



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Milani Baroni, Daiana Paula; Silva Vargas, Rômulo Fabiano; Caponi, Sandra Noemi

DIAGNÓSTICO COMO NOME PRÓPRIO

Psicologia & Sociedade, vol. 22, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 70-77

Associação Brasileira de Psicologia Social

Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326443009>

DIAGNÓSTICO COMO NOME PRÓPRIO

DIAGNOSTIC AS FIRST NAME

Daiana Paula Milani Baroni, Rômulo Fabiano Silva Vargas e Sandra Noemi Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões dentro do campo da saúde mental, considerada aqui enquanto produção histórica correlata ao surgimento da psiquiatria e do seu objeto, a doença mental. O intuito é o de problematizar, junto à emergência deste saber sobre o sujeito que dita modos de vida, a identificação com o nome de um diagnóstico e demais questões que perpassam a temática da medicalização, a fim de introduzir a discussão da saúde mental em uma perspectiva crítica. Pensar sobre as possibilidades de produção de outros nomes para o sujeito, de novas formas de subjetividade, requer a busca por pontos onde resistências se apresentem, onde novas práticas de si referentes ao corpo e à saúde possam conduzir a novos nomes para a saúde.

Palavras-chave: saúde mental; diagnóstico; medicalização; processos de subjetivação; práticas de resistência.

ABSTRACT

This article presents some reflections on mental health, considered in this context as historical production in correlation with the emergence of psychiatry and its object – mental disease. It intends to discuss, along with the emergence of this knowledge that creates forms of life to the subject, the process of identification with a diagnostic name and other questions that pass through the thematic of medicalization, introducing the mental health's discussion in a critical perspective. To think about the production of other names to the subject, new kinds of subjectivities, requires searching for points of resistance, where new practices of oneself in reference to the body and health can conduce to new names for health.

Keywords: mental health; diagnostic; medicalization; process of subjectivities; practice of resistance.

A construção da saúde mental

Ao falar em saúde, no que se convencionou a atribuir como saúde mental, incorre-se sempre no risco de remeter à doença mental, ao distúrbio, ao transtorno, ou seja, ao que alguns determinam como o lado negativo da saúde. A noção de doença mental surge quando a psiquiatria se apropria da experiência da loucura e a torna uma entidade nosológica, como demonstra Machado (1978, citado por Vecchi, 2004):

Com ela no discurso científico (médico), a loucura passou a ser definida como patologia, tanto de ordem moral como somática. A medicina se tornou, então, a instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz, portanto como sujeito a ser tratado e protegido. Apenas quando foi constituída uma inteligibilidade capaz de apreender e identificar a loucura como doença é que a Psiquiatria foi viável (p. 490).

Já na própria história da criação do termo saúde mental pelo saber psiquiátrico, atrelado também à história da Saúde Pública, a doença era o foco de atenção

inicial ao se olhar para o mental. As primeiras referências técnicas à saúde mental como um campo de atuação datam de 1946, ano que coincide com a aprovação da criação da OMS e da Associação de Saúde Mental em Londres (Bertolote, 2000).

Amarante (2007) esboça em seu livro um breve histórico das definições atribuídas ao objeto da psiquiatria e apresenta as crenças embutidas em cada uma delas. Observa-se que muitos desses termos dizem respeito mais à doença e aos preconceitos da época do que ao sujeito que vive a experiência. Nesses termos transtorno mental leva à ideia de alguém transtornado, possesso; desordem mental fala da não ordem e pressupõe então uma ordem mental normal a ser privilegiada; portador de transtorno mental, termo utilizado pela legislação brasileira, sugere alguém carregando um fardo inseparável e indistinguível do sujeito. Dessa forma, ao questionar a noção de saúde mental que aparece colada à doença mental, questiona-se a própria psiquiatria.

Foi justamente devido ao intenso e longo processo de questionamentos feitos, primeiro ao objeto adotado

de início por esta nascente ala da ciência – a doença mental – e depois à própria ciência – a psiquiatria – que o termo e o campo da saúde mental emergem, neste contexto de problematização da produção histórica da psiquiatria e da doença mental.

