma coisa que se chama língua. Antes de falar, a língua serve para comer, para deglutir o alimento.

Parto do princípio de que há um ritual fundamental para que alguma coisa que se chama linguagem possa acontecer: o comer. A alimentação é, de certa forma, a língua fundamental. Um lugar de finura que diz do sujeito, um lugar de construção de sua própria estrutura, já que a alimentação é da ordem da economia subjetiva. Comer é uma linguagem em que certas palavras ganham densidade e forma, por meio de nossa boca: jejum; empanzinar; emagrecer; obesidade, para citar algumas. Essas podem até ser palavras dicionarizadas, mas só podemos escutá-las na rede do discurso, em que fala um sujeito. Assim, o que é um dietante? Deixemos, então, a dieta falar!

## Da dieta...

Em uma busca, em big data, para se selecionar dietas, é possível encontrar no navegador muitas, mas muitas indicações de dietas e suas receitas. Apresento, aqui, três delas:

**1-Dieta de emergência:** – 3 quilos em 7 dias. Quem não quer se livrar de alguns quilinhos? Siga a nossa dieta e perca peso rapidinho - sem cometer loucuras! <https://boaforma.abril.com.br/dieta/dieta-de-emergencia-3-quilos-em-7-dias/>

**2-A Dieta do Metabolismo Rápido** – a escolha mais recente da atriz Jennifer Lopez para manter o corpo impecável – promete virar esse jogo ao fazer você incinerar gordura 24 horas por dia. A perda de peso é animadora: menos 10 quilos em 28 dias. “Mas, para atingir essa meta, as regras da dieta devem ser seguidas à risca”, disse a criadora do método, a nutricionista norte-americana Haylie Pomroy, à BOA FORMA. Isso significa fazer cinco refeições por dia, comer 30 minutos (no máximo) depois de acordar, beber bastante água e consumir só os alimentos permitidos nas listas. <https://boaforma.abril.com.br/dieta/dieta-do-metabolismo-rapido-da-pra-perder-ate-10-quilos-em-28-dias/>



**3-Dietas para emagrecer rápido e com saúde.** Fazer mudanças na alimentação é um dos pilares para perder barriga. Para conseguir uma perda de peso saudável e duradoura é importante investir em bons hábitos alimentares. Para isso, existem diferentes tipos de dietas para emagrecer e cada uma utiliza seu próprio método, de acordo com a finalidade desejada. <http://www.minhavidade.com.br/alimentacao/tudo-sobre/23034-dietas-para-emagrecer-rapido-e-com-saude>

Com esses três recortes, com essas peças de linguagem (ORLANDI, 1998), eu gostaria de chamar a atenção para um funcionamento linguístico: o das preposições. Assim, temos: em (1) **Dieta de emergência** (substantivo + preposição + substantivo); (2) **A Dieta do Metabolismo Rápido** (artigo + substantivo + preposição + substantivo + adjetivo); e, (3) **Dietas para emagrecer rápido e com saúde** (substantivo + preposição + verbo + adjetivo + conjunção + preposição + substantivo).

Essa descrição dos termos linguísticos, para além de uma mera classificação das formas gramaticais de uma língua, tem por finalidade, na reflexão que empreendo, pensar com as formas linguísticas, a configuração enunciativa de um dizer. Que economia enunciativa há na prática de uma dieta? Essa pergunta, penso, nos coloca frente à nomeação de um *referente*, que vou chamar de *x*.

Uma rápida olhadela na gramática e ficamos sabendo que as preposições são palavras que têm a função primária de ligar e subordinar duas outras palavras, uma que vem antes dela e outra que vem depois. Essas palavras, entre as quais é estabelecida uma relação de termo regente e regido, podem ser um advérbio e um substantivo, um adjetivo e um substantivo, um substantivo e outro substantivo, um verbo e um substantivo ou o contrário.

Eu gostaria de chamar a atenção para o efeito das preposições nas três expressões em destaque. As preposições essenciais não só ligam, elas subordinam elementos que determinam e localizam aquilo que deve reger uma dieta. Acompanhando a nomeação das dietas, com os recortes que aqui apresento, somos colocados frente

a evidência e a obviedade da nomeação: há um retorno do dizer sobre o elemento X, regido pelas preposições, que faz de uma dieta “um X que se pode dizer” submetido a uma soberania criadora (AUTHIER-REVUZ, 1998, p. 74).

Esse funcionamento enunciativo faz com que as dietas sejam expressões que nos caibam bem, que nos caibam perfeitamente, e devem ser empregadas não como figuras ou práticas de controle do corpo, mas como possibilidades de jogar o dizer e o sentido. Numa dieta, seguindo uma dieta, pesamos as palavras. Tem-se, assim, uma fórmula: “Subordinado a X”, ou seja, subordinado ao peso, subordinado à dieta, subordinado à palavra. Aquele que busca uma dieta adere, alude a uma determinação bem-dita. Mas, aqui, esquece-se que a língua pode oferecer surpresas, nos movimentos de adesão de um enunciador a um dizer.

Eu localizei o funcionamento das preposições para chamar a atenção para como a ordem das palavras configura uma topografia, uma formação de linguagem. O enlaçamento das palavras é, penso, um índice para refletirmos como delimitam-se sentidos e práticas no discurso, como se determinam, se subordinam temas de discurso. De fato, localizo, aqui, a partir dos enunciados destacados, os jogos da estrutura sintática da tematização: X é o que P: uma fórmula que põe em evidência elementos e que são objetos de uma questão, de uma problemática.

O meu recurso à questão linguística se dá porque estou, neste momento, sensível à ordem das palavras. Henri Weil (2015, p. 25) diz que a marcha sintática não é a marcha das ideias. A ordem das palavras não reproduz as ideias. E por quê? A minha resposta vem com Jean-Claude Milner (1978), na obra “Ordens e razão da língua”. Há um termo exorbitante: ele é o sujeito.

Chamo a atenção para uma questão fundamental, às vezes esquecida pelos analistas de discurso, como salienta Orlandi (2009, p. 111): o assujeitamento à língua. Diz a autora: “os sujeitos não só quando aprendem a língua mas sobretudo quando aprendem o discurso sobre a língua, colocam-se na perspectiva do sujeito que a pragmática teoriza”. Está, aí, em jogo a ilusão de ser a origem do que diz.

Uma dieta “X é o que P” é um lugar de abjeção, pois algo que se pratica no ato de alimentar se opõe àquele que se alimenta. Há uma ameaça de fora, a qual é preciso tolerar, pensar, mas isso sempre é inassimilável. É necessário um desgosto alimentar, uma repulsa ao alimento. O desgosto alimentar é, para Kristeva (1980, p. 10), a forma mais arcaica e abjeção, pois coloca em jogo uma série: “eu não quero; eu não quero saber; eu não assimilo; eu expulso” (idem).

O cerne de uma dieta é a exclusão rápida e veloz de itens ou da quantidade de itens alimentares. E aquilo que articula a exclusão, é a negação. Assim, é preciso denegar, no ato de alimentar, aquilo que, entrando no corpo, deve ser um dejetivo. É preciso se haver, desde o princípio, com a interdição aos alimentos e com o peso das palavras. Lembro, com Kristeva, que Eva e Adão deveriam evitar o fruto da árvore proibida. A alimentação é, assim, a primeira operação de separação do homem de Deus. O domínio alimentar constitui, portanto, um objeto de tabus divinos, de enunciações morais. As dietas portam, portanto, toda uma memória da tentação. E nelas “algo fala antes, depois e independentemente” (PÊCHEUX, 1988). Em língua.

### **Um corpo (in)consumível**

Nos canais de TV abertos e fechados, o alimentar-se, a comida, nunca esteve tão em evidência. A mote do hoje é o *gourmet*, o *chef*. E para as crianças também. Antes, a avó, a mãe ou pai cozinham. Hoje, temos o chef ou o nutricionista dominando a cozinha. Nada se tornou mais consumível que o alimento de cada dia. Parece que vivemos uma obsessão com a alimentação e com a preparação dos alimentos. Do saudável ao industrializado, passando pelo orgânico. O que quero chamar a atenção é que a alimentação não é somente fonte de prazer, de poder e gozo. Alimentar-se (seja no excesso ou na falta) é um ato complexo, social, econômico e político.

Para falar da nossa relação com a comida, eu gostaria de me deter num funcionamento (que é discursivo, no sentido de uma prática (?)) da nossa vida: o emagrecimento. E, aqui, pergunto:

“você precisa emagrecer, hoje?” E talvez ressoe uma resposta: “Temos que emagrecer a qualquer custo!”. O emagrecimento é, também, uma forma de consumo. Produziu-se uma verdadeira indústria do emagrecimento, em nome da saúde. Parece uma contradição, mas como pensar este processo de emagrecimento, na sociedade brasileira, uma das maiores e mais poderosas potências de produção de alimento no mundo, enfrentando, neste tempo pandêmico, a realidade da fome no país. Os noticiários e a redes sociais não para de circular a imagem desesperadora das pessoas buscando restos de ossos e pelancas, em açougues, para comer. Além disso, muitas famílias buscando alimento no lixo. Se de 2002 a 2015 houve a redução da pobreza no país e o investimento para que casa brasileiro pudesse fazer três refeições: café da manhã, almoço e jantar, hoje falta comida nas casas e no prato de mais de 20 milhões de pessoas.

Não somos infensos à fome. Nesta reflexão, gostaria de reiterar, o meu interesse é pensar, com o campo da linguagem, a relação que construímos com a alimentação, tendo em vista a prática das dietas, que é também uma prática de sentidos. Assim, vale a pena insistir: parece funcionar, na textualização das dietas, uma fórmula, um imperativo: “não comer”; “recusar o alimento” rápido, para se obter uma boa forma. O lugar que escolhi para dar visibilidade a esses dois funcionamentos são os casos de anorexia. Ou seja, a alimentação, quando a dieta é um imperativo da vida, levada às últimas consequências. Se a comida, a relação mais essencial que temos para viver, nos governa, o que quero começar a pensar são os desgovernos: o desejo passional de emagrecer ou o desejo passional e pulsional de se empanzinar. Essa questão da dieta, do alimentar-se, do emagrecer e do se empanzinar, atravessa todos nós, oscila em todos nós. O lugar de visibilidade, como já ressaltai, é um filme. Trata-se de uma produção da Netflix<sup>5</sup>, do ano

---

<sup>5</sup> Neste link é possível se acessar o trailer dessa produção cinematográfica: <https://www.youtube.com/watch?v=aXS2taIXXQA>

de 2017, que se chama “O mínimo para viver” Este filme está disponível na grade dessa plataforma *stream*.

Este filme tem a narrativa construída em histórias de pessoas que viveram transtornos alimentares. Nele, vemos a história de Ellen, que sofre de anorexia, vivendo mais uma internação em clínica. Ellen, estudante de arte, tem uma história peculiar. Ela publica desenhos sobre questões ligadas a si mesma em seu *tumblr*<sup>6</sup>. Acontece que uma jovem seguidora dessa sua rede vive, no corpo, a narrativa de Ellen, alguém atravessada pelo desejo de morrer. Entretanto, a jovem leva isso às últimas consequências e se suicida, cortando os próprios pulsos. Os pais dessa jovem seguidora encaminham uma carta para Ellen, deixada pela jovem morta, com o intuito de que ela, Ellen, saiba desse suicídio. A questão que esse filme coloca e instala é: como administrar o remédio ou o veneno que pode ser a comida? Como administrar esse mínimo necessário para viver? Como comer e pesar as palavras que nos são endereçadas?

Nesse filme, gostaria de explorar duas cenas. A do trailer, em que as calorias do prato são contadas e uma cena do final do filme. Porém, antes de entrar diretamente nessas cenas, vou falar um pouco desse desgoverno no corpo a que somos confrontados. Parto do princípio de que há um ritual fundamental para que alguma coisa que se chama linguagem possa acontecer: comer. Assim, o que pode querer dizer a anorexia? Para os estudiosos do que se tem chamado transtorno alimentar, a anorexia tem uma identidade nosológica (classificação das doenças): ela se apresenta, numa forma clínica simples: a recusa da alimentação (ou essa recusa provocada por vômitos voluntários – e aí teríamos a bulimia). A interrupção menstrual é também um fator de diagnóstico. Há se convencionalizado (e seria isso um caso de misoginia clínica?) que as mulheres são acometidas de anorexia e bulimia, embora haja “casos” relacionados ao público masculino.

---

<sup>6</sup> Tumblr é uma plataforma de blogging que permite a publicação de textos, vídeos, imagens, áudios.

O que torna a anorexia perigosa é o fato de as pessoas que lidam com esse sintoma comerem *tão* pouco que se emancipam, pretendendo não ter fome. O apetite pode estar ausente (ou seja, nenhum desejo do alimento) ou presente (cobiçam o alimento, mas se recusam a comê-lo). O medo é não parar de comer, de ter uma mordida fatal. Partindo do pressuposto de que a anorexia é sintoma, portanto tem estrutura de saber, o que nela, em seu funcionamento, se arrasta da língua? Eu tenho aqui duas hipóteses: o não e a exclusão.

Explico: numa dieta, o dietante precisa dizer não ao alimento; barrar a comida. De fato, é ele aquele que diz: não! Ao alimento. O anoréxico bloqueia o alimento, rejeita a sua entrada no circuito do corpo. O que chamo atenção é que não basta apenas ver como são feitos os sintomas, é preciso pensar nos mecanismos de sua formação, isto é, a negação e a rejeição e a interdição. Tem-se duas questões de língua, que arrastam a linguagem.

Vou, assim, para a primeira cena do trailer desse filme. Lá se pode escutar, ouvir e ler: *“280 da carne, 350 do macarrão, 150 do pão e 75 da manteiga. Você é a autista das calorias.”* Ao invés de haver comida, o que há são números. Ao invés de haver alimento, o que há são calorias. Tudo se conta para entrar no corpo. Tem-se, um corpo a corpo com o alimento, no prato. O alimento aceito ou recusado não o é em razão de sua qualidade, mas em função de sua relação com a esquiva de alguma coisa. A esquiva, dizer não ao alimento, indica uma relação com o alimento, ao mesmo tempo que o tenta barrar. Esse é o funcionamento da negação: no ato de enunciar marcamos uma relação com o objeto que desejamos barrar. A esquiva, dizer não ao alimento, consiste em eliminar um significante. A comida, nessa cena, perde sua substância para se tornar puro número, pura quantidade. Por intermédio da negação, algo do sujeito se inscreve num além do que se diz. A alusão à comida (e lembro o que diz Orlandi<sup>7</sup> sobre essa questão, quando a autora sublinha que na alusão se espreme “a coisa, [se] espreme a relação linguagem/mundo” é um

---

<sup>7</sup> Ver: <https://www.labeurb.unicamp.br/labeurb20anos/labeurb20anosPDF.pdf>

peso para um corpo. Em nome da quantidade, da energia (reduzida às calorias a serem eliminadas) do alimento, se diz não à comida. Tem-se, assim, marcada no prato, uma rivalidade do sujeito com o seu peso. O prato se torna uma calculadora. A operação que se coloca como imperativa é somar para subtrair.

O segundo recorte que eu gostaria de abordar é uma cena no processo de conclusão do filme. A personagem Ellen (Elie) se encontra com a mãe, logo depois de abandonar o tratamento na clínica ao qual fora submetida em internação, por seu pai e por sua madrasta. Tem-se, assim, um diálogo numa tenda que se parece com um útero materno. Nessa cena, a mãe diz à Ellen: “se você quer a morte eu aceito isso agora”. E tem-se uma bonita cena de nutrição: a mãe amamenta a filha com uma mamadeira de leite de arroz. A mãe, vejam, oferece uma alimentação natural!

Uma questão é intrigante: o que há nessa recusa, nessa rejeição ao alimento, à nutrição? O sujeito em dieta é aquele que precisa dizer não ao alimento. O ato aí é: não comer. O anoréxico é aquele que, ao dizer não ao alimento, come o nada. Uma coisa é nada comer; outra coisa é comer o nada. O que há é uma impossibilidade de acesso à comida, à nutrição. A comida é uma intrusa no corpo. O funcionamento da alimentação falha, rateia, deixando aquele que rejeita comer num impasse. Ao dizer não ao alimento, ao rejeitar a alimentação, tem-se um discurso alienado. Ao excluir a comida, o sujeito recusa o acesso a alguma coisa que o ameaça. E uma questão emerge para aqueles que se dedicam a pensar esse transtorno: como manejar essa significação que se instala no corpo, com fins significantes e não significativos?

Não comer, excluir a comida (o que nos arranca da conexão mais social que há: comer) seria da ordem da falta ou da falha? Não comer seria uma falta inscrita no alimento? Ao excluir a comida mostra-se uma falha material nesse significante? Eu insiro essas questões, porque penso em uma questão crucial da análise de discurso: a segregação das pessoas é uma política da anomalia e que é manifesta e propagada na pela linguagem. Os transtornos, as doenças, o que quer sejam, estão aí para nos ensinar a textualidade

do discurso. Comer não é tão natural. Comer não é um ato orgânico. As dietas e os debates sobre uma alimentação saudável podem nos ensinar a ver que o corpo vivente é, sem dúvida, incomodado pela linguagem. Bom apetite!

## Referências

AUTHIER-REVUZ, Jacqueline. **Palavras incertas**: as não-coincidências do dizer. Editora da Unicamp, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2. O uso dos prazeres**. Tradução : Maria Thereza da Costa. Revisão técnica : José Augusto G. Albuquerque. Graal, 1998.

FREUD, Sigmund. **Projeto para uma Psicologia**, ESB, vol. I. Assistido por Alix Strachey e Alan Tyson, direção Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1972.

KRISTEVA, Julia. **Pouvoirs de l'horreur**. Essai sur l'abjection. Éditions du Seuil, 1980.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

MILNER, Jean-Claude. **Ordres et raisons de langue**. Paris, Seuil, 1982.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso**. Tradução Eni Pucinelli Orlandi et all. Editora da Unicamp, 1988.

PÊCHEUX, Michel. **Discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução: Eni P. Orlandi. Campinas, Pontes, 1997.

ORLANDI, Eni Pucinelli. Corpo e Sujeito: na Dança, os Sentidos. **Anais Enelin 2011**. <http://www.letas.etc.br/enelin2011/anais/texts/92.pdf> Acesso em 01/10/2013.



ORLANDI, Eni Puccinelli. Processos de Significação, Corpo e Sujeito. IN: AZEVEDO, A. (org.). **Sujeito, Corpo, Sentidos**. Curitiba, Appris, 2012.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Língua Brasileira**. RG Editores, 2009.

SOLER, Colette. **O Em-corpo do sujeito**: seminário 2001-2002. Tradução: Graça Pamplona, Sônia Magalhães, Cícero Oliveira, Elisabeth Saporitti. Ágalma, 2019.

WEIL, Henri. **A ordem das palavras**. Editora da Unicamp, 2015.



## **Parte III**

# **Políticas Públicas, Saúde e Administração do Corpo Social**



# **As indígenas brasileiras: cultura, subjetividade e políticas públicas**

*Léia Prizskulnik  
Marcella Pereira de Oliveira*

## **Introdução**

Indígenas são populações definidas por nativas, pioneiras no local onde vivem, em contraposição às populações colonizadoras, que chegaram em determinado local para viver num segundo momento. No Brasil, há um antagonismo evidente entre nativos e colonizadores no que diz respeito à cultura: enquanto os primeiros esforçam-se por construir e preservar os seus próprios saberes, os segundos, adeptos da globalização, impõem saberes com tendências de objetivos rentáveis, pautados em interesses econômicos exploratórios, interesses os quais retiram de cena aspectos fundamentais aos indígenas como a singularidade e construções subjetivas – entendendo subjetividade por uma confluência de identificações. Os indígenas também costumam ser chamados de autóctones, nativos, ou ainda aborígenes.

Este estudo tem por objetivo apresentar uma análise sobre a história da população indígena pioneira na habitação do Brasil, com foco na análise de suas mulheres enquanto uma população que apresenta uma relação estreita e singular com seus corpos; relação esta que foi atravessada pela discursividade exploratória portuguesa. Tal atravessamento culminou numa opressão desta população indígena, o que fica mais acentuado com as mulheres, pois elas também sofrem opressão advinda da violência de gênero, a qual vai muito além de violência física. Esta dupla opressão resultou numa necessidade de pensar e efetivar políticas públicas que favoreçam sua dignidade e bem-estar. O referencial teórico-

metodológico escolhido foi uma pesquisa bibliográfica com textos sobre a história do Brasil, os quais são revisitados com auxílio da psicanálise de orientação freudiana.

A história do Brasil é contada do chamado “descobrimento” em diante, ignorando-se o fato de que antes dos portugueses aqui chegarem havia pessoas vivendo em equilíbrio com o meio físico, com seus sofisticados costumes e cultura aliados ao respeito pelos recursos naturais. Considerando-se superiores em termos de ciência, monetarização e comercialização, os portugueses veem os indígenas como uma espécie de raça inferior, a qual precisa ser treinada para atingir o modelo português imposto, sem suavização; ou até morta em caso de atrapalharem seus objetivos exploratórios.

As mulheres indígenas merecem cuidado ao serem tratadas, uma vez que consideremos o fato de ser mulher como inerente a uma das facetas da desigualdade do mundo ocidental, estruturado em cima da figura do homem branco, patriarcal. A discriminação das mulheres indígenas é uma das formas mais perversas de manifestação da discriminação das mulheres, pois estão imersas em dois discursos discriminatórios que se sobrepõe: o sexo feminino, categoria comumente considerada submissa ao masculino, e ainda indígena, categoria considerada submissa ao europeu, colonizador.

### **Os indígenas, sua legislação e lutas cotidianas**

Para a criação de políticas públicas e sistemas de proteção aos indígenas, a priori é necessário o reconhecimento dos mesmos enquanto população distinta à sociedade que se submeteu à colonização portuguesa de exploração. Os povos indígenas têm direitos comuns resguardados pela Constituição Federal de 1988, e direitos específicos às suas condições de vida, regidos por legislações complementares. Estas leis reconhecem que os povos indígenas possuem costumes, línguas, crenças, tradições e organizações sociais específicas. Dentre estes direitos, ressalta-se a livre ocupação das terras nas quais foram criados em suas tribos.

A Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) define como indígena aquele que:

... contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade, e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, as instituições sociais, econômicas, políticas e os sistemas jurídicos (MINISTÉRIO do DESENVOLVIMNETO SOCIAL, 2011, p. 10).

Freyre (2006) descreve, nos primeiros séculos da entrada portuguesa no Brasil, conflitos inerentes à colonização de exploração que lidou com os habitantes locais, os índios brasileiros, como uma espécie de raça inferior que precisava se adequar aos costumes lusitanos; ignorando o fato de que eles eram os então donos da casa.

