

Medicina Moderna, Práticas Discursivas e Subjetivação

Modern medicine, discursive practices and subjectivation

Medicina moderna, prácticas discursivas y subjetivación

RESUMO

A produção de discursos numa sociedade é historicamente controlada. Pautada no saber médico, a racionalidade científica continua atual para pensarmos na exclusão do sofrimento daqueles que adoecem. O presente ensaio articula a complexidade entre poder, conhecimento e subjetividade na prática médica, a partir da produção do discurso institucionalizado da clínica. Pretende-se ainda jogar luz ao debate de como os conceitos de biopoder, de Michel Foucault, e da psicopolítica, de Byung Chul-Han, nos ajudam a entender a atual crise de narrativa, diante do modelo neoliberal que marginaliza a experiência subjetiva em nome de uma pretensa liberdade individual do desempenho, culminando no adoecimento psíquico.

Palavras-chave: biopoder; desempenho; narrativa; psicopolítica; sofrimento; subjetivação.



Recebido em: 19 de abril de 2024
Aceito em: 21 de dezembro de 2024
DOI: 10.26512/les.v25i2.53589

CADERNOS de LINGUAGEM & SOCIEDADE

Papers on Language and Society

Juliana Guerra

juliana.guerra@fps.edu.br

<https://orcid.org/0000-0003-2387-1362>

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS),
Recife, Pernambuco, Brasil

ARTIGO

ABSTRACT

The production of speeches in a society is historically controlled. Based on medical knowledge, scientific rationality remains current for us to think about excluding the suffering of those who fall ill. This essay articulates the complexity between power, knowledge and subjectivity in medical practice, based on the production of institutionalized clinical discourse. It is also intended to shed light on the debate on how the concepts of biopower, by Michel Foucault, and psychopolitics, by Byung Chul-Han, help us understand the current crisis of narrative, in the face of the neoliberal model that marginalizes subjective experience in the name of an alleged individual freedom of performance, culminating in psychological illness.

Keywords: biopower; performance; narrative; psychopolitics; suffering; subjectivation.

RESUMEN

La producción de discursos en una sociedad está históricamente controlada. A partir del conocimiento médico, la racionalidad científica sigue vigente para pensar en excluir el sufrimiento de quien enferma. Este ensayo articula la complejidad entre poder, conocimiento y subjetividad en la práctica médica, a partir de la producción de un discurso clínico institucionalizado. También se pretende arrojar luz sobre el debate sobre cómo los conceptos de biopoder, de Michel Foucault, y psicopolítica, de Byung Chul-Han, nos ayudan a comprender la crisis actual de la narrativa, frente al modelo neoliberal que margina la experiencia subjetiva. En nombre de una supuesta libertad individual de actuación, que culmina en una enfermedad psicológica.

Palabras-clave: biopoder; performance; psicopolítica; narrativa; sufrimiento; subjetivación.

Como citar:

GUERRA, J. Medicina Moderna, práticas discursivas e subjetivação, Brasília, v. 25, n. 2, p. 108-123, jul./dez. 2024. Disponível em: . Acesso em: XXX.

Correspondência:

Juliana Guerra

Av.Mal Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife, PE, 51150-000, Brasil.

Direito autoral:

Este artigo está licenciado sob os termos da Creative Commons Attribution 4.0 International license

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



INTRODUÇÃO

Para o pensamento hegemônico que comanda a prática médica, o doente não é visto como um ser único, pois a doença se sobrepõe a ele a ponto de não ser mais reconhecido. A racionalidade científica pautada no saber médico continua bastante atual para pensarmos na exclusão das subjetividades daquele que padece de uma doença. Com isso, a medicina ignora a dimensão social na qual o homem está inscrito, banindo o sofrimento como parte da dimensão humana e escondendo as doenças vivenciadas na experiência cotidiana em nome da felicidade e do bem-estar. O projeto médico da modernidade excluiu o sujeito da experiência de adoecimento; os indivíduos agora são apenas a doença que passou a ser entendida enquanto um corpo estranho e indesejado.