A percepção da saúde varia muito entre as diferentes culturas, assim como as crenças sobre o que produz e abala a saúde. Segundo Sá Junior (2004), em uma tentativa de definir a saúde, a considera não como um conceito unívoco, contendo nela mais de uma significação que podem ser confundidas. Em seu estudo sobre a conceitualização da saúde, traz também a problemática em se definir o que seria bem-estar, ainda mais quando referente ao mental e ao social, por ser tratar de uma avaliação subjetiva que pode tanto reproduzir um sentimento de não sentir dor física ou psíquica quanto sentir satisfeitas as necessidades biológicas, psicológicas e sociais.

Ao deparar-se com essa amplidão de atribuições endereçadas ao termo saúde mental, tem-se em mente que, tanto ao falar em saúde quanto em uma saúde mental, pisa-se em um terreno delicado, perpassado pela cultura, pela história dos movimentos sociais, pelos limites do individual e do coletivo, pelo contexto político, pelos anseios de uma época, pelo desenvolvimento científico, pelas relações de poder.

Vê-se a importância da discussão sobre a definição de saúde mental já que, como escreve Caponi (2003):

aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos individuais, e implica, ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população (p. 61).

A palavra doença tem sua proveniência da palavra latina dolentia e remonta a ações de sentir ou causar dor, afigir-se, amargurar-se (Cunha, 1996). Essas significações coincidem com a reflexão sobre o caráter de experimentação desse evento, o que leva à apreensão de que a doença se apresenta como uma experiência mais particular do que coletiva uma vez que se inscreve no campo das sensações. Decorre disso a percepção de que a doença pode ser melhor analisada por quem a experimenta, mais do que por quem a descreve nos ditames de um saber disciplinarizado.

Todavia, as contribuições advindas da antropologia para pensar a saúde, nas concepções de Lévi-Strauss e Marcel Mauss, assinalam que as representações sobre saúde e doença manifestam concepções da sociedade em que o indivíduo se insere (Minayo, 2006). O que leva a crer que a percepção particular da doença se origina

nas representações sociais, apontando para o caráter coletivo dessa experiência. Dessa forma, tendo em conta que as sensações são aculturadas, as categorias saúde e doença devem ser consideradas como aberturas para a compreensão das relações entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que o doente transcreve um estado do grupo (Minayo, 2006).

Amarante e Lancetti (2006), seguindo as pistas de Basaglia, propõem pensar o campo da saúde mental e a atenção psicossocial como um processo social complexo, colocando a doença entre parênteses, no sentido de ocupar-se do sujeito que traz sua queixa, caminho contrário ao da invenção psiquiátrica que, ao ocupar-se da doença como um objeto natural, coisificou o sujeito, o excluindo de ser o centro para aonde se dirige a atenção.

Problematizando o saber sobre a saúde mental

De maneira geral, ao se falar em verdade sobre a saúde dos sujeitos, o saber médico tem se cristalizado no decorrer da história ocidental como o sistema para aonde se dirigem as crenças que guiam as ações sobre os corpos. A psicologia acaba por coadunar com esse modelo de saúde e de sujeito, uma vez que nem sempre questiona de forma crítica os critérios de verdade, a rede complexa de relações de poder que estruturam esses discursos e práticas. A psiquiatria, por sua vez, segue dentro desse contexto em uma tendência de re-biologização, trazendo às questões psíquicas causações biológicas, embora não se possa precisar a associação entre esses mecanismos (Russo, 2004).

Ao pensar tal questão, numa perspectiva biopolítica tem-se a medicina como estratégia principal para controle dos corpos, uma vez que dá sequência ao projeto do Estado de intervenção nos aspectos biológicos como a reprodução, doença, trabalho e dor, deixando assim sua marca em cada indivíduo. De acordo com Foucault, o biopoder – o poder sobre a vida – poderia ser designado como aquilo que faz entrar a vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos, sendo o homem moderno o animal em cuja política sua vida, enquanto ser vivo, está em questão (Dreyfus & Rabinow, 1995).