Pelos frequentes relacionamentos entre portugueses e as indígenas, pode-se afirmar que a figura da mulher morena passa a ser a preferida dos portugueses, ao menos para sexo: eram os anjos maus cuja salvação poderia advir com o batismo, imposição de costumes da igreja católica (FREYRE, 2006). As mulheres indígenas, desde sempre, possuem uma relação especial com seus corpos como parte da natureza e organizam rituais para lidar com os enigmas do sangue menstrual, por exemplo. Entre as mulheres da tribo *Toba* é costume se pintarem de vermelho (urucu) quando menstruadas, como um método profilático para lidar com os espíritos ruins deste período. O gosto pelo cuidado com o corpo é grande entre elas.

A mulher indígena quando mãe, no período colonial, é retratada como dedicada à amamentação até longa idade e a ensinamentos maternos como ensinar suas filhas a fiar algodão e a preparar as comidas, de acordo com o mesmo autor acima. Já os filhos meninos eram ensinados a exercer o domínio sobre as meninas; eram preparados para isso em casas frequentadas apenas

por homens, onde se aprendia sobre os privilégios e responsabilidades de ser homem. Nesses locais, era aprendido a tratar a mulher como local de resto; os afetos eram de pai para filho, de aspecto viril.

A vida menos rotineira, mais nômade e livre, menos dependente de bens materiais dos indígenas foi considerada uma espécie de heresia pelos portugueses, como se vivessem em crime perante a igreja católica. Eles valorizavam o imaterial, o conhecimento advindo da natureza e dos antepassados, o que era visto como uma afronta aos portugueses, cujo saber era desconsiderado. Assim, eles foram apelidados de bugres, o que os denominava de sujos, pecadores imundos. Além disso, eles não serviam ao trabalho escravo, pois eram mais desobedientes e considerados de saúde mais frágil, mais moleirões e avessos à sobrecarga de esforço físico.

De acordo com Alves et. al. (2018), podemos destacar diversas tribos indígenas originárias da região do Vale do Rio Paraíba que sofreram com a colonização de exploração e subsequente extermínio de indígenas locais, dentre elas os Puris, Coroados, Ararís, Coropós, Caxaxenes, Tupinaki. Eles utilizavam o Rio Paraíba para deslocamento e povoavam seus entornos.

Os Puris são uma grande tribo, habitantes das regiões úmidas de São Paulo, com sua população se estendendo desde a Serra do Mar ao Rio de Janeiro, com grande concentração no Vale do Rio Paraíba. São considerados os primeiros habitantes da atual cidade de Rezende, situada no médio do Vale do Rio Paraíba, cuja organização social sofreu com a atuação da colonização de exploração no século XVIII, caracterizada na região, principalmente, pela extração do ouro, e foi considerada uma tribo extinta no século XIX (OLIVEIRA, 2019). Contudo, em 2018, a comunidade de índios Puris de Padre de Brito foi motivo de reunião da FUNAI na Câmara de vereadores de Barbacena, junto a representantes do sindicato de trabalhadores rurais para a discussão de políticas públicas destinadas a esta comunidade; isto nos mostra que os Puris resistem, mesmo apesar de terem sido dados como extintos (CÂMARA MUNICIPAL DE BARBACENA, 2018).



Este grupo de caráter nômade nunca aceitou o aldeamento missionário e, até hoje, luta por seus direitos à terra, pertencimento na sociedade contemporânea e identidade enquanto grupo. Os Puris ainda existem por serem um grupo resistente, que não aceitou a aldeia, correu para a mata e se escondeu. A resistência pela fuga e deslocamento vêm como marca desta tribo, em busca de sobrevivência e manutenção de sua liberdade. Contudo, ao fugirem para a mata, suas terras foram consideradas como abandonadas; daí vem a contradição de como um povo vivo pode ser dado como morto; uma vez que as tribos são facilmente associadas às suas terras. O nomadismo, enquanto característica, fez dos Puris uma espécie de indígenas “sem terras”, pois não eram nelas que eles colocavam a sua segurança, mas sim na capacidade de deslocamento.

### **Contribuições da psicanálise na compreensão da cultura indígena**

Freud (1913/2006), em *Totem e Tabu* analisa as peculiaridades culturais de civilizações definidas aqui por ele como selvagens, com análise principal para as interdições do incesto e parricídio: ele teoriza sobre a forma como tais proibições operam nos povos selvagens, cuja inserção de leis organiza suas civilizações. É uma obra na qual a intersecção entre a antropologia e a psicanálise é evidente, fundamental para uma reflexão acerca da subjetividade humana para além da civilização urbana. Ele define um totem como:

[...] um animal (comível e inofensivo, ou perigoso e temido) e mais raramente um vegetal ou um fenômeno natural (como a chuva ou a água), que mantém relação peculiar com todo o clã. Em primeiro lugar, o totem é o antepassado comum do clã; ao mesmo tempo, é o seu espírito guardião e auxiliar, que lhe envia oráculos, e embora perigoso para os outros, reconhece e poupa os seus próprios filhos (FREUD, 1913/2006, p. 22).

Aqui, é possível aproximar a concepção do totem à figura de um pai protetor, embora exista muita diferença na forma de se sentirem protegidos, uma vez que a ligação dos ditos selvagens com o seu meio ambiente é muito forte: o totem pode ser inclusive representado por um fenômeno da natureza. O fato é que entre o totem e os membros de uma tribo há uma relação diferenciada, íntima e especial, de forma que o totem termina por organizar as relações sociais, na medida em que a partir dele são colocadas as leis. Em última análise, os totens serviram para diferenciar as tribos umas das outras, na medida em que cada uma responde ao seu totem, conectando-se com a sua singularidade: ele se torna a insígnia de um grupo. Há uma identificação entre determinados sujeitos e o seu totem. Como conclusão a esta forma de organização tribal em torno de um determinado totem, pode-se pensar que a valorização do coletivo entre os selvagens ganha destaque: a proteção se dirige ao grupo e não a famílias nucleares. Transpondo este pensamento aos indígenas brasileiros, pode-se pensar na proteção às tribos, cada uma das quais cultiva suas formas de proteção.

Freud (1913/2006) percebe que em algumas populações a palavra pai, por exemplo, designa todos os indivíduos capazes de serem pais, a quem assim os chama, e não apenas o seu genitor em específico. O mesmo também ocorre com a palavra mãe. É uma forma de organização da vida com ênfase no social e não no nuclear. Além disso, também é mencionada a ênfase que povos, definidos pelo autor como primitivos, atribuem a seus desejos. A crença em um totem está diretamente ligada à valorização das questões do espírito, oriundas do mundo anímico, voltado à alma e mais distante da materialidade.

Totem e tabu são termos que apresentam, em ordem inconsciente, uma ambivalência emocional contida numa intensidade de afetos. Há ao menos uma dualidade de correntes de afeto em torno do totem: uma que provoca veneração, amor, curiosidade, desejo; enquanto outra provoca repugnância, medo, hostilidade. São-lhe atribuídos poderes superiores, ao mesmo

tempo em que, quando provocam frustração, são-lhe retirados qualquer forma de poder para dar vez a sensação de hostilidade.

Freud (1913/2006) define a palavra tabu como proibições que visam à proteção; como exemplo, a obra trabalha o tabu do incesto e do parricídio exercido contra o totem. São proibições às quais as tribos simplesmente seguem, sem levantar objeções; quem as transgredir estará carregado de um poder perigoso, tal qual uma infecção. Este poder de transgressão está ligado as pessoas e situações tidas como especiais, excepcionais, ou ainda misteriosas. Contudo, são proibições que organizam as tribos, e, desta forma, as protegem. O autor conclui que o incesto é algo que sempre é colocado como parâmetro em tais organizações: ou ele é proibido ou é autorizado enquanto exclusividade. Já o parricídio não aparece enquanto aceitável, e é refletido metaforicamente ao final da obra como um caminho para a independência e a liberdade: matar o pai e se alimentar de seus poderes.

O tabu, portanto, atua em forte ligação com o mistério ou com a provocação de temor, ainda que o perigo não seja objetivável; inclusive pelo contrário, o perigo reside justo na ausência de objetivação: “a base do tabu é uma ação proibida, para cuja realização existe forte inclinação do inconsciente” (FREUD, 1913/2006, p. 49).

Retomando as colocações sobre as indígenas mulheres, é válida, aqui, uma reflexão às proibições associadas às mulheres e ao que é tido como feminino; por exemplo: tabus em relação à menstruação, à gestação e ao parto. São aspectos que transcendem os imperativos categóricos universais, na medida em que são exclusivos das mulheres e vividos de forma muito singular. Vale ressaltar que são condições que despertam sensações de desamparo, o que, por sua vez, desperta desejos inerentes a uma possível cura para o desamparo. São muitos os ditos como: não se deve ter relações sexuais com uma mulher menstruada – entre as mulheres da tribo Toba, por exemplo, durante a gestação e o parto, há uma série de proibições que podem ser vistas como tabus, pela ausência de clareza; são proibições que visam mais a uma organização social do que, de fato, a algum perigo iminente.

Tais situações que despertam tabus são frequentemente tratadas como isoladas do cotidiano, exceções, pelo suposto perigo iminente. A pergunta que incide é: se já é inerente às mulheres situações que despertem tabus pelos seus aspectos singulares como a menstruação, a gestação e o parto, mulheres indígenas causariam um impacto ainda maior por viverem de forma não urbana, mais conectada ao transcendental, ao místico, e aos poderes obscuros e fortes da própria natureza?

### **Mitos indígenas e o encantamento: as Amazonas**

Há um fator encantamento, associado ao sobrenatural, vinculado ao corpo da mulher que pode provocar uma espécie de fascínio. Na cultura brasileira, tal fascínio costumeiramente é associado à figura da mulher mulata, aquela que dança no carnaval seminua e provoca a atenção de todos. É um fascínio ambíguo: ao mesmo tempo em que encanta, provoca certo medo advindo da sensação de mistério e perigo. Embora a dança seja apenas uma forma de expressão corporal, a sensualidade presente no corpo da mulata provoca um algo além. Pode-se pensar que é justo este além, ligado ao encantamento por uma imagem, que talvez tenha causado fascínio aos portugueses quando chegaram ao Brasil e encontraram as indígenas: mulheres de pele morena e cabelos pretos, diferentes das europeias, cujos hábitos envolviam andar seminuas em poucas roupas coloridas e exóticas. Indo mais além, pode-se pensar que este mesmo fator encantamento está envolvido nos atos de violência que muitas mulheres, inclusive as indígenas, sofrem: pode provocar raiva nos homens por ser um comportamento que foge do controle e previsibilidade. Há um fator místico envolvido no encantamento que não tem ligação com a anatomia dos corpos e nem com a ciência: transmite a sensação de mistério. Por si só, é enigmático. Uma vez que alguns homens tomam as mulheres como sua propriedade para que, assim, possam exercer controle sobre seus corpos, o que não é controlável não seria, na cultura da posse, suportável.

O nome do maior Estado do Brasil, que abriga grande parcela da população indígena nacional, é herança do mito das Amazonas: mulheres cujo nome passou a ser associado às mulheres guerreiras. Diz o mito que as Amazonas eram mulheres gregas que formaram um reino independente, sob o governo de uma rainha, entre as quais a primeira foi a rainha Hipólita. O termo “Ama” tem o significado de mãe, de acordo com o dialeto Moso Chinês. No sentido figurativo, denomina cultura matriarcal. As Amazonas, assim como outros personagens mitológicos, passaram a fazer parte do imaginário popular associadas a mulheres guerreiras, cuja ousadia lhes permite gozar de liberdade e condição de igualdade para com os homens. Contudo, vale ressaltar que ainda assim, no Brasil, as Amazonas foram vencidas pelo homem explorador, fato que coloca em cena a ideologia de submissão das mulheres; e outro fato contraditório é que as Amazonas, uma vez vindas da Grécia, eram de cor branca, assim como o explorador europeu. Um terceiro fato é que elas cortavam o seio para melhor manusearem o arco e flecha, justo o seio, tão característico da feminilidade, causando a impressão de que para vencer algo é preciso masculinizar-se (TRAVESSOS, 2014).

Há uma série de mitos associados aos indígenas da região amazônica, tais como o Curupira, o Boto, a Iara, o Caipora... As Amazonas são aqui enfatizadas pela sua ligação com as indígenas. Suas peculiaridades residem na ligação de mulheres à guerra e às armas, embora sejam arco e flecha e não armas de fogo. Eram as guerrilheiras que chegavam a amputar o seio direito para melhor manusear o arco e flecha, o que pode ser interpretado como abdicação da feminilidade para melhor guerrear. Outro fato relevante é que, diferentemente das outras lendas, não se sabe se as Amazonas existiram de verdade:

No tempo da Conquista da América, século XVI, muitos pensaram que a terra das Amazonas ficasse fisicamente ao sul do rio Amazonas ... pois a expedição espanhola que o explorou no ano de 1541 relatou ter encontrado uma tribo de mulheres guerreiras que lideravam com

grande coragem os índios da região na luta contra os espanhóis. Foi assim que o rio ganhou seu nome (WOLFF, 2018, p. 424).

Há indícios de que existiam as indígenas guerrilheiras na região do rio Amazonas, solteiras, matriarcais, de peles claras e prontas para tomar a iniciativa. Contudo, a lenda parece acrescentar elementos como o fato delas terem vindo da Grécia e ainda cortarem o seio num ato de masculinizar-se, para melhor guerrear; é uma mistura de realidade com ficção. O fato é que, reais ou não, estas indígenas representaram a liberdade de mulheres, em tempos de inquisição nos quais mulheres rebeldes e fora dos padrões podiam ser acusadas de bruxaria e queimadas nas fogueiras na Europa. Agiam com desenvoltura, causavam forte impressão em quem as acompanhava.

### **As indígenas da atualidade: relato de um caso**

Azelene Kaingáng, mulher indígena, resume sua história de vida em meio à história de sua tribo num encantador relato, publicado no livro *Nova história das mulheres no Brasil*. Nascida no Rio Grande de Sul, sua língua materna é o kaingáng; idioma que chegou a ser proibido de falar durante a ditadura militar. Ela conta que, durante o “panelão”, almoço oferecido pelo governo federal nesta época, só recebia a comida quem falasse “língua de gente”, e seu avô fazia questão que sua família se mantivesse pedindo a comida em kaingáng, ainda que pagassem a pena de ter de voltar ao final da fila.

Azelene é socióloga, funcionária pública na Fundação Nacional do Índio (Funai), casada com um advogado indígena do povo wapichana. Sobre casamentos, ela afirma que na sua tribo ainda é comum as moças fugirem com o namorado para conseguirem se casar. Na sua maioria, as uniões são monogâmicas e separações são permitidas, embora não incentivadas e, quando acontecem, é comum os filhos ficarem com as mães. Sua tribo é patrilinear e mantém uma estrutura muito próxima do patriarcado.

Ela menciona tribos, como os tupis, que são matrilineares: quem dá a identidade aos filhos é a mãe.

Nas tribos patrilineares a liderança política é sempre exercida pelos homens. Também são eles que passam às crianças noções sobre ritos e a vida coletiva. As mulheres enfrentam mais diretamente problemas que envolvem saúde, alimentação e educação dos filhos; são elas que ensinam o dialeto indígena, por exemplo. Quando as mulheres participam na resolução de questões complexas, é comum fazerem questão de não as comentar, para que assim possam pensar que a resolução foi feita pelos homens. A situação é mais extrema quando se trata da ocupação das mulheres nos espaços políticos: elas só o fazem quando autorizadas pelos homens.

Temos o exemplo de Muwaji, uma indígena suruwahá que não permitiu que sua filha Ignani, diagnosticada com paralisia cerebral, fosse enterrada viva; pois, de acordo com a tradição tribal, a criança deveria ser sacrificada. Contudo, esta não permissão custou a Muwaji a saída de sua tribo e a adaptação forçada à vida na cidade. Posteriormente, ela foi homenageada com o projeto de lei n. 1057, aprovado na Câmara dos Deputados em junho de 2011, com a pretensão de criminalizar a prática do infanticídio. Kaingáng (2018) defende que os direitos humanos devem ser soberanos, em especial quando agem em ligação direta com a vida.

Para Azelene, o que define uma mulher enquanto indígena tem relação com o pertencimento: quem se é, filha de quem, neta de quem; e também existe o sentimento de ser indígena, que precisa ser genuíno – e não uma máscara vestida de forma oportunista para conseguir benefício de políticas públicas destinadas aos indígenas. Embora mudanças de comportamento ocorram, como por exemplo, o uso de computadores, a autora ressalta que o novo pode perfeitamente conviver com tradições e não significa deixar de ser indígena.

### **Políticas públicas de atenção aos indígenas brasileiros**

Solange Reis, descendente Puri e militante dos direitos indígenas e por reconhecimento da cultura de sua tribo, é um exemplo da

importância das mulheres na luta por visibilidade e reconhecimento das populações consideradas minorias. Assim como também Joênia Batista de Carvalho, outro exemplo de mulher da resistência indígena, atual representante desta população na Câmara dos Deputados, cuja atuação é pautada no cuidado em defender a ênfase da diferença cultural indígena, sem diminuir à categoria de cidadãos iguais, em termos de direitos constitucionais. Joênia criou a Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas, composta por duzentos e dezenove deputados e vinte e nove senadores. Ela ainda é a primeira mulher indígena advogada do Brasil e atua defendendo suas comunidades desde os vinte e quatro anos de idade, com destaque para sua atuação em defesa da demarcação de terra na comunidade Raposa Serra do Sol. Joênia já atuou na Comissão Interamericana de Direitos Humanos em Washington, nos Estados Unidos, para denunciar violações por parte do Brasil e, em 2011, foi a primeira indígena a ser Mestre por uma Universidade nos Estados Unidos.

Joênia ressalta que o Estado brasileiro falha, principalmente, em não ter políticas específicas para as mulheres indígenas, por exemplo, em relação à gestação e aos partos; sua irmã inclusive faleceu logo após parir. Ela ressalta que políticas de proteção precisam ser vistas como direitos e não como assistencialismo, e que a diferença do indígena aos demais está justamente na incapacidade de deixar de ser indígena, mesmo que viva em uma cultura urbana. Há uma impossibilidade de aculturação enfatizada por ela que precisa ser considerada enquanto direito civil (GEREMIAS, 2019).

Em 2011, houve o lançamento, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da cartilha de cadastramento das famílias indígenas, com o objetivo de efetivar um real acompanhamento das famílias indígenas existentes para que elas possam estar inclusas nos programas sociais do Governo Federal. É uma forma de proteção às famílias indígenas e direito ao exercício da cidadania plena.

O cadastramento facilitou a localização das famílias indígenas e, também, de seus problemas, com destaque à vulnerabilidade das



suas mulheres. Segundo a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, as mulheres indígenas são vítimas de violência em contextos específicos como: privação de liberdade; violência doméstica; contra defensoras de direitos humanos; em conflitos pelos seus territórios; em contextos de conflitos armados; no meio urbano e no contexto de migração e deslocamento; em órgãos jurídicos tanto indígenas quanto estatais. Nos órgãos indígenas, podem sofrer preconceito advindo da ideologia patriarcal que limita sua participação e representatividade; nos órgãos estatais, além disto, sofrem preconceitos raciais (CIDH, 2018).

A Organização das Nações Unidas (ONU), uma das instituições responsáveis pela garantia dos direitos humanos, em 2008, lança a Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas. Apoiada nesta, em 2018, a ONU Mulheres inaugura o projeto Voz das Mulheres Indígenas, em parceria com a embaixada da Noruega, com o objetivo de empoderamento, mobilização social e participação política de mulheres indígenas de diversas etnias nacionais. O projeto foi fruto de mais de um ano de coleta de informações junto às mulheres de mais de cem tribos, de forma que pudesse ser estabelecida a pauta nacional comum para a garantia dos direitos humanos e bem-estar das mulheres. Dez eixos compõem a pauta: violação dos direitos das mulheres indígenas, incluindo a violência de gênero; empoderamento político; formação de uma estratégia de incidência política; direito a terra e processos de retomada; direito à saúde, educação e segurança; direitos econômicos; tradições e diálogos intergeracionais; comunicação e processos de conhecimento; processos de resistência; sustentabilidade e financiamento (ONU MULHERES, 2018). Este projeto culminou no documentário: “Mulheres Indígenas: Vozes por Direito e Justiça”. O vídeo foi produzido pelo grupo temático de Gênero, Raça e Etnia da ONU Brasil e pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil, com apoio da Embaixada do Canadá, como parte das ações da ONU pelos setenta anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Foi um exercício de identificar precisamente os problemas das mulheres indígenas, discuti-los e torna-los visíveis como algo a ser problematizado. Desta forma, elas puderam se colocar como importantes em termos de respeito por suas especificidades e necessidades de políticas públicas de proteção que garantam seus bem-estares e de suas novas gerações. Um apoio aos seus pré-natais e seus partos, por exemplo, são questões urgentes, uma vez que acesso a carros e uso de hospitais, caso necessário, não são algo simples a elas. Em consequência, o desamparo às jovens mães indígenas é um fato que leva a altas taxas de mortalidade materna. O acesso à educação também é dificultado devido à distância geográfica e, quando este problema é superado, também existe a barreira do idioma: as escolas raramente se adaptam aos dialetos indígenas, o que obviamente dificulta também o acesso ao mercado de trabalho.

Infelizmente, a visão das mulheres indígenas como seres “menores”, que merecem menos cuidados ao chegar a um hospital, por exemplo, em detrimento das mulheres de descendência europeia, é algo real. O indígena, frequentemente, é visto como um animal, menor em importância do que o homem branco. A mulher indígena sofre o duplo preconceito: de gênero e de raça. Além disso, qualquer ser humano, ao lutar pelos seus direitos, está vulnerável a sofrer ataques como se estivesse cometendo algum crime, pois é muito mais cômodo aos líderes autoritários que as minorias oprimidas se mantenham caladas.

Dentre os principais crimes cometidos contra as comunidades indígenas no mundo, a maioria é violência contra as suas mulheres (ROSA, 2019). Dados da ONU mostram que ao menos uma em cada três mulheres indígenas são estupradas ao longo da vida. O estupro vem do homem branco, geralmente associado ao consumo de álcool, ações que desestabilizam a harmonia social das aldeias. Inclusive o estupro pode ser considerado estratégico, pois desmoraliza a comunidade e levanta o discurso sobre uma “necessária limpeza étnica”. O Mato Grosso do Sul é o estado com a segunda maior população indígena do país. Em 2010, foram registrados cento e quatro casos de agressões físicas contra as

mulheres indígenas. Esse número subiu para seiscentos e dezenove casos em 2014; sem contar os casos de violência psicológica e social que não costumam ser contabilizados - embora estejam listados na Lei Maria da Penha, em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006.

Diante desse aumento expressivo, o Núcleo de Proteção e Defesa dos Direitos da Mulher, da Defensoria Pública do Estado do Mato Grosso do Sul, optou por distribuir cartilhas às mulheres indígenas das tribos Terenas e Guaranis nas quais constam os artigos da Lei Maria da Penha, traduzidos nos seus dialetos. O órgão também tomou providência para que as cartilhas fossem lidas nas escolas, tanto para as meninas quanto para aos meninos. A conscientização de que a Lei Maria da Penha é um benefício do Estado do qual elas podem usufruir, embora possa parecer óbvia, não o é em populações oprimidas. As mulheres indígenas, mesmo conhecendo a lei, podem ter dificuldades de se reconhecerem nela, uma vez que temem pela desestabilidade da realidade em que vivem.