Na cisão entre a doença e o doente, o discurso médico também subtraiu do sujeito o saber sobre o patológico, relançando-o à autoridade da instituição médica. Ao adentrar nas reflexões de Foucault sobre as práticas discursivas da medicina, emergiram aspectos cruciais que moldaram esse conhecimento e ainda reverberam em nossa contemporaneidade, especialmente no que tange à subjetivação dos pacientes. O diálogo entre o pensamento foucaultiano e as ideias desenvolvidas sobre o sujeito do desempenho, o sofrimento e a psicopolítica nos ajudam a compreender a atual crise de narração (Han, 2015, 2021, 2023a, 2023b), que impacta na produção do discurso científico, exercendo domínio sobre os processos de subjetivação. A interlocução entre Foucault e Han lança luz sobre a complexidade das dinâmicas de poder e controle presentes no discurso médico e na prática clínica, enriquecendo a compreensão sobre os mecanismos que regem a relação entre saúde, narrativa e subjetividade.

O homem sofre porque passa a perceber a sua finitude. Como nos diz Foucault, **“não é porque caiu doente que o homem morre, é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece”** (Foucault, 2008, p. 171, grifo nosso). O sofrimento, como uma dimensão intolerável na sociedade contemporânea, pactua com a linguagem que, além de representar, tem a função de criar laços discursivos entre os sujeitos e as coisas, de modo a estruturar um universo de sentido compatível com a vida. Muitas vezes, as fronteiras entre sofrimento e não sofrimento são indizíveis. **“A morte é o ponto de vista a partir do qual a doença se abriria à verdade”** (Foucault, 2008, p. 174). Por isso, as práticas linguísticas produzem e reproduzem manifestações diversas da trindade vida-doença-morte.

Dar, portanto, visibilidade ao processo de adoecer, sofrer e morrer na contemporaneidade se faz importante, pois evidencia um conjunto de práticas que permite a enunciação de determinadas doenças, estando relacionado à produção e reprodução de discursos vindos de práticas sustentadas pela medicina moderna. Em consonância com as ideias de Foucault (2008, 2010, 2011a, 2014), sobretudo na fase arqueológica, em especial nas obras **O Nascimento da clínica** e **Arqueologia do saber**; e na fase genealógica em que ele estuda os mecanismos de

poder-saber nas sociedades modernas, período representado pelos livros **História da sexualidade: a vontade de saber** e **Vigiar e Punir**, pretende-se aprofundar as práticas discursivas e institucionalizadas na medicina moderna e ampliar o debate acerca do conceito de biopoder e da discussão da instauração do discurso da “vigilância médica”, que transforma não apenas a experiência com a doença e a atenção aos corpos, mas também as percepções da identidade.

Entre os pontos que se pretende jogar luz, destacam-se a contextualização da medicina higienista do Estado, a partir da instauração do discurso médico nas suas contingências históricas, e a repercussão disso no indivíduo que padece de uma doença e que adoece por não conseguir desempenhar o papel que o mesmo espera na contemporaneidade. Veremos também como o biopoder (Foucault, 2010) – que atua na gestão dos corpos para decidir quem vai viver e quem vai morrer¹ – dialoga com o conceito de psicopolítica, uma nova forma de poder relacionado ao neoliberalismo e à angústia da existência (Han, 2018). Por fim, faz-se necessária a reflexão acerca de como tais dinâmicas presentes no discurso médico atual operam na atualidade, objetivando o sofrimento humano e marginalizando a experiência subjetiva dos pacientes em nome de um modelo normativo e disciplinador.

1. DISCURSOS DE DOMINAÇÃO E CONTROLE

A produção de discursos numa sociedade é historicamente situada, organizada e controlada mediante procedimentos (Foucault, 2009). Na famosa aula inaugural², Foucault levanta a hipótese, que continua atual, de que em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por procedimentos que têm por função conjurar seus poderes. O discurso não é o que manifesta (ou oculta) o desejo; é também aquilo que é objeto do desejo; e visto que o “discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas é aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar” (Foucault, 2009, p. 10).

Ao se referir aos procedimentos como sendo

[...] os rituais da palavra, as sociedades de discurso, os grupos doutrinários e as apropriações sociais”, que dizem respeito às condições de funcionamento dos discursos, ou seja, às exigências impostas aos indivíduos que, por sua vez, selecionam aqueles que têm acesso a um determinado discurso, o autor nos diz que esses são “os grandes procedimentos de sujeição do discurso (Foucault, 2009, p. 44).

¹ A esse processo, foi cunhado o conceito de Necropolítica por Mbembe (2018) que faz referência ao uso do poder social e político para decretar, na distribuição desigual, como algumas pessoas podem viver e como outras devem morrer no sistema capitalista atual.

² **A Ordem do Discurso** (Foucault, 2009) é o resultado do discurso proferido por Michel Foucault da aula inaugural no *Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.