Foucault (1988) em História da sexualidade I apresenta o desenvolvimento do biopoder, a partir do século XVII e meados do século XVIII, em seus dois polos: a anátomo-política do corpo humano – adestramento dos corpos dos indivíduos em úteis e dóceis pra assegurar assim o desenvolvimento do capitalismo –, e a biopolítica da população – tendo o corpo como suporte dos processos biológicos e alvo de intervenções

reguladoras indispensáveis para garantir o ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos. Nesse sentido, a biopolítica posta em debate por Foucault concede à ciência a função de normalizadora da sociedade, criando assim anormalidades a serem tratadas e reformadas em prol do desenvolvimento econômico, servindo-se, para tanto, do discurso técnico de especialistas (Dreyfus & Rabinow, 1995).

Michel Foucault (1998), em O nascimento da clínica, destaca as artimanhas da construção reveladora que foi o saber médico, esse novo e minucioso exercício do olhar, inaugurado no século XIX pela anatomiopatologia e que diferencia e tecniciza a forma de falar do que é visto no corpo. O que parece ser corroborado de maneira ampla nas formas pelas quais os corpos ainda hoje se assujeitam dentro dessa relação médico-paciente, nos ditames do diagnóstico e prognóstico, submetidos a esse olhar que contém o saber sobre o sujeito - não mais acessível ao próprio sujeito, e nas vias de severas restrições quanto às demais possibilidades de compreensão e condução diante das experiências tidas como adoecimento na sociedade ocidental. O que parece competir ao sujeito é se reconhecer nessa nova identidade, apropriar-se, tê-la pra si como nome próprio.

De acordo com Aguiar (2004), é Irving Zola quem desenvolve em 1972 o conceito de medicalização, designando a expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, se ocupando então de problemas de ordem espiritual, moral e legal, assumindo progressivamente a função de regulação social antes exercida pela Igreja e pela lei. Nesse processo, os problemas cotidianos passam a ser definidos como assunto de saúde e doença, discutidos em termos médicos e tratados com fármacos, refletindo uma nova forma de controle social com pretensão normalizadora.

A própria ideia de um transtorno de humor já indica a existência de um humor esperado dentro das expectativas de um imperativo de normalidade. Humor que não deve ser ultrapassado, que não pode estar transformado, que se concilie com os ideais de produtividade, de inserção pouco problemática nas práticas sociais, que traga poucas opções de transbordar algo que resista às atuais formas de constituir-se subjetivamente, que não critique ou recrie posicionamentos outros.

Esses transtornos não apresentam em definitivo a comprovação de sua localização exata no organismo, embora a enorme tentativa da neurobiologia e de parte da psiquiatria em mapear com precisão tal local, em endereçar ao cérebro ou aos hormônios essa função reguladora. Ao localizar a anomalia no corpo, dá-se por consequência a realidade comprovável do caráter patológico pertencente ao sujeito, e assim a separação

desse homem de sua possibilidade de busca por outras respostas àquela experiência.

A medicina biológica se firma ainda na linearidade das causas, na positividade da análise, reduzindo vários fatores causais a fatores simples, definíveis, mecânicos, encontrando em uma suposta única causa a origem de uma cadeia de efeitos possível de ser estancada pela intervenção medicamentosa. Nesse sentido, Martins (2004) nos fala:

Na medicina dita biológica, isso é muito comum ... Como se para cada incômodo, dor ou disfunção correspondesse um sintoma e para cada sintoma correspondesse uma entidade nosológica, e para cada categoria diagnóstica uma carência e, portanto um medicamento (p. 952).

Pires (2004), em artigo intitulado O Homo Biologicus: o equívoco psiquiátrico do reducionismo biológico, argumenta que a psiquiatria tem tornado equivalentes processos psíquicos e processos cerebrais decorrentes do modelo de homem proposto pela psiquiatria - o homem biológico -, centrando seu olhar na doença; o que resulta no estreitamento de possibilidades de intervenção nessas manifestações de sofrimento. Decorrentes desse modelo de homem biológico, variações orgânicas passam a ser interpretadas como doenças e legitimadas por esse saber biomédico, e os fármacos, atuando nos níveis de serotonina, passam a ser a resposta para fenômenos psicossociais.