Em 2018, o presidente da Fundação Nacional do Índio, Franklimberg de Freitas, comemorou o crescimento da atuação de mulheres dentre as lideranças das comunidades indígenas e caticas. Ele afirma que este crescimento é fruto de inovação nos órgãos públicos, como a criação de uma coordenação específica de gênero para as mulheres indígenas, o que resulta na melhoria de suas qualidades de vida.

Estas mulheres líderes estão fazendo história em ações fundamentais, como a busca pela demarcação e proteção das terras de seus povos, a luta pelo fim da violência de gênero nas comunidades indígenas e pelo fim da discriminação para a profissionalização. A grande esperança é ver um número representativo de mulheres indígenas ocupando postos de liderança política, de modo a seus discursos ganharem visibilidade e representatividade nacionais (FUNAI, 2018).

É importante ressaltar que feminicídios também acontecem dentre as mulheres indígenas. Em 2017, a índia Roseane Dantas foi assassinada pelo marido na aldeia Pitaguary de Monguba. A articulação de mulheres indígenas do Ceará, na ocasião, organizou

um ato de repúdio ao feminicídio (ASA CE MULHERES, 2019). Mobilizado pela causa, o Esplar, Centro de Pesquisa e Assessoria, promoveu um seminário sobre as causas da violência doméstica, sobre a aplicação da Lei Maria da Penha e formas de proteção às mulheres. Participaram do seminário cerca de cinquenta mulheres das etnias Tremebé, Pitaguary, Anacé, Jenipapo-Kanindé, Kanindé e Tapeba. A advogada Magnólia Said e a antropóloga Cinthia Moreira, técnicas do projeto “Fortalecendo povos indígenas”, mediarão o debate que aconteceu em novembro de 2020. Foi uma oportunidade de compreensão, por parte das mulheres indígenas, de como acontece a violência contra as mulheres e quais são as possíveis formas de superá-la.

É necessária a construção de um Estado realmente democrático onde possam coexistir populações de costumes distintos, porém com a mesma dignidade em representação sobre direitos humanos. Direito não deve ser compreendido apenas como um sistema de legalidades, mas também como um conjunto de ações efetivas, promovidas para superar movimentos de opressão racial e de gênero, como forma de superá-los.

De acordo com a indígena atual deputada, Joênia Batista de Carvalho, ser indígena é uma condição da qual não se define com uma ou mais ações; pode ser pensada como um estado de alma. Se a mulher passa a usar roupa, não por isso ela deixa de ser indígena; se deixa de falar a língua materna, também não é o que define que deixou de ser indígena. Contudo, a mulher sofre este tipo de vigilância e preconceito a todo momento, o que também é uma forma de violência. Joênia afirma que ela pode morar em qualquer parte do mundo e passar a se adaptar a alguma outra cultura que, mesmo assim, ela não deixará de ser indígena.

No Brasil, as mulheres indígenas costumam enfrentar formas diversas de discriminação histórica, em termos de violação de seus direitos humanos, civis e políticos. A discriminação dupla que sofrem, de raça e de gênero, torna-as vulneráveis à violência e à impunidade dos agressores, uma vez que forma o estereótipo da mulher indígena como vítima fácil. Dentre os inúmeros obstáculos

que as mulheres indígenas enfrentam no Brasil estão: exclusão social, poucas oportunidades de acesso ao mercado de trabalho, dificuldades econômicas e geográficas de acesso aos serviços de saúde e educação, pouca representatividade no cenário político e marginalização social.

É necessária a garantia aos povos indígenas de determinar livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural, de forma que possam assegurar-se subjetivamente enquanto povos diferenciados. Cabe ao Estado avaliar os aspectos culturais que caracterizam a população indígena, principalmente suas mulheres, sua cosmovisão e seu conceito de justiça para uma efetiva inserção social democrática. O governo deve adotar estratégias para facilitar sua inserção cultural, social e econômica, bem como possibilitar sua participação nas esferas civis e política. É necessário romper preconceitos e estereótipos.

Finalizando, é importante ressaltar que formações discursivas agem diretamente sobre os corpos, tanto em relação a quem as enuncia, quanto a quem as recebe, afetando a subjetividade. No caso do Brasil, tivemos discursos muito diferentes: um da cultura originária, indígena, e outro da cultura europeia, chegada aqui posteriormente, incidindo sobre os habitantes locais, oprimindo fortemente as mulheres indígenas, objeto deste estudo. A relação entre a vulnerabilidade da saúde destas mulheres, fica, então, evidente, a partir da concepção de que o discurso opressivo, originário dos portugueses, age em seus corpos, afetando seu senso de dignidade, colocando-as à margem do Estado. Ressaltamos que não é exatamente a diferença de discursos que provoca a marginalização das indígenas, mas sim a forma como esta diferença é colocada, de forma comparativa, pautada na superioridade europeia.

## Referências

ALVES, Maria Regina; FERREIRA, Fabiana Marques; OLIVEIRA, Robson da Silva; SOUZA, Adriane A. Moreira de. **Da Resistência à Ressurgência: a História do Povo Indígena Puri na Resistência e Manutenção de sua Cultura**. In: XXII Encontro Latino Americano de Iniciação científica da Univap, 2018, São José dos Campos. Anais do XXII Encontro Latino Americano de Iniciação científica da Univap. São José dos Campos: Univap, 2018. V. 1.

ASA CE MULHERES. **Seminário Territorial Mulheres Indígenas “Violência Doméstica Familiar e o Sistema de Proteção”**. Disponível em <http://www.asabrasil.org.br/26-noticias/ultimas-noticias/10399-mulheres-indigenas-participarao-de-seminario-sobre-violencia-domestica-e-sistema-de-protecao>, 2019. Acesso em 25 ago. 2019.

CÂMARA MUNICIPAL DE BARBACENA. **Vereadores e Representantes da FUNAI Defendem Políticas Públicas para a Comunidade de Índios Puris de Padre Brito**. Disponível em <http://camarabarbacena.mg.gov.br/noticias-camara.php?id=258>, 2018. Acesso em 21 ago. 2019.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Mulheres Indígenas**. Disponível em <https://www.oas.org/pt/cidh/docs/pdf/2018/Brochure-MujeresIndigenas-pt.pdf>, 2018. Acesso em 25 ago. 2019.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala: Formação da Família Brasileira sob o Regime da Economia Patriarcal**. 51ªed. São Paulo: Ed. Global, 2006.

FREUD, Sigmund. (1913). Totem e Tabu. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. P. 13-162. (Vol. XIII).

FUNAI. **Funai Comemora Empoderamento das Mulheres Indígenas e Inovação com Coordenação Específica de Gênero**.

Disponível em <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/4779-funai-comemora-empoderamento-das-mulheres-indigenas-e-inovacao-com-coordenacao-especifica-de-genero>, 2018. Acesso em 25 ago. 2019.

GEREMIAS, Priscila. **Joênia Wapichana**: “Vão ter que se acostumar com uma deputada indígena. Disponível em: <https://revistamarieclaire.globo.com/Mulheres-do-Mundo/noticia/2019/04/joenia-wapichana-vao-ter-que-se-acostumar-com-uma-deputada-indigena.html>, 2019. Acesso em 22 ago. 2019.

GRUBITS, Sonia. Mulheres Indígenas Brasileiras: Educação e Políticas Públicas. **Psicologia & Sociedade**. Vol. 26, n. 1. P. 116-125, 2014.

KAINGÁNG, Azelene. Indígenas: Depoimento de uma militante. In: Pinsky, C. B., e Pedro, J. M. org. **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2018.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Guia de Cadastramento de Famílias Indígenas**. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro\\_unico/\\_Guia\\_de\\_Cadastramento\\_de\\_Familias\\_Indigenas.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/_Guia_de_Cadastramento_de_Familias_Indigenas.pdf), Acesso em 21 ago. 2019.

OLIVEIRA, Enio Sebastião Cardoso. **O Paradigma da Extinção: Desaparecimento dos Índios Puris de Campo Alegre do Sul do Vale do Paraíba**. Disponível em [http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338164121\\_ARQUIVO\\_OParadigmaExtincao.pdf](http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338164121_ARQUIVO_OParadigmaExtincao.pdf), 2019. Acesso em 21 ago. 2019.

ONU Brasil. **ONU Brasil Lança Documentário ‘Mulheres Indígenas: Vozes por Direitos e Justiça’**. Disponível em <https://nacoesunidas.org/onu-brasil-lanca-documentario-mulheres-indigenas-vozes-por-direitos-e-justica/>. Acesso em 25 ago. 2019.

ONU Mulheres. **Mulheres Indígenas**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/mulheres-indigenas/>, 2018. Acesso em 25 ago. 2019.

ROSA, Ana Beatriz. **Por que a Violência contra Mulheres Indígenas é tão difícil de ser combatida no Brasil.** Disponível em [https://www.huffpostbrasil.com/2016/11/25/por-que-a-violencia-contra-mulheres-indigenas-e-tao-dificil-de-s\\_a\\_21700429/](https://www.huffpostbrasil.com/2016/11/25/por-que-a-violencia-contra-mulheres-indigenas-e-tao-dificil-de-s_a_21700429/), 2019. Acesso em 25 ago. 2019.

TRAVASSOS, Maria do Rosário de Castro **Mitos de origem e processos identificatórios na Amazônia: uma visão psicanalítica.** 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, 2014. Disponível em <http://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Turma%202012/MARIA%20DO%20ROS%C3%81RIO%20DE%20CASTRO%20TRAVASSOS.pdf>. Acesso em 28 jul. 2020.

WOLFF, Cristina Scheibe. Em armas: Amazonas, soldadas, sertanejas, guerrilheiras. In: Pinsky, C. B., e Pedro, J. M. org. **Nova história das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2018.



## Mulheres e crianças em “simetria invertida no Brasil da Pandemia

Ana Laura Prates

No livro *A polícia das famílias*, Donzelot (1977) lembra que o advento da família moderna promove uma espécie de “simetria invertida”, sobretudo nas diferenças em relação às crianças e mulheres: enquanto na família burguesa – através da valorização das funções maternas – a mulher torna-se uma aliada do médico e uma agente educacional, na família popular o higienismo promove uma vigilância direta às tentações externas. As consequências dessa diferença em relação à infância são as seguintes:

No primeiro caso, a solicitude de que é objeto toma a forma de uma *liberação protegida*, de um resgate dos medos e pressões comuns. Em torno da criança, a família burguesa traça um cordão sanitário que delimita seu campo de desenvolvimento: no interior desse perímetro o desenvolvimento de seu corpo e de seu espírito será encorajado por todas as contribuições da psicopedagogia postas a seu serviço e controlado por uma vigilância discreta. No outro caso, seria mais justo definir o modelo pedagógico como o de uma *liberdade vigiada*. O que constitui problema, no que lhe diz respeito, não é tanto o peso das pressões caducas, mas sim o excesso de liberdade, o abandono nas ruas, e as técnicas instauradas consistem em limitar essa liberdade, em dirigir a crianças para espaços de maior vigilância, a escola ou a habitação familiar (DONZELOT, 1977/1986, p. 48)

Elizabeth Badinter, em sua obra *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (1980), mostra que o amor materno não é natural, e como seu mito veio sendo construído ao longo da história, atribuindo a Rousseau, através de sua obra *Emílio*, o agenciamento de uma nova discursividade sobre a relação entre mães e filhos. A

historiadora brasileira Sandra Corazza (2000) em seu livro *História da infância sem fim* também destaca o quanto o discurso sobre a importância da maternidade é correlato a um novo discurso sobre a infância. Se a infância passa a ser o tempo de desenvolvimento e constituição de um adulto ou sujeito desenvolvido e constituído, a família, mas, sobretudo a mãe, passa a ocupar um lugar central para que essa ordem familiar possa se sustentar. Como pude argumentar em meu livro *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia* a invenção do mecanismo da “Roda” no qual as crianças indesejadas eram depositadas nas portas das igrejas é uma representação emblemática desse giro de discurso em relação à infância e à maternidade.

Em *Mito do Amor Materno* (1980) e *O conflito: a mulher e a mãe* Badinter (2011) retoma a questão dos dilemas em torno da maternidade tal como se apresentam no século XXI, fazendo uma análise atualizada especialmente da situação na Europa:

Ficou claro que há quase três décadas acontece uma verdadeira guerra ideológica subterrânea da qual ainda não se avaliam plenamente as consequências para as mulheres. A volta com toda a força do naturalismo, revalorizando o conceito gasto de instinto materno e louvando o masoquismo e o sacrifício feminino, constitui o maior perigo para a emancipação das mulheres e para a igualdade dos sexos. Os partidários dessa filosofia, várias vezes milenar, detêm uma arma incomparável para fazer os costumes evoluírem na direção que eles desejam: a culpa das mães (BADINTER, 2011, p. 206).

Mas, como essa questão da relação das mulheres e crianças com o lar e a família se atualizam no Brasil do século XXI, sobretudo a partir da Pandemia de COVID-19, doença provocada pelo novo coronavírus? Aqui, a “simetria invertida” descrita por Donzelot (1977/1986) ainda prevalece dada a diferença abismal entre as classes sociais. A pandemia desvelou e explicitou a diferença entre classes, raças e gênero, de modo a que, se por um lado, podemos sustentar a democracia do vírus que não escolhe corpos para contaminar, por outro revela a desigualdade de

condições que faz de alguns corpos mais vulneráveis que outros, e não apenas por razões biológicas ou sanitárias.

As meninas e mulheres estão sendo especialmente afetadas pela pandemia, pois a rede invisível de cuidados que viabiliza o ciclo produtivo e econômico desmantelou-se repentinamente, com as mais variadas consequências. As escolas e creches públicas fecharam, fazendo com que as crianças ficassem aos cuidados das mães e famílias expandidas. As mulheres de classe alta que deixavam seus filhos e casas aos cuidados de outras mulheres de classe popular para poderem trabalhar já não podiam contar com elas. E as escolas particulares de seus filhos também não podiam mais recebê-los. As mulheres de classe alta sofreram como a jornada tripla de trabalho, viraram professoras particulares, babás e faxineiras, além de advogadas, médicas, dentistas e executivas.

As mulheres de classe popular, além de muitas vezes não terem recursos para viabilizar as aulas on-line, tampouco tinham condições de sustentar suas famílias apenas com o parco auxílio emergencial do governo, nos casos em que conseguiram obtê-lo. Enquanto as mais favorecidas debatem o tédio, a depressão, o cansaço e a ansiedade provocados pela quarentena, outras muitas vezes precisaram arriscar suas vidas na linha de frente dos hospitais, fazendo limpeza, ou auxiliando na enfermagem, além de cuidarem das crianças e da casa. Outras, ainda, seguiram fazendo as unhas e limpando as casas de suas patroas por necessidade de sobrevivência, mesmo colocando suas vidas e a de suas famílias em risco.

Durante esses meses de quarentena, vivemos casos clássicos dessa “simetria invertida”. São casos que revelam que as mulheres e crianças de diferentes classes sociais e raças experimentam a pandemia de modo distinto. Se nas classes abastadas defende-se o direito de ficar em casa, nas classes populares o direito de ir e vir é garantido mesmo que a vida seja colocada em risco.

Caso 1: Em março de 2020, o primeiro caso de morte pela COVID-19 no Rio de Janeiro foi o de uma empregada doméstica, contaminada pelos patrões que acabavam de chegar de uma viagem da Itália. Ela

morava em Miguel Pereira<sup>1</sup> e percorria 120 km para chegar ao emprego no Leblon. Quando a funcionária foi contaminada, os patrões estavam aguardando os testes cujo resultado veio a ser positivo, mas a suspeita não foi suficiente para que decidissem proteger a funcionária de uma possível contaminação.

Caso 2: Em junho de 2020, na cidade do Recife, em Pernambuco, o menino Miguel Otávio de 5 anos morreu após cair do 9º andar do prédio da patroa de sua mãe, que o havia deixado aos cuidados da primeira enquanto fora levar seus cachorros para passear. A patroa estava fazendo as unhas quando sua empregada saiu, e consentiu que a criança entrasse sozinha no elevador, conforme confirmaram as imagens da câmera de segurança.

Vejamos agora como a quarentena e o famoso slogan #fiqueemcasa afetou a vida das várias mulheres:

Desde o início da Pandemia e a consequente quarentena houve um aumento significativo de casos de violência doméstica em todo o mundo. No Brasil, mesmo com isolamento parcial, a violência contra meninas e mulheres cresceu ainda mais, sendo que o feminicídio chegou a um aumento de 22% em relação ao mesmo período de 2019, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública<sup>2</sup> (FBSP). A casa, considerada ainda hoje o “lugar da mulher” no imaginário da classe média e no senso comum, revela-se na verdade o lugar mais perigoso para as mulheres.

Especificamente em relação à violência sexual, os dados do 13º. Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020 mostram números alarmantes. A cada 10 estupros notificados, em 8 deles as vítimas são mulheres, sendo que dessas 50% são negras. A terrível porcentagem de 54% é de meninas de até 13 anos. São 4 meninas estupradas por hora. Os abusos sexuais ocorrem na própria casa das vítimas e o suspeito é do sexo masculino em quase 90% dos casos.

---

<sup>1</sup> Município do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Ver: [https://forumseguranca.org.br/publicacoes\\_posts/13-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/](https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/13-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/)

Como podemos ler esses números? Embora o imaginário comum ainda sustente a ideia de que o estuprador seja um doente mental ou um pedófilo (no caso de crianças), uma espécie de monstro caricato, a realidade revela que a maior parte dos abusadores tem uma aparência comum e está bem perto das vítimas. O problema, portanto, é bem mais profundo do que poderia se pensar a partir de diagnósticos de transtornos individuais. Trata-se claramente de um grave efeito de questões estruturais de nossa sociedade.

O machismo estrutural sustenta, ainda, uma visão das mulheres como objetos sexuais, e seus corpos são erotizados desde a infância. A maior parte das mulheres que sofre abuso e violência sexual tende a sentir-se culpada o que pode acarretar, além da violência sofrida, uma série de consequências psíquicas e dificuldades afetivas e relacionais. O histórico pacto de silêncio impera e os abusadores acabam sendo protegidos pela impunidade e pelo segredo, muitas vezes segredos de família.

A violência sexual contra mulheres e, especialmente de meninas é, portanto, o sintoma de uma sociedade que expõe as crianças ao consumo ao mesmo tempo em que sua própria imagem passa a um lugar de erotização e mercadoria. Lembremos do caso ocorrido em maio de 2019 do desfile “Adoção na Passarela” no Pantanal Shopping de Cuiabá, cujo propósito era “dar visibilidade a crianças e adolescentes que estão aptos para adoção no Estado. São menores de 4 a 17 anos”. A presidente da Comissão de Infância e Juventude (CIJ), Tatiane Ramalho afirma, dentre outras coisas, que “esperamos novamente dar visibilidade a essas crianças e a esses adolescentes que estão aptos para adoção. E, como sempre dizemos, o que os olhos veem, o coração sente”. A frase faz uma clara alusão ao conhecido provérbio “o que os olhos não veem o coração não sente”, um dito popular que provavelmente se referia, originalmente, a situações de adultério, e que com o passar do tempo foi generalizado para qualquer situação diante da qual seja preferível “fechar os olhos” para não ter que entrar em contato com afetos dolorosos, conflituosos ou obscenos.

Com Freud, sabemos que esse “fechar os olhos” é, na verdade, um tipo específico de negação e Lacan, alguns anos depois, propôs tratá-la como um tipo de paixão – além do amor e do ódio, nossas velhas conhecidas – nomeada por ele de “paixão da ignorância”, ou seja, um obstinado “não querer saber nada” sobre o que nos provoca horror. Mas o que provoca horror sempre aponta para algo que chamamos de castração, e que simbolicamente tem a ver com nos depararmos com uma falta seja ela física, afetiva ou moral. Foi na tragédia grega que Freud se inspirou para fazer essa articulação entre o olhar e o saber. Lembremos que no final de *Édipo o rei* de Sófocles, nosso herói fura os próprios olhos com o broche de Jocasta, até então sua esposa, ao revelar-se a verdade da qual tentou fugir durante toda sua vida. Édipo não queria ver o que estava embaixo do seu nariz, revelando que “o pior cego é aquele que não quer ver”. Esse último provérbio contradiz o outro, e aponta para o fato de que o coração continua sentindo o que os olhos não veem.

Na tragédia grega, lembremos que a decisão de Édipo de “não querer ver para o coração não sentir” teve consequências nefastas para Tebas e seus habitantes, que tampouco quiseram ver o que estava na cara. Com efeito, a *polis* (cidade) também é afetada pela ideia equivocada de que “o que os olhos não veem o coração não sente”. O problema da cegueira coletiva e de seu corolário, o que se pode saber, foi tratado de modo brilhante por José Saramago nos livros *Ensaio sobre a cegueira* e *Ensaio sobre a lucidez* nos quais a personagem da mulher do médico é a única a ver, e o que ela vê é a devastação e a agressividade que a civilização encobre. Ela, que é morta justamente por enxergar longe demais.

Voltando então ao caso do desfile “Adoção na passarela” e sua justificativa, encontramos uma curiosa inversão do dito popular na sentença: “o que os olhos veem o coração sente”. Mas, se como dissemos, o coração continua sentindo o que os olhos não veem, poderíamos inversamente perguntar o que realmente foi exposto de modo obscuro aos olhos dos espectadores do Pantanal Shopping, fazendo com que de fato muitos não tenham sido capazes de enxergar o que se expõe nessa bem-intencionada

iniciativa. Como se procurou esclarecer na Nota divulgada pela OAB do MT no dia seguinte: “A falta de interessados na chamada “adoção tardia” faz com que seja urgente a adoção de medidas como a Semana da Adoção, que tornam público esse problema social. Conforme o Relatório de Dados Estatísticos do Cadastro Nacional de Adoção do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 8,7 mil crianças e adolescentes aguardam por uma família”. Com efeito, os problemas em torno dos processos de adoção no Brasil, para além do excesso de burocracia são, sobretudo, problemas que refletem nossa flagrante desigualdade social. Há ainda marcas profundas de aspectos da violência constitutiva de nosso laço social que ainda não foram superados.

A proclamada miscigenação da sociedade brasileira não é fruto de um erotismo espontâneo, natural e sem conflitos. Ao contrário, historicamente, índios e negros, sobretudo mulheres e crianças foram desprovidos de cidadania e seus corpos tomados como objeto de exploração de toda sorte, inclusive sexual. Essa espécie de trauma fundante de nossa sociedade volta, com recorrência, e de modo especialmente notável nas questões relativas à infância.

A urgência em dar visibilidade e tratamento simbólico a esse problema, entretanto, não é o mesmo e não justifica expor crianças e adolescentes em uma passarela, em pleno templo do consumo que são os shoppings centers. Tentar equivaler a exposição de uma ferida tão profunda a um mimetismo de desfile de moda seria, no mínimo, de mau gosto. Mas o problema é bem mais grave. Por um lado, porque envolve a subjetividade daqueles que, assim como Édipo, estão às voltas com dilemas dramáticos de filiação e, portanto, de identidade, envolvendo afetos contraditórios e difíceis de lidar. Por outro, o que esse evento revela é o sintoma de uma sociedade que, pela via do espetáculo, como diz Debord (1997), expõe as crianças ao consumo ao mesmo tempo em que sua própria imagem passa a um lugar de erotização e mercadoria, em um processo que Jane Felipe de Souza (2003) chamou “pedofilização”.