Apesar de tão antigas as reflexões sobre a multi-causalidade das doenças, atualmente a investigação dos fatores sociais, econômicos, profissionais, emocionais e afetivos que possam incidir nesse sofrimento não está fortemente presente na realização do diagnóstico, a não ser como sinal para a comprovação de que algo do indivíduo está aquém do esperado, comparando-o à média-padrão do comportamento da normalidade dentro do espaço histórico-cultural onde se insere.

Clavreul (1983), em seu livro A ordem médica, ao discutir os efeitos do discurso médico no sujeito, finaliza o capítulo em que reflete sobre a ética médica com a conclusão de que o discurso do qual a medicina se serve instaura uma ordem das coisas tão jurídica e normativa quanto a ordem comum. É dentro desse emaranhado de significações, dentro dessa dualidade conflitiva entre o normal e o anormal (e o que fazer do anormal) em que forças diversas concorrem que se inscreve esse sujeito paciente.

Canguilhem (1982), ao pôr em questão a possibilidade de se associar normalidade e saúde, anomalia e patologia, já oferece subsídios para questionar se a definição de um normal a partir da norma, da frequência esperada, é o melhor recurso para se delimitar o que seja saúde. Ao considerar que é o sofrimento que

estabelece os estados de doença e ao inserir a noção de corpo subjetivo, Canguilhem nos impele a ter em conta a dificuldade de se apreender em um conceito único de saúde toda a dimensão da experiência singular que abarca o processo saúde-doença, uma vez que os aspectos subjetivos e a individualidade de cada sujeito é parte essencial desse processo.

Canguilhem (1982), trabalhando em torno do conceito de anormal – como referência ao que não responde à norma – e do conceito de anomalia – enquanto desigualdade –, os distancia do que seriam os critérios determinantes para o estado patológico, já que desigualdade e distância da média, e, portanto, da norma, não correspondem necessariamente à doença. Cumpre, assim, o exercício de separar a saúde da normalidade, dando à saúde um campo maior do que o prescrito pela frequência de valores, maior do que permite a comparação entre organismos, resguardando assim a diferença como parte fundamental da saúde e dando aos estados patológicos um lugar não disfuncional.

Tem-se disto que a média estatística, tão empregada em nossa cultura científica para definir o local onde o indivíduo se inscreve no limite entre saúde e doença, antecipa-se na produção de uma normatividade difícil de ser alcançada nas singularidades.

Ivan Illich (1975), em A exapropriação da saúde, apresenta um trecho que parece sintetizar essa tentativa de problematizar a condição do sujeito sob o domínio de uma determinada verdade afirmada sobre sua saúde. Illich tenta em seu trabalho convencer os médicos e os seus clientes de que:

acima de determinado nível de esforços, a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal (p. 15).

Diagnóstico – a busca de um nome

De acordo com Cunha (1996), a palavra diagnóstico se origina de diagnose, no grego diagnôsis, e remete a ações de reconhecer, discernir, distinguir, separar, o que coaduna com a proposta de se guiar em investigações teóricas e também clínicas pelos imperativos científicos – olhar, constatar, diferenciar, reduzir para melhor investigar, determinar e olhar repetidas vezes para comprovar. Mas seria, sobretudo, através da fala confirmatória do profissional da saúde, da prescrição de um algo a mais para somar-se ao sujeito - uma palavra, um nome, uma receita -, que esse sujeito faz-se então tomado por seu diagnóstico e assim essa distinção é definitivamente marcada?

Essa marca pode se presentificar sob diferentes formas. Aguiar (2004), em seu livro Psiquiatria no divã, apresenta que a prescrição se coloca como o ato necessário que define a função do especialista; a prescrição é a fala que, juntamente ao nome, dá o sentido àquela experiência. Prescrever é parte da tarefa médica, e essa parece se ligar de forma indissociável ao diagnóstico. Aguiar tece importantes considerações quanto à repercução da atividade da mídia como agente na produção de novos doentes, disseminando o conceito da doença e a consequente busca pelo tratamento:

A difusão social do conceito de doença tem o objetivo de fazer com que o próprio paciente possa fazer seu diagnóstico e sugerir o tratamento ao seu médico. Como no DSM é realizado pela mera identificação de sintomas, não dependendo de nenhum exame complementar, é perfeitamente possível que o próprio paciente estabeleça seu diagnóstico e até mesmo o tratamento farmacológico que achar conveniente. O DSM virtualiza o médico, fazendo com que cada paciente possa, exceto pelo papel doravante burocrático de assinar a receita, torna-se médico de si mesmo. (Aguiar, 2004, p. 100)

Blech (2005) aponta em seu livro Los inventores de enfermedades para uma outra maneira do saber médico atuar, sustentado agora por outras forças e interesses que não os de reconstituição da saúde. Blech apresenta dados sobre a atuação da indústria farmacêutica que, associada à prática da medicina, define em seus termos e de acordo com seus interesses a saúde da população, criando novas doenças, tratando agora de saudáveis e assim os batizando com novas e recém-criadas doenças a fim de comercializar a saúde. A mídia se situa nessa perspectiva como o veículo para se produzir esses sujeitos patologizados, com esse reconhecimento de si como portador de tais sintomas e na consequente procura da confirmação diagnóstica e demanda de medicamentos. Campanhas sanitárias de conscientização chamando a atenção para o surgimento de novas doenças, mais especificamente, tornando antigas sensações em indícios de um adoecimento, se tornam extremamente aceitáveis para grande parte da população, já que revestidas da preocupação de proteger a saúde de todos e de responsabilizar o sujeito para que faça sua parte na busca de sua cura, despertam a gratidão daqueles que acordaram para esse risco.

Conrad (2007), em The medicalization of society, tematiza fatores que fundamentam a maioria das análises sobre o processo de medicalização da sociedade e que podem trazer outros ângulos para se pensar as proporções tomadas pelos problemas referentes ao saber da saúde do sujeito. Um ponto de importância levantado por Conrad é o fato de a medicalização ocorrer muitas vezes através da atividade de movimentos sociais e in-

teresses de grupos, ou seja, leigos e pessoas diagnosticadas podem ser ativos colaboradores no processo de medicalização de seus problemas. Um exemplo disso seria o alcoolismo que assumiu status de doença através do movimento dos grupos de alcoolistas, proporcionando assim o surgimento dessa nova categoria e promovendo a aceitação desse problema como doença, e não mais como desvio moral. Nesses termos, os profissionais da saúde concordam com os apelos dos pacientes por um diagnóstico médico mais do que simplesmente rotulam as condições de um paciente enquanto doença.

Clavreul (1983) traz a essa reflexão o fato de que o médico, embora empregue os termos de sua disciplina, procura em sua tentativa de cura responder a uma demanda normativa do paciente, da família, da sociedade. Não são os médicos propriamente, com a confecção do diagnóstico e das categorias de doenças, os teóricos da normalidade, embora possam ocupar na situação clínica o papel de juiz. O fato de determinar oficialmente o estado de fora do normal para um sujeito ao diagnosticá-lo, configurando esse ato como marca principal a sustentar esta passagem do normal ao patológico, não indica que isso reflete exclusivamente o resultado da intervenção da ética médica, mas situa-se em correlação a um somatório de outras construções de saber e poder que permeiam as relações dos indivíduos com seus corpos determinando modos de vida.

O paciente, ao buscar seu diagnóstico, uma razão que explique e justifique seus sintomas, acaba por auxiliar na produção do nome de sua doença, selecionando para confessar ao médico o que é já considerado como anormal em relação ao seu estado anterior e ao que é previsto como normal para os indivíduos sob essa mesma realidade. Este saber da doença não se resume ao saber produzido pela disciplina médica, mas também advém do saber produzido por demais práticas sociais legitimadas por ela, sistematizadas ou não.

Põe-se com isso à prova a ideia de paciente como vítima passiva de um executor de diagnósticos e da ciência médica, e parte-se então para a crítica da atuação do próprio indivíduo nesse processo como parte fundamental na construção de seu diagnóstico, uma vez que são as descrições de suas sensações e seu reconhecimento enquanto doente que se torna a matéria para o trabalho clínico.