Passemos então a outros dois casos ocorridos em 2020, durante a Pandemia.

Caso 3: Em agosto de 2020 ocorre uma reviravolta das investigações do assassinato do Pastor Anderson dos Santos, indicando como mandante do crime sua então esposa, a deputada federal Flordelis dos Santos e tendo sido praticado pelos próprios filhos do casal. O casal havia adotado mais de 50 crianças, sendo que mesmo abrigos institucionais podem ter no máximo 20 vagas. Além disso, há várias outras irregularidades nas adoções, suspeitas de maus-tratos e diversos abusos, inclusive sexuais, velados pelo discurso moralista e religioso sustentado pela deputada e seu partido, o PSD (Partido Social Democrático).

Caso 4: Em agosto de 2020 uma menina de 10 anos, grávida, teve seu direito legal ao aborto devido a gravidez provocada por estupro recusado no Espírito Santo, sendo finalmente realizado no Cisam de Recife. Sua família foi pressionada por extremistas religiosos para que a gestação fosse levada até o fim – o que colocaria em risco a vida das crianças; médicos foram ameaçados, a identidade da criança revelada e uma manifestação fundamentalista organizada quando da chegada da criança ao Cisam.

Podemos dizer que a menina do Espírito Santo foi violentada quatro vezes: ela foi violentada vários anos pelo parente que a engravidou; foi violentada quando o caso foi judicializado quando por premissa (sua idade) se trata de inequivocamente de um estupro; foi violentada quando os médicos se recusaram a cumprir a lei. E ela também foi violentada quando uma horda de fascistas fez uma manifestação no hospital que realizou o procedimento. Sabemos que assédio e violência sexual não é prerrogativa das classes menos favorecidas, mas a informação, exposição, vulnerabilidade e principalmente o acesso ao aborto é radicalmente desproporcional.

Acompanhamos nos últimos anos uma inversão no Brasil em relação à questão da sexualidade. A narrativa que prevaleceu foi a de que a educação sexual seria um incentivo à prática sexual na infância, quando sabemos que as crianças têm uma sexualidade natural, espontânea, mas coerente com sua faixa etária e fases do



desenvolvimento. Justamente por isso é que as crianças precisam ter informações corretas para que possam se proteger de eventuais abusos.

No dia 27 de agosto de 2020, após esse caso nefasto, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2282 obrigando, dentre outras coisas, os médicos a comunicarem autoridades policiais quando de abortos decorrentes de estupros, conforme previsto por lei. Essa obrigatoriedade independe da decisão da mulher de abrir ou não uma ocorrência policial e implica em comprovação de que a gravidez seja fruto de estupro, criminalizando mais uma vez a vítima. O mesmo falso moralismo que impede atualmente a educação sexual nas escolas e sonega à infância sua condição desejante, ao mesmo tempo incentiva sua espetacularização. Os mesmos órgãos e entidades que deveriam proteger crianças e mulheres as expõem sem pudor à lógica das cotações e à criminalização.

Os casos tratados neste trabalho permitem pensar que já não é mais tão clara a “simetria invertida” teorizada por Donzelot ou, antes, a encontramos transfigurada: a casa e a escola já não representam mais uma ilusão, ainda que hipócrita, de amor e proteção. Não é a liberdade que está sendo ameaçada, é a própria vida e, portanto, nosso futuro.

A COVID-19 escancarou a falência absoluta de um modo de vida que só se sustenta nessa nova forma de escravidão de servidores do deus mercado, sem direitos, sem saúde pública, sem Estado, sem bem-estar social, em uma aceleração tal que só pode produzir deixando como resto a segregação, o lixo industrial e a morte de muitos. Há tempos esperávamos por uma catástrofe natural. Ela chegou. Há um corte, um antes e um depois dessa Peste. Não seremos os mesmos quando a vacina e a droga milagrosa finalmente forem testadas pela ciência, e comercializadas pelos laboratórios. E está em nossas mãos a construção de um novo futuro mais digno para os nossos filhos, nos dando conta que só há saída da simetria invertida pela simetria coletiva. Até lá, não está mais na hora de “lavar as mãos”. A não ser que seja para, simetricamente, uma mão lavar a outra!

## Referências

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2011.

CORAZZA, Sandra. **História da infância sem fim**. Ijuí: Unijuí, 2000.

DÉBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro, Contraponto, 1997.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FELIPE, Jane. Erotização dos corpos infantis. In: LOURO, Guacira; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PRATES PACHECO, Ana Laura. **Da fantasia de infância ao infantil na fantasia**. São Paulo: Annablume, 2013.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO 27/08/2020. Acesso em 10 de setembro de 2020. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>

Fórum Brasileiro de Segurança Pública - Acesso em 10 de setembro 2020. [https://forumseguranca.org.br/publicacoes\\_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-covid-19/](https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-covid-19/)

Relatório de Dados Estatísticos do Cadastro Nacional de Adoção do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – Acesso em 10 de setembro de 2020. <https://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>

# Telessaúde em Campinas – efeitos na Prática Clínica

*Valeria Cristina Jodjahn Figueiredo*

*Ana Carine Arruda Rolim*

*Carlos Roberto Silveira Corrêa*

*Claudia Castellanos Pfeiffer*

*Jane Kelly Oliveira Friestino*

*Karla Amorim Sancho*

*Letícia Bezerra Faria*

Em toda língua falada por seres humanos, os traços significantes, as marcas linguísticas não se estruturam segundo a ordem lógico-matemática. A dificuldade do estudo das línguas naturais provém do fato de que suas marcas sintáticas são essencialmente capazes de deslocamentos, de transgressões, de reorganizações. É também a razão pela qual as línguas naturais são capazes de política (GADET; PÊCHEUX, 2004, p. 24).

## Preâmbulo

Instados pela organização do livro a refletir sobre os processos contemporâneos que subjetivam os sujeitos na evidência de sentidos de saúde, o Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Políticas de Saúde (GIPS) se colocou em um movimento de escrita coletiva.

Assinam o presente texto boa parte daqueles que hoje participam do Grupo que se ocupa de analisar políticas em saúde a partir do dispositivo teórico da Análise de Discurso. Muitos outros pesquisadores já passaram pelo GIPS, por ocasião do desenvolvimento de suas dissertações e teses junto ao Departamento de Saúde Coletiva da FCM da Unicamp. Esse Grupo

foi criado em 2004 e é coordenado por Carlos Côrrea da Faculdade de Ciências Médicas e por Claudia Pfeiffer do Laboratório de Estudos Urbanos do Nudetri, ambos da Unicamp.

Escolhemos tematizar nessa escrita coletiva um processo específico da prática clínica que se institui a partir da instalação do Telessaúde no município de Campinas. Uma das pesquisadoras do GIPS, Valéria Figueiredo, desenvolveu sua dissertação sobre os efeitos da instituição do Telessaúde em Campinas, no programa de mestrado profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da FCM/UNICAMP. Nossa escolha se dá tanto pela temática que nos é bastante cara – a reflexão sobre a prática clínica – quanto pela importância de se dar visibilidade a um programa de pós-graduação que visa colocar em relação direta profissionais da área da saúde, particularmente aqueles que se envolvem nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde, e a universidade, aliando de modo bastante fecundo conhecimentos que se formam em diferentes espaços e práticas, o que, de nosso ponto de vista, reverte de maneira muito positiva para a relação necessária entre a universidade e a sociedade.

## **Introdução**

Nossa questão central sobre o funcionamento do Telessaúde no município de Campinas é a de procurarmos compreender, na materialidade de uma entrevista realizada com um clínico geral de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que fez parte do primeiro corpo de profissionais que participou do Telessaúde em Campinas, de que modo o Programa afeta a prática clínica, em que direção(ões) de sentidos. Preocupamo-nos mais especificamente com a compreensão da relação entre esta prática clínica tocada pelo Programa Telessaúde e a integralidade, enquanto um dos preceitos que institui o SUS, procurando observar essa relação como uma rede de significação em que a subjetividade da posição-sujeito clínico geral é afetada e, conseqüentemente, sua prática e, portanto, o paciente.

Nunca é demais repetir que, discursivamente, trabalhamos com a relação indissociável entre sujeito, língua e história. E que, como nos diz Orlandi (1996), o sujeito não é o indivíduo, nem a origem do sentido, a língua não é conteúdo e a história não é contexto. Particularmente, queremos chamar a atenção para esse pressuposto teórico de *sujeito* em Análise de Discurso. Isso porque, sobretudo em razão de trabalharmos com políticas públicas em saúde, muitas vezes somos lidos como se tivéssemos analisado as intenções dos formuladores das políticas ou, no caso da entrevista analisada, por exemplo, as intenções do profissional médico entrevistado. Nossa tomada de posição teórico-epistemológica leva em consideração, no entanto, que

As intenções – que derivam do nível da formulação - já foram determinadas no nível da constituição do discurso em que as posições do sujeito já foram definidas por uma relação desigual e contraditória com o dizer. As intenções são assim produtos de processos de significação aos quais o sujeito não tem acesso direto. As filiações ideológicas já estão definidas e o jogo da argumentação não toca as posições dos sujeitos, ao contrário, deriva desse jogo, o significa (ORLANDI, 1998, p. 78).

Dito isso, passaremos à nossa discussão, trazendo primeiramente uma síntese do percurso da instalação do Telessaúde no município de Campinas para, em seguida, apresentar nossa análise ancorada na entrevista realizada por Valéria Figueiredo com um clínico geral de uma UBS que participou desse primeiro momento de instalação. Enfatizamos que a todo gesto, seja dessa síntese ou das análises sistematizadas, nos sustentamos pela proposição de que

A Análise de Discurso trabalha a textualização do político (J.J. Courtine, 1986) sendo que a apreensão dessa textualização vem de uma análise dos gestos de interpretação inscritos na materialidade do texto. Na medida em que o político é constitutivo, a compreensão, a própria leitura, em Análise de Discurso, é política. Em outras

palavras, "a análise de discurso se confronta com a necessidade de abrir conjuntamente a problemática do simbólico e do político" (M. Pêcheux, 1982) (ORLANDI, 1998, p. 73, grifo da autora)

## O Telessaúde em Campinas

Há inúmeros projetos na área da saúde que visam o uso das tecnologias de informação e de comunicação (TIC) como uma ferramenta de integração entre o que é designado de profissional médico especialista – que normalmente<sup>1</sup> fica alocado em unidades de maior complexidade na organização do SUS, como as unidades de referência (ou policlínicas), as unidades de pronto atendimento e os hospitais – e aquele designado clínico geral – que é alocado na porta de entrada do SUS, as Unidades Básicas de Saúde, mais conhecidas como Posto de Saúde, ou ainda Postinho, nas práticas linguageiras cotidianas.

Normalmente, estes projetos se justificam pela afirmação do argumento de que podem propiciar novas formas de transmissão de conhecimentos e cuidados em saúde, auxiliando na melhoria da qualificação da assistência prestada ou mesmo na melhoria da atenção à saúde, contribuindo para a redução dos índices de mortalidade e morbidade, de acordo com Melo e Silva (2016). Uma das formas desse uso vem se organizando em torno do Telessaúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o Telessaúde é uma ferramenta de articulação entre a atenção especializada (AE) e a atenção básica (AB), pois amplia o diálogo entre os pontos de atenção e, conseqüentemente, aumenta a resolutividade da atenção básica e qualifica o acesso do usuário ao serviço especializado.

Para nós essa argumentação é de fundamental importância pois pressupõe a) a *articulação* entre o especialista (que se encontra em outro nível de complexidade dentro da organização do SUS) e o generalista (que se encontra na UBS); b) o aumento da

---

<sup>1</sup> A modalização se deve ao fato de as Unidades Básicas de Saúde também contarem com médicos especialistas como ginecologista e pediatra.

*resolutividade* no primeiro nível do sistema; c) a *qualificação do acesso* do paciente aos níveis de maior complexidade.

Guardemos isso para seguir nessa síntese que fazemos sobre a implantação do Telessaúde em Campinas, passando muito brevemente pelo modo como se estabilizou no debate da área um sentido para o Telessaúde.

Trazemos duas importantes referências da área nesse debate. De acordo com Bashshur *et al.* (2011), o termo Telessaúde reflete um discurso moderno e denota uma conceituação mais inclusiva dos domínios das TICs, uma vez que inclui outras profissões como a enfermagem, fisioterapia, ciências farmacêuticas, entre outras, no processo de cuidado. Já Gagnon *et al.* (2007), por seu lado, consideram o Telessaúde como uma ferramenta que poderia exercer um impacto positivo sobre várias dimensões da prestação de serviços de saúde nas regiões rurais, remotas ou isoladas. Por exemplo, lembram que o Telessaúde poderia apoiar a prestação de serviços especializados em tempo hábil para as populações mais isoladas, facilitar o acesso à educação para os médicos, e reduzir os custos de viagem para os pacientes e profissionais.

Vemos pois que, nesse debate, estabiliza-se de um lado a importância do Telessaúde para as práticas profissionais na área da saúde, permitindo uma maior inclusão de todos os profissionais nas redes de cuidado; e, por outro lado, salienta-se a conexão daqueles que normalmente estão isolados, longe dos grandes centros urbanos – tanto pacientes, quanto profissionais de saúde. Acesso, inclusão, articulação, qualidade, resolutividade, formação, economia de gastos. Palavras que ressoam, na regularidade discursiva que vamos observando. Palavras que falam com palavras, como nos ensina Orlandi, formulando que “toda palavra é sempre parte de um discurso. E todo discurso se delinea na relação com outros: dizeres presentes e dizeres que se alojam na memória.” (ORLANDI, 1999, p.33)

Novamente, guardemos essa rede para seguir na síntese desse percurso, lembrando que é em 2006 que o Ministério da Saúde lança o Projeto Nacional de Telessaúde enquanto uma iniciativa

piloto para apoiar a Estratégia Saúde da Família em nove estados brasileiros, com a justificativa de melhoria da qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS). Algumas das ações em curso, destacadas pelo Ministério, são: em Goiás, a prevenção à cegueira através da análise de retinografias com telediagnóstico; em Minas Gerais, o Projeto Minas Telecardio atuando na Rede de Cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio; em Pernambuco, os serviços de tele-assistência oferecidos pelo Núcleo Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Em Campinas, será apenas na década de 2010 que se desenvolverá na Secretaria Municipal de Saúde o projeto denominado “Telessaúde na rede pública do município de Campinas”, porém sem se vincular ao Programa Telessaúde Brasil Redes. Na ocasião, a rede de saúde contava com 64 Unidades básicas de Saúde, 5 ambulatórios de especialidades, 5 unidades de Pronto Atendimento e 8 Centros de Atenção Psicossocial, além dos serviços contratados e conveniados da rede privada de saúde.

Esse projeto é reflexo direto de várias ações realizadas no município de Campinas que se justificam na direção de promover a *integração* entre os serviços da rede pública e de avançar na *qualidade da atenção* prestada à população. Os grifos são nossos e retomam nessa rede discursiva aquilo que regularmente comparece como justificativa da necessidade dessas ações.

Dentre essas ações, destacamos o I e II Fóruns Municipais de Humanização (2007 e 2010, respectivamente), o Seminário do Trabalho Médico (2008) e a Oficina Municipal da Atenção Básica (2009).

O I Fórum Municipal de Humanização (2007) abordou o tema “Construção das Redes de Produção de Cuidado no SUS-Campinas” e teve como deliberação final a necessidade de ampliação das ações de *matriciamento* com adoção de critérios de risco para encaminhamento; de capacitação de profissionais; e de criação de vínculos mais solidários entre os serviços.

Uma nova parada se faz necessária para ressaltarmos essa relação que se configura na base do Telessaúde entre matriciamento, capacitação profissional e articulação entre



serviços. É importante lembrar que uma das principais formulações que promove uma referência unívoca no campo da saúde em relação à definição de matriciamento encontra-se em Campos e Domitti (2007) que compreendem o matriciamento ou apoio matricial enquanto um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que objetiva retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Observe-se que nessa definição podemos antever a articulação entre os serviços e, em certa medida, a capacitação profissional que acaba se fazendo por meio da retaguarda especializada.

Voltemos à nossa síntese.

No relatório final do Seminário do Trabalho Médico (2008) consta a proposta de “implantação de sistema tipo Telessaúde que permita debates e atualizações técnicas frequentes para os médicos da rede”. Já a Oficina Municipal da Atenção Básica (2009) tratou do processo de trabalho nas unidades de saúde e da gestão do cuidado, tendo como parte das propostas do relatório final a integração entre os profissionais das UBSs e dos serviços de referência, matriciamento, capacitação e videoconferência. Por fim, o II Fórum Municipal de Humanização (2010) apresentou a proposta de aproximar os trabalhadores e gestores criando relações mais solidárias e de pactuar ações entre os serviços para linhas de cuidado com maior efetividade e eficácia.

Há, portanto, uma demanda histórica que coloca na ordem do visível a necessidade – e a relação de consequência entre uma e outra ação – de uma maior articulação entre os diferentes níveis/serviços do sistema; um maior controle/qualidade da trajetória do paciente (gestão do cuidado); a capacitação profissional; o uso da tecnologia de contato remoto (videoconferência).

Para atender a essa demanda regularmente presente nos eventos acima referidos, o Centro de Educação do Trabalhador da Saúde (CETS), a Câmara Técnica de Especialidades (espaço institucional para reunião do grupo de apoiadores e gestores da área de especialidades da rede pública) e a Coordenadoria de

Informação e Informática (CII) se reuniram para desenvolver a estratégia de comunicação informatizada entre as UBSs e as unidades de referência de serviços especializados definindo que só poderiam participar do projeto uma unidade de saúde por distrito desde que tivesse equipamento de informática e internet, profissional médico que já fizesse parte de um outro projeto vigente, o projeto Gestão da Clínica<sup>2</sup>, e que a agenda dos profissionais da UBS e da referência especializada fossem disponibilizadas para a atividade.

Este projeto tem início em junho de 2010, proporcionando que o médico da atenção primária discutisse com o especialista dúvidas relacionadas com o diagnóstico e a conduta relativos a alguns pacientes atendidos na UBS. Essa discussão ocorria via internet por meio do *Skype*, com dia e hora agendados e poderia envolver solicitação de exames complementares ou avaliação do especialista, se necessário, funcionando como uma teleconsultoria síncrona. Ficou estabelecido entre as unidades participantes que os encontros virtuais seriam realizados quinzenalmente e o paciente não estaria presente. A especialidade escolhida para iniciar o projeto foi a cardiologia.

É importante esclarecer também que, na rede de saúde, existem os protocolos clínicos de encaminhamento para as diversas especialidades e alguns exames como o teste ergométrico e o ecocardiograma só podem ser solicitados pelo médico especialista. Com o Telessaúde, a partir da indicação do especialista, passou a ser possível agendar o exame na UBS. O profissional da unidade agenda no sistema *online* SOL e convoca o paciente para fornecer os esclarecimentos quanto à

---

<sup>2</sup> Este Projeto, também designado de Gestão do Cuidado, vem sendo significado na literatura nacional e internacional enquanto “um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2002b; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001)”. in Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6 página 368.

solicitação dos exames e orientações de preparo para sua realização. O resultado do exame é avaliado em novo encontro virtual e o caso discutido continua em acompanhamento na UBS, caso não apresente necessidade de encaminhamento ao especialista, o que também é discutido no encontro virtual.

Feita essa síntese do percurso de implantação do Programa Telessaúde em Campinas, em que começamos a dar destaque a uma rede de significação que se estabiliza em torno da relação entre os serviços, da capacitação profissional, da gestão do cuidado implicadas em efeitos de acesso e qualidade passaremos ao nosso gesto de análise de uma entrevista<sup>3</sup> aberta realizada, conforme já referido, com profissional médico da atenção primária que participou do projeto Telessaúde desde seu início. Nossa leitura dessa textualidade se ancorou em nosso questionamento sobre como o funcionamento do Telessaúde estaria efetivando efeitos de sentidos na posição sujeito clínico geral de UBS, perguntando-nos mais especificamente sobre sentidos de cuidado na relação médico paciente, ou, dito de outro modo, sentidos que se instalam na prática clínica por meio do Telessaúde.

### **A entrevista em análise**

Antes de iniciarmos nosso movimento analítico na textualidade da entrevista, gostaríamos de lembrar, com Pêcheux (1988), nossa posição frente ao que compreendemos da relação entre língua e discurso – aquela sendo materialização deste que por sua vez materializa os processos ideológicos. Pêcheux ainda nos dirá mais, afirmando que

o sistema da língua é, de fato, o mesmo para o materialista e para o idealista, para o revolucionário e para o reacionário, para aquele que

---

<sup>3</sup> A entrevista foi realizada para a construção do corpus de análise quando da realização de dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, defendida em 2016. (disponível em [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312530/1/Figueiredo\\_ValeriaCristinaJodjahn\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312530/1/Figueiredo_ValeriaCristinaJodjahn_M.pdf))

dispõe de um conhecimento dado e para aquele que não dispõe desse conhecimento. Entretanto, não se pode concluir, a partir disso, que esses diversos personagens tenham o mesmo discurso: a língua se apresenta, assim, como a base comum dos processos discursivos diferenciados (...) (PÊCHEUX, 1988, p.81).

Nosso gesto procurará estabelecer um batimento entre a descrição e a interpretação, tal como proposto por Pêcheux enquanto um movimento necessário, ressaltando com o autor que

A análise dos gestos de descrição das materialidades discursivas é compreendida de modo que uma descrição, nesta perspectiva, não é uma apreensão fenomenológica ou hermenêutica na qual descrever se torna indiscernível de interpretar: essa concepção da descrição supõe ao contrário o reconhecimento de um real específico sobre o qual se instala: o real da língua. (...) eu disse bem: a língua. Isto é, nem linguagem, nem fala, nem discurso, nem texto, nem interação conversacional, mas aquilo que é colocado pelos linguistas como a condição de existência do simbólico, no sentido de Jakobson e de Lacan. (PÊCHEUX, 1990, p. 50)

Começemos a tecer nossa rede por meio do conceito de *recorte discursivo* compreendido enquanto “um fragmento da situação discursiva” (ORLANDI, 1984, p. 14).

### **A articulação entre os serviços – um desejo histórico**

*R1. A gente passava o Eletro por fax. Isso muitas vezes não funcionava, mas a imagem do Skype ela dava **resolutividade** pra isso, então virava uma situação que eu mostrava o eletro na frente do Skype, e o **especialista lia** o eletro, a gente trocava ideia, qual é que era a dificuldade*

Nosso gesto incidirá na forma material<sup>4</sup> *resolutividade*. Em termos de situação imediata, o entrevistado relata uma diferença entre o período anterior à implantação do Telessaúde – em que se procurava estabelecer a relação entre serviços por meio do fax – e já com seu

---

<sup>4</sup> “(...) a forma encarnada na história para produzir sentidos” (ORLANDI, 1999, p.19)

funcionamento – em que a qualidade da imagem por meio do Skype era muito melhor do que a via fax, permitindo que o médico mostrasse o eletro, permitindo que o especialista lesse o eletro, permitindo a troca de ideias, permitindo apontar dificuldades.