O que vem a se destacar nesse contexto de fabricação de um diagnóstico, dentro da reflexão proposta por este texto, é a relação do sujeito com a verdade sobre seu corpo e sua saúde, verdade não apenas determinada por esse saber que lhe foge, o saber médico. Outras formas de saber e poder igualmente perpassam esses corpos, ainda nessa experiência de saúde-doença, os tornando sujeitos que se constituem como saudáveis

ou doentes sob a influência dessas várias experiências, forças como o saber da pedagogia ou o saber jurídico. Para isto basta se pensar sobre o diagnóstico médico de hiperatividade que se assegura sob a ideia de normalidade no processo de aprendizagem, ou no diagnóstico de transtornos psiquiátricos que, dependendo de sua severidade, pode vir a assegurar a interdição jurídica de um indivíduo e favorecer interesses outros que não os do próprio paciente. O que se sintetiza nos corpos são regulações advindas de saberes diversos que assim buscam inscrevê-los de forma a normalizá-los, contabilizá-los, mesmo que encobertos por detrás do saber médico, essa grande estratégia biopolítica.

Miller (2003), em A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan, adverte que a classificação nosográfica utilizada no DSM é avaliada em função dos meios de atuação dos médicos. Ao abordar os efeitos dessa classificação no sujeito, dentro de uma perspectiva psicanalítica, ele argumenta que o universal da classe nunca está completamente presente no indivíduo. Segundo Miller, há um déficit da instância da classe no indivíduo, que em função desse traço pode ser sujeito justamente por nunca poder ser exemplar perfeito. Há sujeito toda vez que o indivíduo se afasta do gênero, da espécie, do geral ou do universal. Caberia aos profissionais não esmagar o sujeito com as classes utilizadas.

Hacking (2006) aproxima-se da problemática da biopolítica, da medicalização e, assim, do problema do diagnóstico, ao discutir em seu texto o conceito de interação, anunciando com ele a ideia de que os nomes, as classificações, produzem efeitos no objeto classificado. O nome e a classificação, revestidos de autoridade, aos poucos criam o corpo que se solidifica na forma de uma classe. O nome da classe porta conhecimentos gerais sobre os membros da classe, podendo resultar tanto em um caso de feedback positivo – quando o reconhecimento de pertencer à classe fortalece os atributos necessários a esse pertencimento – quanto em um feedback negativo – quando o indivíduo resiste ao conhecimento ligado à classificação em um movimento de tentar desfazer-se das características que lhe foram atribuídas. Assim, na formação do diagnóstico, poderia dar-se a constituição de um processo identificatório do sujeito com o nome do diagnóstico, do sujeito com a classe dos demais diagnosticados sobre o mesmo signo. Um nome para o desconforto, uma classe para pertencimento e um projeto assistido solidariamente pela ciência para guiá-lo junto a tantos outros.

Hacking (2006) também problematiza a explosão do consumo dos antidepressivos, questionando se isso se deveria ao crescimento do número de casos de depressão no mundo ou ao resultado de pressões da indústria farmacêutica. O autor ainda nos chama

atenção para o fato de que os próprios sistemas atuais de diagnóstico e tratamento contribuem para produção do gênero de comportamento anormal característico da doença como num efeito de arco.

Dentro deste raciocínio, ao analisar a recorrente entrega do mal-estar do indivíduo aos cuidados medicamentosos, faz-se indispensável indagar sobre o somatório de condições que concorrem para que esse evento tome corpo no decorrer da história, o que decorre da frequente tentativa de modificação dos comportamentos indesejáveis e minimização do sofrimento manifesto.

Na mesma velocidade em que se criam novos sintomas, criam-se novos medicamentos e, para esses, novos consumidores. No entanto, intervenções sobre modos de vida e corpos nunca são imparciais, havendo sempre um efeito não desejado provocado pelo diagnóstico, pela palavra de alguém autorizado por um saber, pela introdução de um fármaco. Criam-se modos de vida, processos de subjetivação, experiências coletivas e sujeitos para habitar tais experiências.

Recusar o nome

Mas quais seriam as possibilidades de um sujeito submetido a um diagnóstico, sob a marca desta distinção, objeto nesta análise da verdade, efeito desta longa construção histórica de saber e poder, problematizar sua participação neste processo de identificação de sinais e sensações, tradução, nomeação e intervenção?