Queremos nos perguntar pelas condições da irrupção de ‘resolutividade’ na textualização da entrevista, uma vez que essa forma material faz ressoar a *argumentação*<sup>5</sup> sobre a importância da implantação de uma política pública como a do Telessaúde, conforme mostramos acima, em que ‘resolutividade’ instala uma relação de sentido com *resolução de um problema de saúde*, isto é, o paciente que entra no sistema público de saúde teria seu problema resolvido e, preferencialmente, ainda na Atenção Primária, ou seja, na UBS, serviço em que se encontra inscrito o médico entrevistado.

Uma das formas de procurarmos compreender o funcionamento dessa forma material é o nosso gesto parafrástico<sup>6</sup>, podendo encontrar:

1a- *mas a imagem do Skype ela dava **resolutividade***

1b- *mas a imagem do Skype ela dava qualidade boa*

1c- *mas a imagem do Skype ela dava resolução boa*

1d- *mas a imagem do Skype ela **tinha** qualidade boa*

1e- *mas a imagem do Skype ela **tinha** resolução boa*

Em 1d e 1e, o que estaria em questão seria a imagem em si. Porém é preciso observar que nossa parafrase substituiu também o verbo ‘dar’ por ‘ter’. É essa diferença, a nosso ver, que permite que compreendamos a “escolha lexical”<sup>7</sup> de *resolutividade* em 1a. O que

---

<sup>5</sup> Lembramos que discursivamente a argumentação é da ordem da formulação já afetada pela ordem da constituição dos sentidos à qual o sujeito de linguagem não tem acesso (ORLANDI, 1998)

<sup>6</sup> Com gestos parafrásticos, o analista se propõe a compreender como o político e o linguístico se inter-relacionam na constituição dos sujeitos e na produção dos sentidos, conforme Orlandi (1999).

<sup>7</sup> Lembramos mais uma vez que a ordem da formulação, em que gestos de escolha e descarte se efetivam pelo sujeito de linguagem, já está afetada de modo

joga nesse processo de significação está inscrito em ‘resolutividade’ na sua relação com o verbo ‘dar’, nos mostrando que a questão não é a característica da imagem em si (sua qualidade boa, sua resolução boa), mas o que a imagem nítida permite que *aconteça*: a imagem por meio do Skype permite *dar algo*. O quê? *Resolutividade*. Em quê? Do quê? *Pra isso*. E o que é *isso*? A interlocução (mostrar o eletro, ler o eletro, trocar ideias, indicar dificuldades). Importa destacar que é na formulação dessa troca que temos a presença significativa de um ‘eu’ (eu mostrava), de um ‘ele’ (o especialista lia o eletro) e de um ‘a gente’ (a gente trocava ideia) que adensa esse processo na direção da interlocução desejada.

Nessa formulação, *resolutividade* não é um fim em si mesma (resolver um problema), mas um meio para se alcançar algo – a interlocução. Cabe, então, nos perguntarmos sobre a presença de ‘resolutividade’ e não de ‘resolução’ ou ‘qualidade’ ou ‘nitidez’. Para nós, a presença de ‘resolutividade’ mostra-nos a espessura de um sentido que diz da qualidade boa da imagem que permite o acontecimento da interlocução e, ao mesmo tempo, também se relaciona com aquilo que irrompe em uma memória já significada por dizeres disponíveis sobre o Telessaúde como uma política pública, nos indicando a força de um processo discursivo em funcionamento, pois, conforme nos lembra Pêcheux (1990, p. 12), “os objetos ideológicos são sempre fornecidos concomitantemente com a maneira de se servir deles, com a pressuposição de seu ‘sentido’, quer dizer, também com sua orientação”.

Para nós, assim, ‘resolutividade’ irrompe na textualização da entrevista já inscrita em uma rede discursiva que significa o Telessaúde como um instrumento que promove a possibilidade de resolver os casos que chegam na porta de entrada do SUS. Mas não só isso, como estamos vendo. Há algo da ordem da subjetividade, da inscrição do sujeito médico nessa teia que é a possibilidade da interlocução, do acontecimento da troca. Guardemos relativamente

---

constitutivo pelo interdiscurso, em que se efetuam a constituição dos sentidos, processo ao qual o sujeito não tem acesso.

esse processo a ser retomado de modo mais contundente posteriormente para observar outro recorte que nos indica essa relação com a resolutividade daquilo que chega na UBS (mas que também toca a questão da interlocução, como veremos).

*R2. Aí você vai mandar ele para o cardiologista, ele demora para chegar no cardiologista, na hora que ele chega no cardiologista, você não sabe se o cara “tá”, ah “tá”, se vai dar a devida importância ou não para aquilo, são outras situações, entendeu?*

Em termos de situação imediata, o médico entrevistado relata sua dúvida sobre o resultado de um encaminhamento de paciente para o serviço especializado sem que haja essa interlocução anterior entre o clínico e o especialista. Entra em jogo a necessidade do *controle sobre o processo* do paciente. Há um ‘aquilo’ que fez o clínico compreender a necessidade de uma análise especializada – no caso a cardiologia. Mas esse ‘aquilo’ não foi objeto de discussão anterior entre os dois serviços. Pode ter sido entre o clínico e o paciente (podemos supor que o clínico justifique ao paciente o porquê de seu encaminhamento). E há a documentação que segue junto ao encaminhamento. Mas o clínico não confia que a documentação e o próprio paciente serão suficientes para que ‘aquilo’ receba a devida importância.

O *controle do processo* toca ao mesmo tempo relações de sentido com *resolutividade* e com *integralidade*<sup>8</sup>. Ainda não discutiremos a relação com a integralidade. Vamos realçar aqui a demanda de que encaminhar o paciente da atenção primária para um serviço especializado sem a interlocução anterior – a articulação entre os serviços – significa, nessa discursividade analisada, a implicação de uma maior dificuldade de alcançar a resolutividade. Encontram-se

---

<sup>8</sup> A Integralidade é um princípio do SUS compreendido a partir da Lei 8.080 (BRASIL, 1990), “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” e, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, a organização da ‘atenção à saúde’ implica a produção de serviços, ações e práticas de saúde que possam garantir a toda a população o atendimento mais abrangente de suas necessidades.(BRASIL, 1990)

em uma relação de dependência, a princípio, a articulação entre os serviços (por meio da interlocução que o Telessaúde permite acontecer) e a resolutividade. Mas não só. É o que veremos a seguir.

*R3. Tinha dia que eu ficava pescando caso*

*R4. Tinha dia que eu rezava tanto que chegava terça feira de manhã aparecia um caso e eu graças a Deus! Faz um eletro de emergência aqui, pro caboclo aqui, porque eu vou ter que discutir, vou ter o que discutir hoje*

*R5. cada vez que a gente ia discutir um eletro, aquilo ali era uma aula que a gente tinha, era um, era um passo de aprendizado*

Não por acaso articulamos no subtítulo dessa rede discursiva *desejo e história*. Procuramos nessa articulação sustentar nosso pressuposto teórico de que aquilo que subjetiva o sujeito do discurso é da ordem da historicidade, tal como tão bem a formulou recentemente Fonseca (2020, s/pag.), enquanto “a relação que uma atualidade, uma determinada textualização de sentidos, estabelece com outras textualizações presentes em uma conjuntura e em uma memória”. Inconsciente e Ideologia estão materialmente articulados, nos ensina Pêcheux (1988). E é nessa articulação que a necessidade pela relação com o especialista vai se construindo. E em várias direções. Ressaltaremos aqui parte desse processo de subjetivação.

Em um mundo semanticamente estável, o Telessaúde **só precisa** acontecer se há um paciente cujo estado clínico exija a interlocução. Assim, a necessidade da articulação entre os serviços se daria, a princípio, em função **dos pacientes**. No entanto, há uma necessidade de outra ordem que comparece como uma súplica que se marca pela busca de *casos* que permitam a interlocução acontecer. Essa necessidade é tão forte que há um apagamento do paciente na forma material ‘caso’ presente em R3 e R4. O que está sendo demandado pelo clínico provoca ruído na relação com a resolutividade enquanto a busca pela solução de problemas de



saúde de um paciente, já que estabelece relação *também*<sup>9</sup> com a necessidade de que haja ‘caso’ de modo a permitir que haja discussão, haja justificativa para que seja mantida a interlocução. Nessa justificativa, não há paciente, há caso.

### **A articulação entre os serviços – relações de força**

Essa necessidade de manutenção da interlocução não está apenas no *aprendizado* que se realiza a cada chamada de Skype, conforme vemos em R5 (e que ressoa na demanda de capacitação, conforme vimos na historicidade da implantação do Telessaúde em Campinas). A necessidade está também na mexida das relações de força entre os diferentes lugares dos níveis de atenção a partir dos quais o profissional médico diz. A atenção primária não tem a força que os outros níveis de atenção no SUS apresentam. Vejamos o seguinte recorte:

*R6- Era periodicidade de uma vez cada duas semanas, sempre foi feito com o mesmo profissional,... da parte da, do **nível central**, era com o Dr. X*

Em R6, flagramos o equívoco na língua<sup>10</sup>: formalmente, as especialidades (em que o cardiologista se encontra, também chamadas de Policlínicas) pertencem ao nível secundário e não ao central que representa a administração superior do sistema. Não se trata aqui de saber se há desconhecimento ou não por parte do clínico sobre a organização do SUS. Porque o que irrompe na língua, para nós, não é da ordem do conhecimento formal, mas sim do sentido na

---

<sup>9</sup> Grifamos ‘também’ para chamar a atenção de que se trata de processos que se dão ao mesmo tempo, isto é, não há alternância das relações de sentidos – ora é x, ora é y – há concomitância – é x e y ao mesmo tempo.

<sup>10</sup> É preciso lembrar com Orlandi (1996) que “a ordem significante é capaz de equívoco, de deslize, de falha, sem perder seu caráter de unidade, de totalidade” (ORLANDI, 1996, p. 48). E, com Ferreira (2000), que “o equívoco irrompe como um lugar de resistência que é inerente à língua e à sua constituição e compatível com a natureza instável, heterogênea e contraditória de um sistema não-fechado.” (FERREIRA, 2000, p. 15.)

história, do efeito de sentido na história. Isso porque o “analista de discurso, para trabalhar a forma material, traz para dentro de sua prática o trabalho com a paráfrase e a metáfora, com o “equivoco” (o efeito da falha da língua inscrevendo-se na história)” (ORLANDI, 2003, p. 5). Efeito que se materializa ao dizer do nível da especialidade enquanto *central*. Efeito que mostra a relação de força nas representações aí vigentes. Em termos organizacionais não é central, mas enquanto efeito de sentido funciona como se fosse. E essas relações de força se desestabilizam a partir da articulação entre os serviços. É o que podemos observar em R7.

*R7 – começou a ser franqueado para a gente, a possibilidade da gente fazer determinados exames que normalmente a gente não consegue fazer na rede, é... quer seja, teste ergométrico, é... ecocardiograma, é, é... holter*

Observamos, pois, a construção de um poder fazer que acontece com o Telessaúde. Um poder que vem de fora, materializado na voz passiva do verbo ‘franquear’. É o profissional do nível primário que sofre a ação por um agente da passiva que se mantém indeterminado gramaticalmente, porém que, pelo funcionamento da memória discursiva, produz a referência discursiva àquilo que se inscreve no equivoco da forma material ‘nível central’. Trata-se, pois, de um processo de autorização, de legitimação, de significação, em que o profissional do nível primário pode *mais* – um poder a mais especificamente relativo à ordem biomédica dos exames, é preciso começar a realçar – por meio da instalação do Telessaúde.

Enfatizamos a ordem biomédica, porém, mantemos nossa compreensão de que esse processo de legitimação e autorização afeta subjetivamente o profissional de saúde do nível primário – sob um efeito de sentido de autonomia profissional, controle do processo de cuidado, articulação entre os setores – de modo a incidir em seu processo de identificação que, por sua vez, consolida-se de modo mais potente justamente na relação a uma Formação Discursiva Biomédica. Ou seja, a desestabilização das

relações de força entre os níveis que compõem o sistema SUS estaria se dando com a instalação do Telessaúde ao tempo mesmo de se efetivar, mais uma vez, a sobredeterminação do discurso biomédico na prática clínica.

E por que estamos insistindo na sobredeterminação do discurso biomédico? Porque vemos funcionar o efeito metafórico nos exames, nas máquinas, como a marca, na língua, da discursividade que sustenta esse *poder a mais* que o profissional de saúde da UBS passa a ter por meio da articulação dos serviços, da autonomia profissional, do controle do cuidado. Isso na esteira de Pêcheux (1994 (1982), p. 62) e sua compreensão de que, na relação entre língua e discurso, é necessário trabalhar com o “impulso metafórico interno à discursividade pelo qual a língua se inscreve na história”, tomando o efeito metafórico tal qual compreendido por Orlandi (2001) enquanto um deslizamento de sentido em que língua e história se ligam no equívoco, materialmente determinado.

Vamos acompanhar um pouco mais os recortes que nos permitem tecer essa compreensão.

*R8- O paciente estava controlado com o respaldo do cardiologista, esse paciente deixava de ser encaminhado.*

*R9- Tinha caso lá, por exemplo, de paciente que não tinha uma queixa cardíaca específica e coisa e tal, mas sabia que era uma paciente de risco, tinha dois irmãos que tinham infartado, ela era diabética, aí você fala “pô”, esse paciente aqui é legal ele ter uma avaliação um pouco mais ampla então tem que fazer um teste de esforço para ele*

*R10- e ali a gente conseguia fazer isso. Não demorava um ano, mas que demorasse 4 a 5 meses, mas você conseguia fazer isso daqui com o paciente. Então certamente têm pacientes ali que fizeram exames, que eles conseguiram fazer alguma coisa e a gente conseguiu colocar à disposição deles alguma coisa a mais*

Em R8, o controle do cuidado implica na possibilidade de não encaminhar o paciente a outros serviços especializados, desde que

haja o respaldo do especialista. E esse respaldo se faz, como vimos anteriormente, por meio de uma interlocução em que se discute a imagem de exames como a de um eletro. É a interlocução que garante o controle, com respaldo, que só se efetiva porque há um *exame*. Em R9, há a potente forma da prática clínica em analisar o paciente como um todo, levando em consideração o quadro clínico familiar, nesse caso específico, que permite considerar um paciente como potencialmente de risco mesmo sem queixa cardíaca, o que levaria a uma avaliação mais ampla que é, por sua vez, metaforizada por um *teste de esforço*. Em R10, sublinhamos a ênfase na possibilidade de colocar à disposição alguma coisa a mais que, por sua vez, é metaforizada pela *oferta de exames*. Ressaltamos, pois, a regularidade com que o eletro, o teste de esforço, ou exames enquanto categoria genérica se fazem presente como a marca do que o Telessaúde permite *ampliar*, subsumindo esse modo de ampliação à discursividade biomédica.

É neste ponto que gostaríamos de parar um instante de modo a fazer uma pequena digressão que nos ajude em nossa compreensão da relação entre a instalação do Telessaúde e a integralidade enquanto um preceito do SUS. Nos perguntamos, enquanto Grupo de Pesquisa, em diferentes momentos, se a prática clínica, a partir da instalação do Telessaúde, seria afetada na direção de fazer acontecer a integralidade e em que direção de sentidos. A autonomia relativa que vimos se configurar por meio da interlocução que se efetiva com o Telessaúde – o controle do paciente, a não necessidade de, a princípio, precisar encaminhar o paciente para níveis maiores de complexidade, a ampliação dos cuidados –, indicaria um processo de potencialização do preceito da integralidade? E em que direção de sentidos?

Para tanto traremos uma retomada muito sucinta de parte da discussão sobre a integralidade.

## **Intermezzo - a integralidade em um gesto ligeiro**

Há uma filiação a uma rede de sentidos que é trabalhada por Paim (2006, p. 69), para quem a integralidade constitui-se como um dos princípios e uma diretriz para a organização do SUS, em acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988). Não vamos nos deter nessa filiação, mas é preciso ao menos lembrar que, ao longo da primeira metade do século XX, as noções de integração de serviços e atenção integral passam a articular-se progressivamente, tornando-se centrais em um movimento que se contrapunha à especialização da prática clínica e ao aumento da incorporação das tecnologias biomédicas para diagnóstico e tratamento, tal como Kalichman e Ayres (2016) formulam.

É nesse sentido que é possível dizer que faz parte do processo de configuração dos sentidos de integralidade sua relação com uma noção proposta pela chamada Medicina Integral (Comprehensive Medicine) que, por sua vez, vincula-se a um movimento de ideias que gerou a proposta da Medicina Preventiva nas escolas médicas estado-unidenses na passagem da década de 1940 para a de 1950 – discutido por Arouca (1975, p. 54).

Finalmente, queremos ressaltar que, segundo Paim (2006, p.110), os sistemas de serviços de saúde encontram-se organizados na perspectiva da integralidade da atenção adotando certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e das famílias.

Feita esta pequena digressão, voltemos à reflexão que estamos procurando fazer.

## **Telessaúde e Integralidade**

A integralidade também está relacionada ao profissional, àquilo que ele consegue oferecer ao paciente e não somente às necessidades de saúde de determinada pessoa ou população. É por

isso que Gagnon et al (2007) relatam como principal condição para facilitar a adoção ao Telessaúde, o atendimento às necessidades dos profissionais de saúde, articulando sua instalação à melhoria dos processos de decisão clínica, no auxílio à concretização da integralidade desde os serviços de atenção primária, até os serviços especializados, auxiliando o gerenciamento clínico dos pacientes e fornecendo sugestões de manejo das diferentes situações possíveis.

Nessa direção, conforme Kalichman e Ayres (2016), há em 2010 uma atualização de estratégias de operacionalização, dentre elas o Telessaúde, com a justificativa de que a integralidade pudesse ser efetivada. Essa conformação foi marcada pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS, a qual dispõe a respeito das Linhas e Redes de Cuidado, como modelo de atenção à saúde

As Linhas e Redes de Cuidado, como modelo de atenção à saúde, buscam dar conta dos vários níveis de atenção mantendo na Rede Básica de Saúde, organizada por intermédio da ESF, a porta de entrada principal e a responsabilidade pela gestão do cuidado do paciente e pelo acesso regulado a todos os pontos e níveis do sistema. A proposta incorpora também muitos dos conceitos, arranjos e dispositivos elaborados com base nas proposições da clínica ampliada e do cuidado, acima mapeadas, para a superação das limitações, tanto da clínica quanto da gestão tradicionais, na busca pela integralidade (KALICHMAN; AYRES, 2016, p. 9).

Levando isso em consideração, poderíamos compreender, a partir de tudo o que analisamos na textualidade da entrevista, que a instalação do Telessaúde faz parte das condições de produção da efetivação da integralidade, marcada por uma presença forte e homogênea de uma discursividade biomédica que diagnosticaria um estado de saúde do paciente no controle da UBS. Nesta textualidade, podemos compreender que se instala a evidência dos exames como a marca potencial deste controle do paciente e da articulação dos serviços.

No entanto, é sempre importante lembrar que o paciente pode ser observado por outros indicadores que os exames não contemplam. E que fazem parte de um certo sentido de integralidade que não tem espaço para se configurar na textualidade analisada da entrevista. Não há espaço para se significar a importância de levar em consideração o território, as condições materiais de existência do paciente, fatores sociodemográficos e mais um conjunto de indicadores que também fazem parte de uma prática clínica pautada pela integralidade. Nessa textualidade, é o acesso aos exames – do médico para o paciente – que irrompe como a possibilidade de *um a mais* na prática clínica no espaço do nível primário das UBS.

### **Considerações finais**

Procuramos fazer um gesto de interpretação que nos permitisse compreender parte de: i) o modo como o Programa Telessaúde afeta a prática clínica, em que direção(ões) de sentidos; e ii) a relação entre esta prática clínica tocada pelo Programa Telessaúde e a integralidade, enquanto um dos preceitos que institui o SUS. Neste duplo movimento de análise, pressupomos essas relações como uma rede de significação em que a subjetividade da posição-sujeito clínico geral é afetada e, conseqüentemente, sua prática e, portanto, o paciente. Dito de outro modo, nossa leitura da textualidade da entrevista se ancorou em nosso questionamento sobre como o funcionamento do Telessaúde estaria efetivando efeitos de sentidos na posição-sujeito clínico geral de UBS, perguntando-nos mais especificamente sobre sentidos de cuidado na relação médico-paciente, isto é, sentidos que se instalam na prática clínica por meio do Telessaúde.

Dessa rede de significação, faz parte o que se diz sobre o Telessaúde. Observamos uma regularidade discursiva em que ressoam fortemente palavras como *acesso, inclusão, articulação, qualidade, resolutividade, formação, economia de gastos*, implicando na estabilização de uma demanda histórica que coloca na ordem do

visível a necessidade – e a relação de consequência entre uma e outra ação – de uma maior articulação entre os diferentes níveis/serviços do sistema; um maior controle/qualidade da trajetória do paciente (gestão do cuidado); a capacitação profissional; o uso da tecnologia de contato remoto (videoconferência).

Essa rede discursiva se materializa enquanto memória discursiva nos modos de dizer do clínico geral sobre o Programa e seus efeitos na clínica. Mas não só. Vimos funcionar um processo de autorização e de legitimação em que o profissional do nível primário pode *mais*. A articulação dos serviços confere um espaço de autonomia ao clínico geral que desestabiliza, em alguma medida, as relações de força entre os diferentes níveis organizacionais do SUS. É assim que desejo e história (aí pensado sempre o político) se articulam de modo potente. E contraditório: vimos que a necessidade – política, desejante – da manutenção da interlocução chega a apagar o paciente. Pudemos compreender também que ao tempo mesmo desse poder *a mais* se instalar, isso se faz sob o funcionamento da discursividade biomédica metaforizada nos exames que passam a ser uma possibilidade, no nível primário, por meio da instalação do Telessaúde.

Como última palavra, diríamos que pudemos dar a ver a força dos sentidos estabilizados em uma memória discursiva que sustenta a evidência do Telessaúde em meio a contradições e equívocos.

## Referências

AROUCA, Antonio Sergio. **O Dilema Preventivista**: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BASHSHUR, Rashid. *et al.* The Taxonomy of Telemedicine. **Telemedicine and eHealth**, v.17, p. 484-494, 2011.



BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: **Diário Oficial da União**: 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ aúde am o a/Constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/aúde%20am%20o%20a/Constituicao). Acesso em: 17 out 2014.

BRASIL. Lei n.º 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 19 de setembro de 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 17 out 2014.

BRASIL. Portaria nº 561, de 16 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Permanente de Telessaúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, 16 março de 2006, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Custeio dos Núcleos de Telessaúde**: manual instrutivo [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília: 2015. 32 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/custeio\\_nucleos\\_telessau de.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/custeio_nucleos_telessau de.pdf). Acesso em: 15 nov 2020.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de; MATTOS, Ruben Araújo. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco, 2003. pp. 35-43.

CAMPOS, Gastão Wagner; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. **Da Ambigüidade ao Equívoco**: a resistência da língua nos limites da sintaxe. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.

FONSECA, Rodrigo. Historicidade. In: MARIANI, B. (Coord.). **Enciclopédia Virtual de Análise de Discurso e Áreas Afins (ENCIDIS)**. Niterói: UFF, 2020. Disponível em: <https://youtu.be/fzKapXzLHbs>. Acesso em: 12 set 2020.

GADET, Françoise; PÊCHEUX, Michel. **A Língua Inatingível: o discurso na história da linguística**. Trad. Bethania Mariani e Maria Elizabeth Chaves de Melo. Campinas: Pontes, 2004.

GAGNON, Marie Pierre. *et al.* Exploring the effects of telehealth on medical human resources supply: a qualitative case study in remote regions. **BMC Health Services Research**, v. 7, n. 6, 2007.

KALICHMAN, Arthur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016.

MACEDO, Lillian Magda; MARTIN, Suely Teresinha. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 647-660, 2014.

MELO, Maria do Carmo Barros; SILVA, Eliane Maria de Sena. Aspectos conceituais de Telessaúde. In: SANTOS, A. de F. *et al* (orgs.). **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p.17-31.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011. 549 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília: 2011. 137p.

ORLANDI, Eni. A Análise de Discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. Em **Seminário de Estudos em Análise do Discurso** (1.: 2003: Porto Alegre, RS) Anais do I SEAD - Seminário de Estudos em Análise do Discurso [recurso eletrônico] – Porto Alegre: UFRGS, 2003, p.1-18. ISSN 2237-8146. Disponível em: <http://www.analisedodiscurso.ufrgs.br/anaisdosead/sead1.html>; <http://anaisdosead.com.br/1SEAD/Conferencias/EniOrlandi.pdf>

ORLANDI, Eni. **Discurso e Texto**: formulação e circulação de sentidos. Editora Pontes, Campinas, 2001.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso**: Princípios & Procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

ORLANDI, Eni. Discurso e argumentação: um observatório do político. **Fórum Lingüístico**, Florianópolis, n. 1, p. 73-81, jul- dez, 1998.

ORLANDI, Eni. **Interpretação**: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1996.

ORLANDI, Eni. Recortar ou segmentar? *In*: ORLANDI, E. P. **Linguística**: Questões e Controvérsias. Série Estudos. Uberaba: Faculdades Integradas de Uberaba, 1984. p. 09-26.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PÊCHEUX, Michel. **O Discurso**: estrutura ou acontecimento. Tradução: Eni P. Orlandi. Campinas: Pontes Editores. 1990.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Eni P. Orlandi. *et al.* Campinas: Editora da Unicamp, 1988.

PÊCHEUX, Michel. Ler o arquivo hoje (1982). **Gestos de Leitura**, Editora Unicamp, Campinas, 1994.

SILVA, Angelica Baptista. **Telessaúde no Brasil**: Conceitos e aplicações. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2014. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=0nfgDQAAQBAJ&>. Acesso em: 30 nov 2020.

WEN, Chao Lung. Telemedicina e Telessaúde: um Panorama no Brasil. **Informática Pública**, v.10, p. 07-15, 2008.

# Saúde como equipamento social: da “heroína” de Banksy às cabeças protegidas com sacos de lixo

Eduardo Alves Rodrigues  
Renata Chrystina Bianchi de Barros

## Interpretações na e pela superfície

Figura 1: *Game Changer* (BANKSY, grafite estêncil, 2020).



Fonte: [https://www.instagram.com/p/B\\_2o3A5JJ3O/](https://www.instagram.com/p/B_2o3A5JJ3O/).

"Quem vira o jogo", *Game Changer*, é uma pintura de Banksy que tem circulado como uma homenagem aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, após ter sido deixada, anonimamente, no Hospital da Universidade de Southampton. Esse sentido de homenagem torna-se estável na conjuntura global da pandemia SARS-CoV-2, que tem sobrecarregado a área e os

profissionais da saúde em todos os países, independentemente, via de regra, de serem países ricos ou pobres.

O britânico Banksy é reconhecido como um artista de rua cujas obras derivam do uso predominante da técnica de grafite estêncil e estampam, regularmente, localidades do espaço urbano: muros, pontes, vagões de trem, fachadas de prédios e casas, postes, placas, paredes de banheiros, ruínas etc. Uma das marcas de seu trabalho como artista é a tematização da vida social. É a partir desse olhar que o presente texto se desdobra, para compreendermos como a questão da saúde pode ser considerada a partir de seu reconhecimento como um equipamento social. Para explicitarmos essa compreensão, recorreremos, inicialmente, aos gestos de interpretação que o desenho de Banksy atualiza, pois é na e pela historicidade que o desenho movimentada que as condições de leitura da saúde como equipamento social são forçadas analiticamente neste texto.

Em *game changer* podemos ler o gesto de interpretação que expõe uma das cenas que, assim supomos, reproduziu-se na situação coletiva do isolamento social imposto – ainda que com aderência questionável – pela necessidade de conter a contaminação pelo SARS-CoV-2. Uma criança brinca com os heróis que encampam a imaginação (VYGOTSKI, 1996).

De nossa perspectiva, ganha destaque no desenho o flagrante de que, entre os heróis reunidos na brincadeira, encontra-se uma enfermeira usando máscara e capa. Uma enfermeira vestindo uma capa e transformada em brinquedo são índices materiais que sustentam um deslizamento discursivo de sentidos. Esse deslizamento (re)significa a profissional a partir de outra região da memória, aquela que produz sua articulação ao universo semântico aparentemente estável em que os super-heróis ganham sentido, o que parece se "fixar" em algumas marcas: uniformes especiais; forças, habilidades e virtudes incomuns, extraordinárias, que lhes permitem realizar o incomum, o extraordinário, o que, quase sempre, resume-se a "salvar vidas" em perigo.

Embora "salvar vidas", ou cuidar delas, seja algo que possa descrever a atividade profissional cotidiana de uma enfermeira, na

situação de pandemia em que vivemos, a atividade dos enfermeiros poderia ser significada como uma habilidade, um dom ou um feito extraordinários, o que lhes garantiria o direito de ostentar a alcunha de super-heróis ou super-humanos (pelo fato de *serem capazes de salvar outros humanos*). E, diante da iminente real ameaça de morte, justifica-se o desenho propor a narrativa na qual Batman e Homem-Aranha encontram-se preteridos na brincadeira, desprezados em um cesto (de lixo?) à parte.

Nessa direção, a leitura da pintura de Banksy nos permite afirmar que, na situação pandêmica causada pelo "novo" coronavírus, "salvar vidas" é significado, ao mesmo tempo, como um valor em escassez – já que há milhares de óbitos – e como algo que requer – ou mereça – supervalorização – já que restam ainda milhares de óbitos a serem evitados. O desenho de Banksy cumpre, assim, certo programa de significação que faz desdobrar da montagem discursiva ali materializada o efeito-função de *homenage(m)(ar)*.

Ao homenagear a classe profissional dos enfermeiros (uma homenagem que não necessariamente endereça os profissionais de saúde em geral, tampouco os médicos especificamente), o desenho de Banksy nos remete, portanto, a uma sua condição de leitura dada, isto é, a ameaça global atual e real que põe em risco nossas esperanças no futuro – a pandemia figura como uma ameaça real ao(s) futuro(s). Aliás, o modo como o SARS-CoV-2 vem sendo significado e o modo como ele vem sendo combatido nas diferentes conjunturas político-administrativas dos estados-nações já apagaram o futuro de quase 5.000.000 de vítimas fatais<sup>11</sup>. (O que esses números silenciam, assim como o silenciamento produzido a partir da identificação do inimigo/vilão pela designação SARS-CoV-2 (ou "novo" coronavírus) serão tratados adiante.)

Dessa maneira, uma leitura possível do desenho de Banksy põe em jogo certas condições de produção de interpretações que

---

<sup>11</sup> Os números relativos à COVID-19 aludidos neste texto foram consultados em 13 de setembro de 2020; e atualizados em 02 de novembro de 2021. Fonte: Google/Coronavírus (COVID-19).

(des)estabilizam a compreensão sobre como o surgimento do novo coronavírus vem afetando nossas relações com a realidade social, especialmente, com o(s) sistema(s) de saúde.

Homenagear os profissionais da enfermagem, mostrando-os, metonimicamente, por meio da personagem eleita por uma criança para "imaginar" o "resgate heróico" do futuro como possibilidade – cerca de 242.000.000 de vítimas apresentam-se como "recuperados" – reforça a (luta pela) "esperança" como evidência da qual a humanidade não poderia/pode abrir mão. A criança do desenho significa metaforicamente o futuro da humanidade. Um futuro que só pode/poderia ser salvo por tratamentos ministrados pela mediação dos cuidados das enfermeiras e dos enfermeiros, haja vista que, após períodos de desenvolvimento e testes clínicos, a aplicação de vacinas nas populações – e mais recentemente de medicamentos – que combatessem efetivamente os efeitos da contaminação pelo SARS-CoV-2 iniciou-se somente a partir de dezembro de 2020, no Reino Unido<sup>12</sup>, e janeiro de 2021, no Brasil.

Podemos afirmar, então, que o desenho-homenagem de Banksy significa esperança na preservação de um futuro a partir da "atividade" de salvar vidas, desempenhada na materialidade do exercício profissional da enfermagem. E que é a figura da criança, índice material cristalizado de preservação do futuro e do progresso da humanidade, no desenho, que anuncia (com certo otimismo) tal esperança, como uma evidência supostamente inabalável.

Além disso, o desenho de Banksy (d)enuncia um futuro em risco e, ao mesmo tempo, adverte sobre esse risco e sobre a importância, por

---

<sup>12</sup> Vale destacar que, no mundo declarado não ocidental, a Rússia iniciou a aplicação de vacinas, ainda de forma restrita, em novembro de 2020, antes mesmo da conclusão de todas as fases de testes da vacina desenvolvida no país (conferir matéria do Poder 360 Online, publicada em 01/12/2020, disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/russia-anuncia-inicio-de-vacinacao-contra-covid-com-imunizante-ainda-em-teste/>). A China, por sua vez, também de forma restrita, iniciou a vacinação de médicos e funcionários das fronteiras em julho de 2020 (conferir matéria da CNN Brasil Online, publicada em 24/08/2020, disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/china-diz-que-esta-vacinando-medicos-e-funcionarios-das-fronteiras-desde-julho/>).



um lado, de se preservar a vida, pois disso dependeria o futuro, e, por outro lado, de se preservar as condições necessárias a essa interpretação-evidência, segundo a qual "toda vida e todo futuro, enfim, a humanidade deve ser preservada, salva"<sup>13</sup>.

Chamamos atenção, também, sobre o fato de que, dentre os profissionais da saúde, no desenho de Banksy, quem figura como herói não é o médico (profissão que, aparentemente, goza de certo prestígio social). Mas uma enfermeira. Isso nos remete ao mundo semanticamente estável em que profissionais recebem homenagens pelo ("simples") fato de exercerem sua profissão. Podemos reconhecer o artista do desenho afetado, de um modo ou de outro, por determinados efeitos que constituem a historicidade sobre a qual uma dada narrativa circula relacionando de maneira decisiva a sociedade britânica, especialmente a inglesa, com a enfermagem como profissão que afeta "positivamente" a sociedade. Nessa historicidade, o profissional da enfermagem é valorizado e reconhecido pelo exercício de sua profissão.

A partir de uma rápida consulta ao Google sobre o desenho de Banksy, nos é retornado o que afirma a Wikipédia sobre como o nascimento da enfermagem moderna e seu reconhecimento como profissão a ser exercida por mulheres se deu a partir do trabalho pioneiro de uma inglesa vitoriana, nascida em Florença (1820), Florence Nightingale, ao se dedicar, durante a Guerra da Crimeia (1853-1856), a organizar e sistematizar os cuidados médicos dispensados aos feridos daquela guerra, salvando, dessa maneira, muitas vidas. Nos trabalhos de Toso, Fillipon e Giovanella (2016) e

---

<sup>13</sup> Danowsky e Castro (2014), em seus *Ensaio sobre os medos e os fins*, procurando compreender nossas relações com o sentido de "fim do mundo", apontam que este muitas vezes é associado a um desastre civilizacional e/ou demográfico como resultado de um evento global, que poderia ser, por exemplo, a "extinção súbita da espécie humana ou mesmo de toda vida terrestre desencadeada seja por um 'ato de Deus' – um supervírus letal, uma explosão vulcânica gigantesca, o choque com um corpo celeste, uma megatempestade solar –, seja pelo efeito cumulativo de intervenções antrópicas sobre o planeta [...], seja, enfim, por uma boa guerra nuclear no velho estilo. [...]" (DANOWSKY; CASTRO, 2014, p. 13).

Costa (R.), Padilha, Amante, Costa (E.) e Bock (2009), também lemos a respeito do pioneirismo de Florence e de como sua atuação como enfermeira marcou a implementação de reformas sociais e de assistência à saúde inéditas, a partir da utilização do modelo biomédico na prática da enfermagem.

Com resultados bem-sucedidos, Florence Nightingale fundou, em 1860, a primeira escola secular de enfermagem do mundo, no Hospital St. Thomas em Londres, hoje parte do King's College de Londres. Atualmente, considera-se que a ampliação das funções dos enfermeiros nos cuidados diretos aos pacientes, com a transferência de funções antes exercidas exclusivamente por médicos aos enfermeiros, deve-se à tomada de posição decisiva de Nightingale no exercício de seu ofício.

Essa breve descrição nos diz sobre como a sociedade britânica construiu a valorização da profissão da enfermagem como alicerce do sistema de saúde mundial, cujo marco pode ser identificado com a concessão a Nightingale, em 1883, da Cruz Vermelha Real pela rainha Vitória. Além disso, entre tantas outras condecorações, prêmios e honrarias, como a Liberdade Honorária da Cidade de Londres (1908), em 1907, ela tornou-se a primeira mulher a receber a honraria da Ordem do Mérito Britânica, tendo reconhecido seu trabalho em favor da coletividade. Essa valorização da enfermagem pelos britânicos atravessou os séculos e aparece reafirmada em uma pesquisa recente (RODRIGUES, 2019), realizada pela agência Ipsos Mori, que aponta ser a enfermagem, pelo oitavo ano consecutivo, a profissão mais respeitada pelos britânicos (seguida de médicos e professores).

O desenho de Banksy nos remete também a essa historicidade, funcionando, em nossa leitura, como índice de sua (re)produção. O desenho endereça, nessa medida, certas condições de leitura dessa historicidade e como ela determina certas interpretações ali materializadas, remetendo-nos, inclusive, à conjuntura social atual, como já dissemos, afetada pela pandemia do SARS-CoV-2.

Além disso, pela leitura de *Game Changer*, podemos identificar a interpretação segundo a qual é a enfermeira a heroína cujos

poderes podem fazer "virar o jogo", impedindo assim que a humanidade sucumba ao vírus – o "vilão" ausente na cena desenhada por Banksy mas que ali se faz presente discursivamente, ou seja, materializando-se como efeito, como uma exterioridade que significa o desenho. A "virada de jogo", nesse caso, não parece uma tarefa capaz de ser desempenhada por antigos heróis conhecidos. Estes aguardam no cesto, pois, contra o "novo" coronavírus, exigem-se ações que superariam aquilo de que seria capaz um indivíduo com super-habilidades.

O poder da enfermeira, ao contrário, parece residir na qualidade coletiva que o impacto de sua atividade, ou de sua "super-habilidade", produz. Um gesto de interpretação que se materializa no desenho sugere a produção desse efeito metafórico decorrente da sobreposição do coletivo – indiciado pelo trabalho desempenhado pelos profissionais da enfermagem – sobre o individual – indiciado pelo trabalho desempenhado pelos super-heróis. É essa dimensão coletiva do trabalho da enfermeira que é evocada pela enfermeira-super-heroína no desenho de Banksy: ao desempenhar seu ofício, a enfermeira organiza o modo como é oferecido o serviço de saúde nas instituições hospitalares. Assim sendo, os efeitos desse trabalho sobre os pacientes – que endereça necessariamente a coletividade específica dos hospitais – impacta a coletividade ampliada externa, o que chamamos de comunidades, em última instância, sociedade. O trabalho do profissional da enfermagem é significado, portanto, como um trabalho capaz de produzir bem-estar social e coletivo<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Os resultados do estudo de Padilha, Nazário e Moreira (1997) mostraram que a profissão da enfermagem pode ser percebida por futuras enfermeiras em formação como uma profissão de amor ao próximo, uma forma de chegar perto de Deus. As autoras acrescentam: "anjos e super-heróis são algumas das representações dos alunos de graduação, numa visão romântica e ilusória daquele profissional sem dores, sem necessidades, sem horários e sem família. Aquele profissional que se dedica exclusivamente ao cuidado e ao amor ao próximo" (PADILHA; NAZÁRIO; MOREIRA, 1997, p. 315). Esses sentidos atribuídos ao profissional de enfermagem ainda circulam atualmente e são reproduzidos em diferentes gestos de interpretação que administram e historicizam o que significa (ou não) ser enfermeira(o) e como sua profissão deve ser realizada.

Nessa direção, lemos no desenho a materialização desse efeito de sentido que convoca seu leitor a reconhecer uma ação coletiva como necessária ao combate à pandemia. Esta seria uma das lições que essa leitura explicita: *a preservação da vida, hoje e no futuro, requer solidariedade coletiva.*

Esse sentido de coletividade também fica marcado no fato de a enfermeira de Banksy ser desenhada *vestindo* sua máscara. Além de produzir coerência relativa ao isolamento social imposto pela pandemia do SARS-CoV-2 e à recomendação de uso de máscara protetiva, ao estampar o rosto da enfermeira, diferentemente do efeito de identificação que as máscaras dos super-heróis produzem, a máscara da super-enfermeira a despersonaliza, enevoando sua identificação e significando *na sua presença* o contingente "anônimo" – e ali *ausente* – dos profissionais de saúde espalhados pelo mundo.

Dessa maneira, a máscara da enfermeira de Banksy, tomada como índice de leitura, expõe seu leitor à equivocidade, efeito da descrição que ela impõe/evoca: a de uma heroína sem identidade. Todavia, a enfermeira do desenho é identificável por uma espécie de super-habilidade que não se reduz ao superpoder do Batman ou do Homem Aranha, mas à super-habilidade que se manifesta ao produzir corpo à coletividade.

O desenho de Banksy materializa, entre outras, a interpretação segundo a qual a conjuntura pandêmica convoca uma coletividade, necessariamente. Uma enfermeira diante da pandemia não produz o resultado que o Batman ou o Homem Aranha supostamente produzem individualmente nas histórias que protagonizam. E é também uma lição que aprendemos a partir da leitura de HQs que um coletivo de heróis consegue fazer muito mais do que cada um deles individualmente!

A referência ao trabalho da pioneira enfermeira, Florence Nightingale, direciona uma interpretação sobre o trabalho dos profissionais da enfermagem significado metaforicamente como uma atividade que organiza de algum modo o funcionamento da sociedade ao buscar estabelecer parâmetros e rotinas que produzam melhoria nas condições de vida coletiva, nas condições sociais.

## Des-superficializando a leitura

Figura 2: Fotografia reproduzida, de forma adaptada, de reportagem publicada pela BBC News/Brasil, intitulada "'Temos de usar sacos de lixo na cabeça': médicos britânicos improvisam no combate ao coronavírus"<sup>15</sup>.



O desenho de Banksy, tal como analisado na seção anterior, nos remete a outras imagens – por exemplo, essas (Figura 2, acima; Figura 3, adiante) trazidas para iniciar esta seção – que significam historicamente o profissional da enfermagem, seu ofício e suas condições de trabalho. E isso diz respeito ao modo como podemos implicar o estabelecimento e o funcionamento daquilo que se denomina "sistemas de saúde", mundo afora, sobretudo, porque não há sistema de saúde no mundo que prescindia de equipes profissionais multidisciplinares para "garantir" a oferta de uma carta de serviços de saúde à população.

---

<sup>15</sup> Por Claire Press, para a BBC News, em 6 de abril de 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/geral-52186898>; acesso em agosto de 2020.

Figura 3: Site Unitek College.<sup>16</sup>



Figura 4: Pinterest (War History Online).<sup>17</sup>



Neste texto, os "heróis" da enfermagem referem metonimicamente, por um lado, as equipes profissionais multidisciplinares inscritas numa determinada divisão social do trabalho produzida na área da saúde; e, por outro lado, referem metaforicamente os próprios sistemas de saúde mundo afora inscritos na discursividade de um mundo semanticamente estabilizado no qual se produz a evidência segundo a qual "saúde" se articula sinonimicamente a "serviço". (Ressaltamos, aqui, que a essa evidência articula-se, como discurso transversal (PÊCHEUX, 1995), a implicação lógica que restringe o sentido de "saúde" ao sentido de "doença", o que atualiza o efeito interdiscursivo que sustenta o seguinte saber: *goza-se de saúde (somente) quando não se está doente.*)

<sup>16</sup> Disponível em <https://www.unitekcollege.edu/blog/observation-means-patient-care>; acesso em agosto de 2020.

<sup>17</sup> Disponível em <https://br.pinterest.com>; acesso em agosto de 2020.

De saída, baseados em Pêcheux (1995), compreendemos a produção desse efeito de sentido – "serviço" – como um efeito de unidade, forjado a partir da aparente unidade da língua, que faz funcionar, sob a aparência do par ideológico lógica/retórica, diversas "funções" na formação social capitalista, dentre as quais aquelas que são classificadas como fazendo parte do escopo – da divisão – da saúde. Essas funções se fazem presentes em todas as divisões que a formação social capitalista inscreve, afirma Pêcheux (1995).