Michel Foucault (1990), em suas trajetórias éticas, aponta para um tipo de relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo, em uma prática de assujeitamento, práticas de si. Trata-se de um domínio exercido sobre si, o sujeito se subjetivando, tornando-se objeto de si mesmo a partir dos preceitos existentes, realizando certo número de operações sobre seu corpo, alma, pensamento, conduta, a fim de se transformar e atender a um certo estado de satisfação.

Foucault (1995), em Sujeito e Poder, direciona o seu foco de atenção para os processos de subjetivação que atuam na constituição do indivíduo, fazendo dele um sujeito preso a uma identidade que lhe é atribuída como própria. Ao tratar o sujeito, constituído ao mesmo tempo em que se constitui como efeito dos jogos de verdade, emerge como tema as estratégias de resistência. Estratégias que se apresentam como a maneira possível, dentro dessas relações de poder, de o sujeito criar diferentes respostas, linhas de fuga à captura dos poderes por meio de pequenas possibilidades diárias de recusa aos discursos e práticas que normalizam. Abre-se, portanto, a possibilidade de pensar nesse sujeito se esteticizando, não apenas através do seu reconhecimento nas normas, mas a partir da produção de

novas formas de subjetividade, novos estilos de vida, reposicionando-se frente ao estabelecido.

Nesse sentido, podem-se estender as reflexões de Foucault para pensar a possibilidade do sujeito, diante deste evento histórico de subjetivação de diagnósticos, resistir em um processo ativo de problematizar sua posição nesse discurso totalizante da doença, na tentativa de redesenhar seu estilo de vida, recusando esse modo de subjetivação atual que o corporifica. Atividade que vai à contramão da tendência de aceitar como sentença seu estado patológico, aderindo a uma identidade de doente e à medicalização passiva.

Esse sujeito posto em debate por Foucault ao longo de seu trabalho é o sujeito efeito, inscrito dentro dos limites da sua historicidade e produto das relações de poder e saber; sujeito falado pelo discurso e constituído a partir de processos de subjetivação; mas é também o sujeito que resiste a esses poderes e saberes, que se esteticiza forçando a força a uma outra maneira.

Seria, conforme Deleuze (1992) descreve, dobrar a força, duplicá-la, curvá-la para que ela mesma se afete, convertê-la a si, sendo este Si algo que aponta para uma relação de força consigo. Em suas palavras:

Trata-se de inventar modos de existência, segundo regras facultativas, capazes de resistir ao poder bem como se furtar ao saber, mesmo se o saber tenta penetrá-los e o poder tenta apropriar-se deles. Mas os modos de existência ou possibilidades de vida não cessam de se recriar, e surgem novos. (p. 116)

Deleuze (2005) põe em discussão as forças do homem entrando em relação com outras forças, configurando outras composições, desenhandando outras formas de vida. Remete assim a Foucault com a pergunta sobre quais as nossas possibilidades de vida, os nossos processos de subjetivação, nossas maneiras de nos constituirmos como si, no domínio então de regras facultativas para além das regras codificadas e coercitivas do saber e do poder.

Dessa forma, na medida em que a relação consigo – derivada das relações com os outros, com a moral, com a norma – adquire certa independência, pode haver chances de um desapego às identidades que nos assujeitam e, de acordo com Deleuze, uma luta pela subjetividade se apresentaria assim como luta pelo direito à diferença e à variação.

Deleuze (1992) pergunta sobre a possibilidade de uma verdade que não advinha das linhas integrais de poder, mas que decorra das linhas transversais de resistência. Se não há sujeito, há que se produzir subjetividade para habitar os corpos; e essa subjetividade, na leitura de Deleuze, seria uma operação artista que se difere do saber e do poder e não encontra lugar no interior deles.