Por meio da evidência do "serviço", que metaforiza resposta às demandas de saúde por parte da população, realiza-se/preenche-se, nas diferentes divisões da formação social capitalista, as seguintes funções:

- na base econômica, no próprio interior das condições materiais da produção capitalista: necessidades da organização do trabalho, da mecanização e da standardização que impõem uma comunicação sem equívocos - clareza "lógica" das instruções e diretivas, propriedade dos temas utilizados etc. - comunicação que é, ao mesmo tempo, através da divisão social-técnica do trabalho, uma não-comunicação que separa os trabalhadores da organização da produção e os submete à "retórica" do comando;
- encontramos essa divisão nas relações de produção capitalistas, e sob sua forma jurídica, que deve tirar os equívocos nos contratos, trocas comerciais etc. (igualdade linguístico-jurídica entre as partes contratantes), e, simultaneamente, manter o equívoco fundamental do "contrato de trabalho", o que se pode resumir dizendo que, no direito burguês, "todos os homens são iguais, mas há alguns que o são mais que outros"!
- encontramos, enfim, a mesma divisão (igualdade/desigualdade, comunicação/não-comunicação) nas relações sociais políticas e ideológicas: a dependência nas próprias formas da autonomia... [...].  
(PÊCHEUX, 1995, p. 26-27)

E é na e pela leitura do jogo discursivo – aquele que expõe relações decorrentes do funcionamento segundo o qual um discurso remete-se a outro discurso, um sentido reporta-se a outro sentido – que as figuras 1 (desenho de Banksy), 2, 3 e 4 relacionadas

atualizam o que podemos (re)ler, no deslizamento das condições de significação dos profissionais de enfermagem, como nos advertiu Pêcheux: (1) a separação dos trabalhadores da organização da produção e a sua submissão à "retórica" do comando – o que, discursivamente, se transforma, por exemplo, na (não-)comunicação da seguinte instrução: *you must fulfil your social function by means of the exercise of your profession and with the resources available for it*<sup>18</sup>; (2) a desigualdade nas condições de operacionalização dos modos de trabalho e das funções sociais que o trabalho deve realizar, o que, por um lado, justifica-se porque fracassa a operação de "tirar os equívocos nos contratos, trocas comerciais etc.", e, por outro lado, reforça o discurso transversal que impõe como condição de interpretação do trabalho a verdade "lógico-retórica": "todos os homens são iguais, mas há alguns que são mais que outros"<sup>19</sup>; e (3) a imposição da interpretação segundo a qual a ideia de competência profissional é necessariamente associada à capacidade de exercício "autônomo" do trabalho, com todos os equívocos que podemos considerar a partir da leitura discursiva do termo "autonomia profissional".

---

<sup>18</sup> Discursivamente, isso se atualiza, por exemplo, nas formas dos juramentos profissionais na ocasião de suas formaturas. De modo regular, os juramentos feitos em profissões do campo da saúde comprometem os profissionais a dedicarem suas vidas servindo, fielmente, a humanidade.

<sup>19</sup> Esse enunciado sintetiza linguisticamente o efeito do funcionamento do direito burguês sobredeterminando o social: "todos os homens são iguais, mas há alguns que os são mais que outros!". George Orwell, em *A Revolução dos bichos* (2007 [1945]), aponta para alguns dos modos como, em uma sociedade desigual, a tomada de posição social de poder sobre os demais "da mesma espécie", por indivíduos que, antes, ocupavam a posição de oprimido, produz condições que os transformam em opressores "de seus iguais". Em tal posição, para que continue gozando de privilégios, apresenta-se como "igual" adulterando as "condições de igualdade". Em Orwell, a expressão linguística que sintetiza esse funcionamento é formulada da seguinte maneira: "todos os animais são iguais, mas alguns são mais iguais que outros". Essa afirmação pode ser lida, portanto, como uma advertência sobre a divisão social desigual da distribuição das condições (de produção) de existência.



Se considerarmos, ainda, a conjuntura pandêmica na qual essas relações se tornam explicitadas, parafraseamos o título do desenho de Banksy para questionarmos: quem vira o jogo? ou quem seria capaz de virar o jogo?

É com este questionamento que suspendemos, com base no referido jogo discursivo, a evidência do sentido de "heroísmo" atribuído de forma asséptica, como fica assim indiciado nas figuras 3 e 4, ao profissional da saúde que integra as frentes cotidianas de combate às inúmeras situações sociais que lhes são apresentadas como demandas – urgentes ou cotidianas, calamitosas ou regulares – de saúde, a exemplo da grave crise estabelecida na área com a instalação da pandemia do "novo" coronavírus.

No efeito de unidade encarnado pelo significante "serviço", administrado pela ideologia, há o apagamento do trabalho do político na linguagem, ou seja, o apagamento de outras relações de sentido que o significante "serviço" contrai com outros significantes, o que exporia a historicidade implicada na oferta de um único serviço de saúde – um serviço implica procedimentos, protocolos, equipamentos, insumos, recursos humanos, condições de segurança e condições de saneamento, por exemplo. Há também a produção do apagamento de um funcionamento que coloca em jogo a disputa dos sentidos que o significante "serviço" indicaria: essa polissemia é dissimulada em uma interpretação cristalizada, aparentemente transparente, que dá visibilidade metafórica ao profissional de saúde que é identificado com a – e responsabilizado pela – própria prestação do serviço, assim como também é responsabilizado por cuidar tanto de sua própria saúde quanto de sua segurança durante o – e também quando não está em – exercício de seu ofício. O profissional da saúde, dessa maneira, é a (inter)face visível, superficial, da historicidade silenciada que o efeito de sentido "serviço" constitutivamente movimenta. Esses apagamentos minimizam não apenas o trabalho profissional, em sua espessura semântica (*o que/como* o trabalho significa socialmente), e, no caso, aquele realizado pelos profissionais da saúde, especialmente a(o)s enfermeira(o)s, mas também os efeitos

do trabalho que pode efetivamente ser realizado dada as condições econômicas, jurídicas, administrativas e políticas que o (in)viabilizam.

É com base nessa descrição que lemos as figuras 3 e 4 produzindo um efeito de assepsia sobre a imagem do profissional de enfermagem: nessas figuras, ele é mostrado ideologicamente como, ao mesmo tempo, imaculado, virtuoso, sábio, generoso, comprometido, inabalável, enfim, aquele que sabe o que faz e reconhece onde deve estar e o momento exato em que deve comparecer para prestar os serviços que somente ele pode fazer. Essas imagens expõem o contraste com as enfermeiras fotografadas vestindo sacos de lixo na cabeça para poderem exercer o próprio ofício, na figura 2. Nesta figura, a evidência do heroísmo, atualizada nas figuras 3, 4 e 1, esfacela-se diante das condições reais que determinam a rotina – e a desigualdade nas condições de operacionalização – de(o) trabalho dos profissionais da linha de frente responsáveis pela prestação dos serviços de saúde à população mundo afora (inclusive em conjunturas de calamidade pública, como esta que vivemos atualmente em função da pandemia do SARS-CoV-2).

Aliás, as condições reais de funcionamento dos sistemas de saúde, metafórica e metonimicamente estampadas na figura 2, escancaram, denunciam como esses sistemas encontram-se, em muitos casos, insistente e perniciosamente despreparados para cumprirem as funções sob sua responsabilidade na formação social capitalista. Nessa conjuntura, podemos compreender que os profissionais da enfermagem, em particular, e os da saúde, em geral, são de fato demandados como se fossem "heróis", pois estão sempre tendo que responder às demandas "sem medirem esforços". Assim, o par ideológico lógica/retórica permanece produzindo seu efeito: "todos os homens são iguais, mas há alguns que o são mais que outros", o que significa, neste caso, que todos os homens têm direito à saúde de qualidade, mas alguns jamais podem/poderão exercer esse direito. O serviço de saúde mundo afora não atende todos os pacientes e não atende os pacientes nas mesmas condições. Os profissionais de saúde, por sua vez, também não usufruem das

mesmas condições de trabalho e de segurança na realização do trabalho. Mais ainda: nem todo profissional de saúde, assim como nem todo local de oferta dos serviços de saúde, apresenta-se do mesmo modo ou com os mesmos compromissos e éticas diante das mais variadas demandas por cuidado, atenção e tratamento.

(Neste momento, os noticiários (d)enunciam mais de 247 milhões de infectados pelo SARS-CoV-2 e mais de 5 milhões de mortes, no mundo. Os números também são altíssimos quando consideramos mortes causadas pelas mais diferentes causas, como doenças cardiovasculares e cânceres.)

Na formação social capitalista, há que se considerar que as condições atuais de trabalho disponibilizadas à execução dos serviços de saúde (como a ausência de equipamentos de proteção individual, por exemplo) não são impeditivas à manutenção dos profissionais nas frentes de trabalho como, por exemplo, no enfrentamento à pandemia do SARS-CoV-2. Diante das exigências feitas pelo capitalismo, o profissional de saúde (ele também) é pressionado, em função de suas responsabilidades financeiras, a enfrentar os riscos à sua própria saúde e à de sua família a fim de sustentar seu próprio emprego, logo, sua própria vida. A disponibilidade ao trabalho no enfrentamento dos riscos não está, assim, sempre relacionada ao juramento de cuidado e atenção à saúde do outro, mas, também, à (im)possibilidade de colocar-se (in)disponível diante de suas responsabilidades financeiras. Daí que mais uma vez lembramos: "todos os homens são iguais, mas há alguns que o são mais que outros".

Em geral<sup>20</sup>, diante da precariedade das condições de infraestrutura, das condições de trabalho dos profissionais de

---

<sup>20</sup> Dizemos "em geral" porque as condições de trabalho na área da saúde são desiguais e assimétricas, assim como as condições de acesso aos serviços de saúde, o que reflete o estado permanente da desigualdade na distribuição de riquezas, um dos fundamentos do modo de produção capitalista neoliberal.

saúde e da condição de exígua qualidade de saúde<sup>21</sup> do cidadão, promove-se o que podemos interpretar como *retroatimentação do serviço*, isto é, a produção permanente de demanda dos mais diversos serviços ao sistema de saúde. E, em decorrência disso, verifica-se a produção do aumento da necessidade do uso de medicamentos, de realização de exames, da abertura de leitos hospitalares etc., já que o cidadão, procurará, em última instância, o serviço de saúde que atenda suas necessidades já talvez em regime de urgência.

Diante do exposto, remontemos à homenagem prestada aos profissionais de enfermagem no desenho de Banksy (figura 1), para (re)ler a homenagem (ou a condecoração) prestada a esses profissionais como forma de pagamento e reconhecimento pelo trabalho executado, sobretudo, por parte daqueles que atuam na linha de frente da prestação do serviço de saúde – mais uma vez, "todos os homens são iguais, mas há alguns que o são mais que outros" –, o que promove o apagamento (1) da necessidade de investimentos que elevem as condições de trabalho imediato das equipes de saúde – enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos etc.; e (2) da necessidade de investimentos que elevem as condições de qualidade de saúde dos "usuários" desses serviços, os cidadãos, as pessoas.

Não podemos deixar de dizer que o gesto da homenagem, que se reproduz tanto no desenho de Banksy quanto fora dele<sup>22</sup>, atualiza certos efeitos decorrentes da divisão social do trabalho, apagando o contingente profissional que atua igualmente na linha de frente do serviço de saúde responsabilizando-se pelas funções que materializam o sanitarismo, ou seja, as equipes de limpeza/serviços gerais que atuam nos locais de atendimento à saúde. Isso espelha o

---

<sup>21</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1947, formula o conceito de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (cf. <https://www.paho.org/>).

<sup>22</sup> Durante a crise pandêmica que vivemos, *choveram* (ALTHUSSER, 2005) homenagens, reproduzidas nas diferentes mídias, aos profissionais de saúde considerados *a linha de frente de combate à pandemia*.

des-conhecimento ideológico que apaga a relação indissociável entre sanitarismo e saúde. O des-conhecimento que apaga a relação discursiva que permite dizer que não há qualidade de saúde que não seja afetada pelas condições que determinam as ações de higiene e saneamento básico. E, ainda, o des-conhecimento de que a questão da saúde não implica exclusivamente profissionais da área da saúde: referimo-nos, aqui, por exemplo, ao contingente profissional constituído por aqueles que realizam funções técnicas, administrativas, assim como por aqueles que realizam suas funções de gestão dos sistemas de saúde.

Retornamos, assim, à figura 2, que expõe enfermeiras britânicas que precisam se paramentar improvisadamente com sacos de lixo na cabeça para se protegerem durante o exercício profissional na conjuntura pandêmica do SARS-CoV-2, a qual tem sido marcada, em muitas situações, pela escassez de insumos e materiais básicos. Esse flagrante nos remete a cenas análogas mundo afora, como aquelas que descreviam enfermeiras carregando corpos aos necrotérios ou descreviam corpos sendo descartados em valas comuns ou em caminhões refrigerados. Cenas que se inscrevem não apenas na memória da pandemia de SARS-CoV-2, mas também na memória que significa diferentes condições de atendimento à saúde mundo afora. A leitura dessas cenas produz certo desequilíbrio na imagem de herói, que insiste em se historicizar como chave de leitura para os profissionais de saúde em geral, especialmente, nesta pandemia, para enfermeiros e médicos. Desequilíbrio que abala o efeito da administração da ideologia dominante sobre como devemos/podemos ler o estatuto e a função social desses profissionais, em outras palavras, seus direitos e deveres, e as condições de trabalho a que estão submetidos.

Essas cenas flagram, ao mesmo tempo, um modo como falha o funcionamento do equipamento social da saúde, sobre o qual discorreremos a seguir.

## A saúde como equipamento social

No âmbito das políticas públicas brasileiras, a partir do instrumento da Lei 6.766/1979, que dispõe sobre o Parcelamento do Solo Urbano e outras Providências, a definição de equipamento está articulada com os modos como a organização urbanística estabelece o parcelamento e uso do solo urbano, tendo em vista o provimento necessário à utilização social do território, ou seja, a sua instalação deve responder às necessidades sociais imediatas para que o território urbano possa funcionar de modo a permitir o seu desenvolvimento tanto da perspectiva econômica quanto da perspectiva do bem-estar das pessoas que o ocupam. Nessa mesma lei, produz-se o deslizamento do sentido de equipamento "urbano", assim definido e que passa a ser associado ao sentido de equipamento "comunitário", ou seja, "equipamentos públicos de educação, cultura, saúde, lazer e similares" (cf. Lei 6.766/1979, cap. 2, art 4º, § 2º).

Na descrição da referida lei, são considerados equipamentos urbanos as instalações e serviços que edifiquem a infraestrutura necessária para o funcionamento de equipamentos públicos comunitários, como abastecimento de água, tratamento de esgoto, rede de energia elétrica, coleta de águas pluviais, rede telefônica, gás canalizado, sistema viário (que inclui a demarcação de espaços livres) etc. Embora não explicitado na lei "como", os equipamentos urbanos favorecem não apenas o provimento de serviços públicos e de utilidade pública, mas também a edificação de equipamentos comunitários privados.

Nessa leitura, compreendemos que, muitas vezes, a interpretação do conceito de equipamento urbano, a partir da definição estabelecida pela Lei 6.766/1979, tem ocorrido de modo a considerar óbvia – como sentido-sempre-já-lá – por um lado, a função do equipamento urbano como sendo exclusivamente aquela de equipar, aprovisionar com infraestrutura o território para que, então, ele possa ser ocupado; e, por outro lado, uma leitura da função de equipar significando o fornecimento de serviços públicos

e de utilidade pública que não se resumiriam aos serviços de infraestrutura já mencionados.

A discursividade filiada a essa rede de sentidos produz relação contraditória com o que pode ser compreendido na relação com os equipamentos públicos comunitários, onde os serviços necessários ao desenvolvimento econômico e à promoção do bem-estar social seriam oferecidos. Ou seja, na compreensão de como os equipamentos urbanos podem/devem ser lidos, "equipar" não implica necessariamente tornar acessível serviços que possam responder a demandas comunitárias relacionadas a "educação, cultura, saúde, lazer e similares". Na leitura da referida lei, a sobreposição semântica que se atualiza pelo modo como as definições de "equipamento urbano" e "equipamento público comunitário" são formuladas e relacionadas pode favorecer a ideia de que a entrega de infraestrutura já garantiria a entrega do serviço público, seja ele de saúde, de educação, de cultura ou de lazer, por exemplo.

Nessa direção, a figura 2, trazida na seção anterior, (d)enuncia justamente esse desencaixe, pelo qual a prestação do atendimento à saúde fica comprometida pela falha em determinados serviços, como, no caso, o fornecimento de equipamentos paramentais. O cenário ali flagrado se reproduz, como dissemos, tanto no âmbito dos equipamentos comunitários públicos quanto no âmbito dos equipamentos comunitários privados. Em relação a estes últimos, às vezes não falta equipamento ou insumo, mas a falha no serviço impede que equipamentos e/ou insumos sejam utilizados em obediência às normas de segurança (por exemplo, a imposição, nessa conjuntura pandêmica, a médicos e enfermeiros de (re)utilizarem as máscaras de proteção individual por tempo superior ao recomendado).

Com isso, advertimos para o fato de que há um funcionamento autorizado jurídica e administrativamente que faz parecer o mesmo – *tornam idênticas* – coisas que são materialmente distintas, ou seja, esse funcionamento apaga a diferença semântica que coloca em relação "equipamentos urbanos", "equipamentos públicos comunitários" e "serviços". No entanto, "equipamentos urbanos",

"equipamentos públicos comunitários" e "serviços" não significam a mesma coisa e não projetam os mesmos efeitos materiais de sentido, portanto, não implicam a produção – a oferta, a entrega – dos mesmos objetos e/ou de objetos correlatos.

Se seguirmos esse raciocínio, a instalação de edificações físicas supostamente preparadas para a recepção da população, como creches, pré-escolas, escolas, quadras esportivas, centros de artes e esportes unificados, praças, parques, unidades de pronto atendimento (UPA), unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais não implicam necessariamente que os serviços de atendimento ao público nesses locais estejam disponíveis, acessíveis ou que sejam realizados/ofertados de forma adequada. Isso implica dizer que, muitas vezes, a solução desse equacionamento, dado pela relação de des-encaixe entre "equipamentos urbanos", "equipamentos públicos comunitários" e "serviços", seja dada tão-somente por meio da contratação de mais recursos humanos, ou seja, mais profissionais especializados, ainda que reconheçamos esta medida como imprescindível.

A consideração da historicidade das práticas que constituem o cenário da saúde mundial permite não apenas contestar essa aparente indistinção entre "equipamentos urbanos", "equipamentos públicos comunitários" e "serviços", como também impõe uma demanda de reinterpretação para aquilo que se entrega como resultado do funcionamento de um sistema de saúde descrito como "de qualidade". Tal demanda se impõe em função do conflito que decorre da sobreposição da necessidade do lucro<sup>23</sup> sobre a necessidade da qualidade, sobreposição esta que se impõe, por sua vez, como evidência na formação social capitalista – *o que seria mais urgente nessa conjuntura pandêmica: salvar vidas ou empresas? salvar*

---

<sup>23</sup> A saúde é significada como uma mercadoria que precisa produzir lucro. Em decorrência disso, para essa máxima capitalista funcionar, o cidadão-consumidor precisa "garantir" não sucumbir à doença, de modo a manter-se economicamente ativo, isto é, ativo tanto para o trabalho quanto para o consumo.



*vidas ou empregos? preservar a saúde da população ou a saúde financeira dos investidores/especuladores?*

Perguntas como essas operam na evidência da disjunção exclusiva fazendo parecer óbvia a incompatibilidade entre vidas e empregos, caso a resposta apresentada faça opção pela simultaneidade ou pela mutualidade, isto é, *poder-se-ia ou dever-se-ia salvar/preservar com igual urgência/relevância vidas e empregos*. Além disso, ao apostarem na evidência da disjunção exclusiva, tais perguntas acobertam a ineficiência em se tomar e em se tratar tanto o risco a vidas quanto o risco a empregos como problemas sociais igualmente demandantes de soluções urgentes (podendo ser, inclusive, propostas articuladamente, por que não?). Ou, ainda, acobertam a indisposição ou o descompromisso em relação ao real que se articula tanto em função da iminência da morte (caso haja contaminação pelo SARS-CoV-2, por exemplo) quanto em função da iminência do desemprego (outra séria ameaça posta como decorrente, na conjuntura pandêmica, das diferentes e controversas práticas de distanciamento social).

As mesmas perguntas formuladas sob a fórmula lógico-retórica da disjunção exclusiva nos remontam ao modo como o desenho de Banksy *questiona*: "quem vira o jogo"? (Ou: quem viraria o jogo no campo da imaginação da criança que brinca em tempos de SARS-CoV-2?) Perguntas que sugerem respostas como "saúde" ou "emprego". Respostas que se (re)atualizam a partir do desenho: a super-enfermeira ou o super-Batman ou o super-Homem Aranha? Ou, eu e você, nós leitores/expectadores/contempladores? Quem poderia virar o jogo do futuro diante de riscos e ameaças que se impõem, ao mesmo tempo, como contraface e limite à existência?

É nessa conjuntura sensível (RANCIÈRE, 2005; 1995), terreno das disputas de ordem discursiva (portanto, de ordem simbólico-histórico-político-ideológica) e de como elas se materializam para os/nos sujeitos e ressoam no histórico, que consideramos possível conceber a questão da saúde na perspectiva do que designamos discursivamente como "equipamento social". Isso implica dispor de outras relações entre saúde e "equipamentos urbanos",

"equipamentos públicos comunitários" e "serviços", com base nas advertências expostas até o momento neste texto.

Ressaltamos que, de nosso ponto de vista, é o próprio fato-demanda de/por um "atendimento social à saúde da pessoa" que produz certas condições de discursivização de uma conceituação que direciona a interpretação da saúde como equipamento social, ou seja, um equipamento que instrumentaliza a dimensão social ao atendimento à saúde. Isso implicaria deslocar a implicação lógica que restringe o sentido de "saúde" ao sentido de "doença", permitindo uma virada metafórica que reinterpreta "saúde" como "condições de existência da vida", paráfrase silenciada de "condições para qualidade de vida". A partir dessa transformação no modo de compreensão da saúde, seria possível talvez realizar um trabalho capaz de (re)situar a relação entre o cidadão e suas condições reais de existência, o que, muitas vezes, é parcialmente considerado na oferta de um "estado de bem-estar" ou "estado de qualidade de vida".

Nessa direção, tomar a saúde como equipamento social pauta o questionamento de evidências que se historicizam em relações de sentido entre "saúde" e "qualidade" ((serviços de) saúde de qualidade); entre "saúde" e "gestão de doença" e "cuidado com a vida" ou "estado de completo bem-estar físico, mental e social"; entre "saúde" e "programas sociais (político-administrativos)", como o SUS<sup>24</sup>, por exemplo; entre "saúde" e "captação de investimentos"; entre "saúde" e "modos de acesso aos serviços de saúde"; entre "saúde" e "ciência"; entre "saúde" e "proteção e promoção da saúde"; entre "saúde" e "ausência de doença/ameaça/risco"; entre "saúde" e "equipe multidisciplinar"; "saúde" e "divisão social do trabalho" etc.

De uma perspectiva discursiva, compreendemos os equipamentos urbanos e comunitários remetidos ao qualificador

---

<sup>24</sup> Sistema Único de Saúde é o sistema público "universal" de saúde brasileiro, implementado a partir da promulgação da Constituição "cidadã" de 1988, tendo sido inspirado no National Health Service do Reino Unido.

"social", uma vez que tais equipamentos impactam – determinam – os modos de "instalação" da vida social do sujeito social, isto é, impacta a forma-sujeito da formação social capitalista que ganha existência histórica a partir da metaforização do indivíduo (de qualquer indivíduo) como *agente das práticas sociais* (cf. ALTHUSSER, 1978; PÊCHEUX, 1995), portanto, aquele que encarnará a imagem do cidadão juridicamente descrito ao passar a responder socialmente por direitos e deveres supostamente "adquiridos". Nessa medida, um equipamento social instrumentaliza – metaforicamente – tanto o território quanto a comunidade sobre os quais seus discursos são impostos como evidências determinando o modo como se materializam as mais diferentes funções políticas que aparecem "envelopadas" (RODRIGUES, 2012) sob o significante "serviço(s)".

Nessa medida, (re)ler a saúde a partir dessa compreensão de equipamento social produz uma implicação entre equipamento social de saúde e sistema de saúde, de modo que esse sistema se apresente estruturado e materialmente disposto e disponível/acessível ao cidadão por meio do funcionamento ideológico do equipamento social da saúde. Esse funcionamento ideológico "aparelha" o sistema de saúde determinando os modos como ele é compreendido pela população (da qual fazem parte, vale lembrarmos, aqueles que serão recrutados como funcionários mediadores da prestação de serviços no âmbito do equipamento social da saúde) que a ele poderá/deverá recorrer, ou seja, os modos de acesso aos serviços e, também, os modos de controle, gestão e fruição dos serviços caracterizados como serviços de saúde. Em decorrência disso, um equipamento social de saúde abrange ao mesmo tempo a oferta desses serviços tanto pelo sistema público quanto pelo privado, que "disputam" esse terreno dividindo-a pela metáfora da(s) fatia(s) de mercado(s).

Esse aparelhamento ideológico do equipamento social de saúde produz, inclusive, situações em que "privado" e "público" se sobrepõem, quando, por exemplo, o serviço público acolhe o cidadão, mas falha ao prestar-lhe atendimento segundo condições clínicas

específicas. Por exemplo, quando é dito a um paciente com câncer que o prosseguimento de seu tratamento requer um exame que o sistema público não oferece ou não oferece com a urgência necessária, obrigando-o a providenciá-lo junto ao setor privado. Explicita-se, assim, uma faceta do funcionamento ideológico do equipamento social de saúde que incorpora a conhecida prática capitalista da setorização (BECK, 2009) – fragmentação de funções e de saberes – dos modos de produção e, em decorrência, dos serviços, o que se aplica também ao fato de que, para que um equipamento social de saúde funcione, ele precisa ser servido por meio de outros equipamentos, como transporte, energia etc. Como resultado desse processo, conforme nos adverte Santos (1999), produzem-se e perpetuam-se desigualdades que são gravadas no território, o que se dá, no modo como compreendemos, discursivamente, ou seja, ao mesmo tempo, na ordem da língua e da história.

Com base no exposto, uma vez que compreendemos a saúde como equipamento social, precisamos considerar como sua instalação, no território já vertido em corpo político-simbólico, modifica o espaço social e a relação dos sujeitos com esse espaço, historicizando o sentido de saúde, educação, cultura, lazer etc. É assim que compreendemos como a instalação de um equipamento social como o da saúde (re)produz um estado de intervenção que regula a inscrição do sujeito na formação social, ou seja, (mais) um conjunto de discursos que descreve o que são para os sujeitos sociais seus direitos e deveres, e, no caso, direitos e deveres relativos à presença e/ou à ausência dos serviços de saúde (com ou sem qualidade, isto é, eficazes ou não na oferta de tratamento/prevenção/promoção). Reafirma-se, assim, a advertência que lemos em Pêcheux: "todos os homens são iguais, mas há alguns que o são mais que outros".

Assim, ao funcionar por meio dos discursos que o historicizam, a instalação do equipamento social da saúde dissimula ideologicamente que o Estado, enquanto responsável pelo funcionamento político-administrativo do território, em diferentes níveis, cumpre com o dever de fornecer "integralmente" o serviço de

saúde. No entanto, muitos hospitais e, no caso brasileiro, UBSs, UPAs e similares, deixam de acolher diariamente inúmeros cidadãos que apresentam demandas específicas não previstas pelo planejamento setorializado de oferta dos serviços de saúde.

Resulta dessa dissimulação, a produção de algumas perversidades no campo político-simbólico da relação entre ordem e organização, tal como Orlandi (2011; 2004) a descreve, mas pensada, aqui, em relação ao funcionamento do equipamento social da saúde. Essas perversidades são articuladas sob o regime da organização – que determina como funciona a oferta e a entrega do serviço de saúde –, dissimulando o equívoco próprio à ordem do funcionamento social (suas contradições, falhas, incompletude), e impactando aí o jogo entre o individual e o coletivo.

A perversidade a que nos referimos se manifesta, por exemplo, quando o cidadão que se torna paciente é culpabilizado pela própria enfermidade. Numa conjuntura pandêmica como a atual, isso significa culpabilizar aquele que se apresenta ao sistema de saúde contaminado por SARS-CoV-2 como o único responsável pelo ocorrido (ter se contaminado), porque, por exemplo, não tomou as medidas de prevenção ampla – e supostamente – "comunicadas".

Outra perversidade, por exemplo, diz respeito ao modo como, em muitas situações, a oferta de serviço corresponde a uma prática de correção<sup>25</sup> daquilo que é significado ora como "anomalia pontual" ora como "desvio de padrão", isto é, exceção no âmbito da evidência de excelência construída e atribuída a modelos/sistemas de oferta de serviços de saúde. Isso se torna visível quando um gestor de equipamento social da saúde, no Brasil por exemplo, é questionado sobre as enormes filas de espera por atendimento em frente a uma UBS, ou quando nos perguntamos por que, na figura 2, as enfermeiras precisam se proteger usando sacos de lixo nas cabeças. Respostas como

---

<sup>25</sup> A exemplo do que ocorre também com a educação, como nos mostra Orlandi (2014, p. 143), ao afirmar que na "formação discursiva da prática do sociologismo, a questão da educação, do analfabetismo, é só um *déficit* a ser corrigido: humanismo reformista".

"esse é um problema pontual", "fomos surpreendidos porque jamais vivenciamos uma situação como essa; estamos trabalhando para dar uma solução rápida ao problema, que é pontual", "estamos aguardando a licitação ou a compra do equipamento "x", ou a contratação de mais 10 especialistas" etc.

Essas respostas produzem como efeito uma correção para algo que se apresenta como "sempre pontual", mostrando a fragilidade decorrente do imaginário da organização construída a partir dos discursos que significam a gestão dos equipamentos sociais da saúde como adequada e/ou suficiente. Logo, não endereçam sentidos que significam uma transformação no/do sistema de saúde e no modo como esse sistema oferta seus serviços, ou seja, não respondem às demandas por qualidade de vida porque se mantêm filiadas à formação discursiva que fornece a evidência de que *só há saúde se houver ausência de doença*. Essa evidência se sobrepõe às relações complexas e históricas que determinam as condições de vida (e de saúde) do sujeito.

E, ao remetermos esses desdobramentos analíticos ao desenho de Banksy (figura 1), não podemos deixar de aludirmos a outra perversidade que ali se "fantasia" de homenagem: responsabilizar – esta é outra interpretação possível – um profissional – enfermeiros – pela missão de virar o jogo e "salvar a humanidade" contra o coronavírus. Nessa medida, o desenho de Banksy produz a evidência da desarticulação entre "saúde" e "equipamento social", (d)enunciando efeitos do imaginário de organização do equipamento social da saúde que não inscrevem o sentido de coletividade como memória – condição de interpretação – para a oferta dos serviços de saúde.

A partir do exposto, tomar a saúde como equipamento social suspende e, ao mesmo tempo, recoloca o problema: "quem vira o jogo"?

### **Últimas considerações**

Ao realizarmos este percurso de leitura discursiva que forja analiticamente a compreensão da saúde como equipamento social,

expusemos uma rede de significação que dá visibilidade a efeitos do processo de determinação da historicização do sentido de "saúde" articulado ao sentido de "serviço", portanto, um objeto de oferta, um objeto cujo sentido está já administrado pelo capital. Por isso, paradoxalmente, como objeto de oferta, o(s) serviço(s) de saúde podem não ser ofertado(s)/podem não se encontrar disponíveis, acessíveis...

Mostramos, assim, que a saúde como equipamento social, estando este equipamento inscrito na ordem político-simbólica do urbano, das cidades, "não oferece a todos as mesmas coisas, mas a todos oferece alguma coisa" (SARLO, 2014, p. 5). Ou, repetindo as palavras lidas em Pêcheux, podemos afirmar que a oferta dos serviços de saúde no âmbito do referido equipamento social é determinada por uma contradição: "todos os homens são iguais, mas há alguns que o são mais que outros".

## Referências

ALTHUSSER, Louis. A corrente subterrânea do materialismo do encontro. Trad. Bras. **Revista Crítica Marxista**, nº 20, Editora Revan, p. 9-48, 2005. Disponível em <https://www.marxists.org/althusser/1982/corrente.pdf>. Acesso em ago 2020.

ALTHUSSER, Louis. Resposta a John Lewis. In: **Posições I**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34, 2010.

BRASIL. CASA CIVIL [Subchefia para Assuntos Jurídicos]. Lei. 6.766 de 19 de dezembro de 1979. [Dispõe sobre o Parcelamento do solo urbano e dá outras providências]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L6766>. Acesso em ago. 2020.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra; AMANTE, Lúcia Nazareth; COSTA, Eliani; BOCK, Lisnéia Fabiani. O legado de

Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em ago. 2020.

DANOWSKI, Deborah; CASTRO, Eduardo Viveiros de. **Há mundo por vir?** Ensaio sobre os medos e os fins. Florianópolis: Desterro; Cultura & Barbárie: Instituto Socioambiental, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em [https://www.who.int/governance/who\\_constitution\\_sp](https://www.who.int/governance/who_constitution_sp). Acesso em set. 2020.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Formação ou capacitação?: duas formas de ligar sociedade e conhecimento. Em: FERREIRA, E.L.; ORLANDI, E. (Orgs.). **Discursos sobre a inclusão**. Niterói (RJ): Intertexto, 2014. p. 141-186.

ORLANDI, Eni Puccinelli. A casa e a rua. Uma relação política e social. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 693-703, set./dez. 2011. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/18491/14348>. Acesso em set 2020.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Interpretação**: autoria, leitura e efeito do trabalho simbólico. 4ª. ed. Campinas: Pontes, 2004.

PADILHA, Maria Itayra C. de Souza; NAZARIO, Nazaré Otília; MOREIRA, Marléa Chagas. A compreensão do ideário da enfermagem para a transformação da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 3, 307-322, set. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em ago. 2020.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Bras. Campinas: Editora da Unicamp, 1995.

RANCIÈRE; Jacques. **A partilha do sensível**: estética e política. Trad. Bras. São Paulo: EXO experimental org.; Editora 34, 2005.



RANCIÈRE; Jacques. **Políticas da escrita**. Trad. Bras. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

RODRIGUES, Eduardo Alves. A costura do invisível: sentido e sujeito na moda. In: CARROZZA, Guilherme; SANTOS, Mirian dos; SILVA, Telma Domingues da. (Orgs.). **Sujeito, sociedade, sentidos**. Campinas: RG, 2012. p. 117-134.

RODRIGUES, Victor. Pelo oitavo ano seguido Enfermagem é a profissão mais respeitada pelos Britânicos. **Bastidor Político** [Blog, Internacional, Saúde], 5 de abril de 2019. Disponível em <https://www.bastidorpolitico.com.br/saude/enfermagem-a-profissao-mais-respeitada-pelos-britanicos>. Acesso em ago. 2020.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1999.

SARLO, Beatriz. **A cidade vista**. Mercadorias e cultura urbana. [Coleção Cidades]. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; FILIPPON, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, fev. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em ago. 2020.

VYGOTSKI, Liev Semiónovitch. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 5ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.



## Sobre os Autores e Organizadores

**Ana Laura Prates** – Psicanalista, escritora e editora. Doutora pela Universidade de São Paulo (USP), Pós doutora pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e pesquisadora colaboradora do Laboratório de Estudos Urbanos, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É AME da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Autora, dentre outros, de *Feminilidade e Experiência Psicanalítica* e *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia*. Contato: apratespacheco@gmail.com

**Clarice Pimentel Paulon** – Psicóloga, psicanalista, especialista em Gestão em Saúde Pública (UNICAMP), Mestre em Psicologia (FFCLRP-USP), Doutora em Psicologia Clínica (IPUSP). Atualmente pós-doutoranda no Instituto de Psicologia da USP, professora e supervisora da Residência Integrada em Saúde da prefeitura de São Paulo. Áreas de atuação e interesse: psicanálise e suas intersecções com as ciências da linguagem, políticas públicas, saúde coletiva e saúde mental. Contato: claricepp@gmail.com

**Elisa Mara do Nascimento** – Mestranda em Linguística no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL) da UNICAMP. Bolsista CNPq, integrante dos Grupos de Pesquisa CNPq PsiPoliS, DAq e do Coletivo Estação Psicanálise. Contato: elisamn10@gmail.com

**Fernando Hartmann** – Mestre e doutor em Educação pela UFRGS. Pós-doutor em Psicanálise e Psicopatologia pela Universidade Paris-Diderot. Professor de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande, Psicanalista membro da Association Lacanienne Internationale e membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Editor da Revista Interdisciplinar de Psicanálise *Deslocamentos/déplacements*. Autor do livro "Linguística e

Psicanálise", de 2019. Colaborador do "Dicionário de Linguística da Enunciação", 2009. Contato: fernandohartmann37@gmail.com

**GIPS (Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Políticas de Saúde)** – Grupo interdisciplinar de pesquisa que reúne pesquisadores do Labeurb e uma equipe de pesquisadores da área de saúde coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O grupo, constituído em 2004, tem por objeto a análise das políticas públicas de saúde implementadas no Brasil, tendo como foco questões relativas à qualidade e acessibilidade do atendimento dos serviços públicos. O corpus está constituído de documentos oficiais relativos a essas políticas (textos constitucionais, projetos de lei, normas regulamentadoras, etc.), material didático destinado aos usuários do sistema de saúde e entrevistas com usuários e profissionais da saúde coletadas em pesquisas de campo. Contato: [www.labeurb.unocamp.br](http://www.labeurb.unocamp.br) e [www.fcm.unicamp.br](http://www.fcm.unicamp.br)

**Juliana de Castro Santana** – Doutora em Linguística Aplicada e pós-doutora em Tradução pela UNICAMP. Atuou como professora adjunta no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Linguagem da UNIVÁS, de 2012 a 2019. Foi professora associada III, na Faculdade de Tecnologia (FATEC), de 2012 a 2021. Atualmente é consultora da Língua Inglesa no Instituto de Controle do Espaço Aéreo (ICEA). É docente convidada no curso de especialização em Psicanálise da UNIVAP, além de exercer a psicanálise clínica. Contato: [julianacastrosantana@hotmail.com](mailto:julianacastrosantana@hotmail.com)

**Léia Prizskulnik** – Docente na Universidade de São Paulo, no Instituto de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica de SP. Possui Mestrado Profissional em Aconselhamento Genético e Genômica Humana no Instituto de Biociências. Atualmente, coordena 2 projetos de pesquisa e atua na área da Psicologia Clínica, com ênfase na Psicanálise de Freud e de Lacan. Contato: [leiapris@usp.br](mailto:leiapris@usp.br)

**Lauro José Siqueira Baldini** – Docente do Departamento de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL) da UNICAMP. Membro-fundador do Centro de Pesquisa PoEHMaS e líder do Grupo de Pesquisa CNPq PsiPoliS. Membro-fundador e coordenador do Coletivo Estação Psicanálise. Contato: ljsbaldini@gmail.com

**Marcella Pereira de Oliveira** – Psicanalista em consultório particular. Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenadora e professora no curso de pós-graduação em psicanálise da UNIVAP, São José dos Campos, SP. Contato: marcellaoliveira@usp.br

**Marcos Barbai** – Possui mestrado (2004) e doutorado (2008) em Linguística, pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). É pesquisador do Laboratório de Estudos Urbanos, do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da UNICAMP (desde 2010) e professor do Programa de Pós-Graduação em Divulgação Científica e Cultural (IEL/Labjor). Realizou estágio de doutoramento e de Pós-doutorado na Universidade de Paris 3, França. Tem experiência em Linguística, com ênfase em Análise de Discurso. É Psicanalista membro do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo. Contato: barbai@unicamp.br

**Paula Chiaretti** – Graduada em Psicologia (2005) pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Mestre (2008) e Doutora (2013) em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. Faz formação em Psicanálise desde 2003. De maio de 2013 a fevereiro de 2014, foi professora e coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade de Tecnologia e Ciência de Jequié-BA. De 2014 a 2018, foi docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem da Universidade do Vale do Sapucaí. Coordenou o mesmo programa entre 2019 e 2020. Atualmente é coordenadora do Programa de Pós-graduação em Educação, Conhecimento e

Sociedade também na Univás e Psicanalista. Contato: [chiaretti.paula@gmail.com](mailto:chiaretti.paula@gmail.com)

**Thales de Medeiros Ribeiro** – Doutorando em Linguística no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL) da UNICAMP. Bolsista CNPq. Membro do grupo de pesquisa PsiPoliS. Contato: [thalesmedeirosribeiro@gmail.com](mailto:thalesmedeirosribeiro@gmail.com)

**Rodrigo Pinto Pacheco** – Psicólogo formado pela PUC-SP. Mestre pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP). Supervisor clínico-institucional de diversos CAPS. Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano (EPFCL) e do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo (FCL-SP). Coordenador das Redes de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública e Psicanálise, Educação e Cultura. Membro do LIPP (Laboratório Internacional da Política da Psicanálise) e membro da Comissão de Urgências da Época (EPFCL-Brasil). Delegado pelo FCL-SP e IF. Contato: [rodrigopintopacheco@hotmail.com](mailto:rodrigopintopacheco@hotmail.com)

**Renata Chrystina Bianchi de Barros** – Formada em Fonoaudiologia e Pedagogia. Concluiu suas pesquisas em nível de mestrado e doutorado em Linguística pelo Instituto de Estudos da Linguagem (IEL) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e estágio pós-doutoral pelo Laboratório de Estudos Urbanos, também na UNICAMP. Tem experiência em docência e desenvolvimento de pesquisa e extensão no ensino superior - graduação e pós-graduação stricto sensu. Atualmente, é coordenadora do Convênio Internacional com o Instituto de Ortofonologia di Roma - IDO (Itália), e pesquisadora convidada do IDO-Brasil. Compõe o Comitê Científico da Fondazione M.I.T.E (Minori, Informazione, Tutela, Educazione), Tivoli (RM, It). Tem experiência em Fonoaudiologia Clínica e Educacional com foco em educação inclusiva. É autora do livro *A singularidade da clínica fonoaudiológica*, publicado pela RG Editores (2012), além de organizadora de demais títulos como "Sociedade e Medicalização? (Campinas: Pontes, 2015) e "Sociedade e Diversidade" (Campinas: Pontes, 2016). É autora de capítulos de livros e de artigos

científicos publicados em periódicos. Desenvolve pesquisas que contam com a colaboração de pesquisadores de diferentes Instituições de Ensino do Brasil e do Exterior. Foi Editora-chefe da Revista DisSoL - Discurso, Sociedade, Linguagem. Interessa-se pelo estudo da linguagem e a tecnologia, da linguagem em articulação com a educação e o ensino, pelos estudos dos processos de medicalização e patologização da educação e da vida. Contato: renatabiabarros@gmail.com

**Eduardo Alves Rodrigues** – Doutor em linguística pela Universidade Estadual de Campinas e tem formação e experiência, tanto na docência quanto na pesquisa, nas áreas de Letras e Linguística, tanto na graduação quanto na pós-graduação. É vinculado ao Grupo de Pesquisa e Estudos em Linguagem e Subjetividade (GELS-UFU/CNPq). Desde 2005, tem se dedicado, especialmente, a desenvolver estudos, pesquisas e projetos de extensão que mobilizam teórico-metodologicamente a Análise de Discurso, o que tem subsidiado com predominância suas publicações e filiações acadêmicas. Desde 2014, tem desenvolvido projetos na educação a distância, nas áreas de Letras, Linguística e Educação. E, desde 2020, tem atuado na docência e na gestão de cursos e projetos para a educação a distância, tanto para a graduação quanto para a pós-graduação, na Universidade Virtual do Estado de São Paulo. Contato: eduardoar76@gmail.com

**Wedencley Alves** – Professor da UFJF, Faculdade de Comunicação, na Graduação e no Programa de Mestrado e Doutorado. Doutor em Linguística (Unicamp, 2007) e mestre em Comunicação (UFF, 2002). Cumpriu estágio de pós-doutorado na EHESS-Paris, Centre Edgar Morin, sob supervisão de Claudine Haroche. Tem como área de interesse a relação entre discurso, comunicação e saúde. Coordena o Grupo Sensus – Comunicação e Discursos, desde 2012. Contato: wedencley@gmail.com

# Índice remissivo

<b>Palavra</b>	<b>Indicação de páginas</b>
Alimentação	145, 147
<i>Big data</i>	115-118
Biopolítica	9, 115, 147
Biologia	32, 128, 134
Ciência	12-13, 49, 71-73, 114-115, 123, 131, 134
Consumo	25, 27, 35, 47, 49, 54, 73, 113, 154, 187, 189, 238
Cura	11, 31-33, 138, 205, 211
Depressão	27, 41-44, 49-51, 53-55, 136-137
Diagnóstica	32, 34-36, 53-54
Diagnóstico	27, 32, 34-36, 91, 95, 99-101, 113, 115, 120, 131-132, 136-137
Dieta	145-147, 150-151, 156
Doente	50, 138, 187
Dor	139-140
Educação sexual	190-192
Emagrecimento	149, 153-154
Enfermagem / enfermeira	220-227, 230-237
Equívoco	14, 97, 115, 121, 208, 229, 243
Esquizofrenia	132-133
Exame	114, 200-201, 208-2010, 213
Felicidade	48-49, 51, 54
Gestão	26-27, 34-35, 56, 74, 194, 199-201, 241, 244
Higienismo	29, 183
Hospital	29-30, 32
Infância	182-184, 188
Integralidade	76, 193, 204-205, 209-202
Mal-estar	8, 10, 15, 50, 55-56, 63, 72, 80, 95, 131
Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)	41, 52-53, 98-100, 104, 106, 127
Maternidade, mãe	157, 165, 168, 1711, 184



Médico, discurso médico	50, 72, 79, 113-115, 136, 196, 205
Modelo / Discurso biomédico	29, 110, 137, 139, 208-213, 223
Morte / morrer	10, 17, 48, 139-140, 157, 221, 239
Narrativa	32-34, 56, 115, 120-121, 190
Nomeação	32, 42-43, 49, 51, 53, 91-93, 97-98, 100-103, 128, 134-137, 151-152
Nutrição / Nutricionista	145, 153
Políticas públicas	26, 74, 81, 163-164, 173, 236
Risco	116, 122-123, 138, 185, 223, 233, 239
Sanitarismo	77, 234, 235
Sintoma	11, 14, 27, 53-54, 71, 76, 80-81, 83, 94-95, 98, 102, 156, 187-189
Sistema Único de Saúde (SUS)	25-26, 28, 31, 33, 73, 83, 211, 214
Telessaúde	193-214
Trabalho / Trabalhador	19, 28-30, 48, 75, 166, 176, 185, 199-200, 225, 227, 229-235, 238, 240
Transtornos	16, 41, 53, 92-100, 134, 157
Trauma	95, 189
Vigilância	114-115, 183
Vulnerabilidade	174, 179, 190