E é a partir dessas reflexões advindas de campos distintos e que dialogam e exploram de diferentes formas as relações entre o saber da saúde do sujeito e o sujeito, as afetações trazidas pela construção de um diagnóstico incidindo em um processo de subjetivação e as possibilidades de participação do sujeito dessa experiência de modo crítico que têm se demonstrado enfim a importância e a atualidade de se pensar essa problemática. Pensar sobre as possibilidades de produção de outras formas de subjetividade nesse contexto onde se inscreve e desenvolve a problemática da saúde mental requer a busca de pontos em que resistências se apresentem como linhas de fuga, onde novas práticas de si, referentes à relação com o corpo e a subjetividade tomados como objeto de trabalho para si, indiquem a produção de novos estilos de vida, novos nomes para a saúde, novos nomes para o sujeito.

Referências

- Aguiar, A. A. (2004). *Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. & Lancetti, A. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. de S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615- 634). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Bertolote, J. M. (2000). As origens do conceito de Saúde Mental. *Temas: teoria e prática do psiquiatra*, 30(58), 46-56.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades: como nos convierten en pacientes* (S. Tornero, Trad.). Madri: Ediciones Destino.
- Canguilhem, G. (1982). *O normal e o patológico* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caponi, S. (2003). A saúde como abertura ao risco. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 55-78). Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* (Colégio Freudiano RJ, Trad.). Rio de Janeiro: Brasiliense.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Cunha, A. G. (1996). *Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações* (P. P. Pelbart, Trad.). São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. (2005). *Foucault* (C. S. Martins, Trad.). São Paulo: Brasiliense.
- Dreyfus, H. L. & Rabinow, P. (1995). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)* (V. P. Carrero, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologias del yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. L. Dreyfus & P. Rabinow. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica* (V. P. Carrero, Trad., pp. 231- 249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica* (R. Machado, Trad., 5ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Hacking, I. (2006). O Autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In S. Caponi & M. Russo (Orgs.), *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas* (pp. 305-320). São Paulo: Discurso Editorial.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. (J. K. Cavalcanti, Trad., 4ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Martins, A. (2004). Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. *Caderno de Saúde Pública*, 20(4), 950-958.
- Miller, J. A. (2003). A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan (C. Genaro & G. Fernandez, Trad.). *Carta de São Paulo*, 10(5), 18-32.
- Minayo, M. C. S. (2006). Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 201-229). São Paulo: Hucitec.
- Pires, C. M. L. (2004). O homo biologicus: o equívoco psiquiátrico do reducionismo biológico. *O que é ser humano?* [CD-ROM]. Braga: Faculdade de Filosofia da Universidade de Braga.
- Russo, J. A. (2004). Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica moderna. In A. Piscitelli, M. F. Gregori, & S. Carrara (Orgs.), *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras* (pp. 95-114). Rio de Janeiro: Garamond.
- Sá Junior, L. S. M. (2004, julho/setembro). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, pp. 15-16. Acesso em 21 de abril, 2005, em <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf>
- Vecchi, L.G. (2004, setembro/dezembro). Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 489-495.

Recebido em: 22/5/2008

1ª. Revisão em: 03/12/2008

2ª. Revisão em: 31/3/2009

Aceite final em: 04/08/2009

Daiana Paula Milani Baroni é Psicóloga graduada pela UFSJ - Universidade Federal de São João del Rei, MG; especialista em Saúde Pública e mestrande em Psicologia pela UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina; pesquisadora do Núcleo Margens (Modos de vida, Família e Relações de Gênero) da UFSC. Endereço para correspondência: Rua Venerando Pereira, 138, Centro. Lavras/Minas Gerais. CEP 37200-000 Email: daianapaulam@yahoo.com.br

Rômulo Fabiano Silva Vargas é Psicólogo graduado pela UFSJ - Universidade Federal de São João del Rei,

MG; psicanalista; mestrando em Psicologia pela UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina; pesquisador do NEP- Núcleo de Estudos em Psicanálise da UFSC.
Email: rovargs@yahoo.com.br

Sandra Noemi Caponi é Filósofa graduada pela Universidad Nacional de Rosario (Argentina), Mestre e Doutora em Lógica e Filosofia da Ciência pela UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas, pós-doutora pela Universidade de

Picardie (França), professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública - UFSC, Pesquisadora do CNPq.
Email: sandracaponi@newsite.com.br

Como citar:

Baroni, D. P. M., Vargas, R. F. S., & Caponi, S. N. Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 70-77.