Essa apropriação dos discursos por categorias de sujeitos faz com que os discursos adquiram *status* científico de detentores da verdade ao evidenciar o desejo e as disputas pelo poder. O poder intencional e dotado de racionalidade afeta os sujeitos de diferentes formas. O discurso médico, por exemplo, não pode ser dissociado da prática de “rituais da palavra” que determina, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam.

Diferentemente do discurso da medicina, o discurso dos médicos coloca em questionamento o enunciado e o sujeito que fala, dando-lhe uma atribuição doutrinária. O sujeito que fala é questionado a partir do enunciado proferido por ele. Já o discurso da medicina, enquanto “disciplina”, teria procedimento de controle discursivo referente ao conteúdo do enunciado e não ao sujeito que fala. Foucault vai dizer que uma disciplina não é a soma de tudo o que pode ser dito de verdadeiro sobre alguma coisa, nem a medicina constituída de tudo que se pode dizer de verdadeiro sobre a doença (Foucault, 2009, p. 31). E adverte que tanto o sistema institucional da medicina quanto o sistema de ensino são sistemas de sujeição do discurso, onde os quatro grandes procedimentos citados se encontram articulados, a fim de garantir a distribuição e apropriação dos discursos. Como ele nos diz:

O que é afinal um sistema de ensino senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação dos papéis para os sujeitos que falam; senão a constituição de um grupo doutrinário ao menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e seus saberes (Foucault, 2009, p. 44-45).

Para entender as coerções do discurso a que estão submetidos os sujeitos em questão, destacamos, inicialmente, a obra **O nascimento da clínica** através da qual Foucault (2008) procura examinar um novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna e suas conexões com o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Nela, é investigada a constituição da racionalidade anátomo-clínica, que possibilitou a construção do saber médico nas sociedades modernas, um saber que tem por objeto a doença ou o indivíduo como corpo doente. A experiência clínica se arma para explorar o espaço tangível do corpo, que é “[...] ao mesmo tempo essa massa opaca em que se ocultam segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens” (Foucault, 2008, p. 135). Esse saber informa e conforma o discurso dos sujeitos da pesquisa na sua referência de adequação ao discurso da medicina enquanto “disciplina” científica.

Em pauta: o campo de investigações de Foucault é o “saber”, ou seja, a “formação discursiva”, cuja positividade³ é uma “prática discursiva”, que encerra regras de formação dos objetos, dos modos enunciativos, dos conceitos, dos temas e teorias. Embora o saber possa dar lugar à ciência, este não é seu destino necessário. Em sua análise arqueológica, o saber está sempre referido a uma “prática discursiva”, determinada como “um conjunto de regras anônimas,

³ Han (2015) descreve o **excesso de positividade** como um dos maiores males do nosso tempo, tornando-nos produtores do nosso próprio adoecimento, como veremos adiante.

históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa” (Foucault, 2008, p. 136). Ou seja, a mudança ocorrida no saber médico é articulada às práticas sociais, em especial, à reorganização do ensino, do exercício da profissão médica e da instituição hospitalar.

As práticas sociais foram relevantes na estruturação de uma experiência médica coletiva, que uniu o ensino e a assistência. Neste sentido, no nível institucional, uma nova articulação se evidencia: o hospital – até então órgão de assistência ao pobre e de preparação para a morte – torna-se local privilegiado de exercício da medicina tanto do ponto de vista da cura quanto do ensino. Deslocamento histórico, portanto, da medicina clássica – que tem como objeto a doença considerada como essência abstrata – para a medicina clínica, um saber sobre o indivíduo como corpo doente exigindo uma intervenção que dê conta de sua singularidade. Ao mesmo tempo, uma mutação paralela e complementar se delineia: o nascimento de uma medicina do espaço social, a consciência explícita da doença como problema político e do médico como autoridade administrativa fundada na competência de seu saber:

Nem todos os poderes de um espaço visionário por meio do qual se comunicavam médicos e doentes desapareceram; foram deslocados e como que encerrados na singularidade do doente. [...] o vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de ter rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das imaginações; a presença da doença no corpo, suas tensões, suas queimaduras, o mundo surdo das entranhas, todo o avesso negro do corpo, que longos sonhos recobrem, são tão contestados em sua objetividade pelo discurso redutor do médico quanto fundados como objetos para seu olhar positivo (Foucault, 2008, p. VII).

Sobre esse deslocamento, Foucault questiona qual o momento em que a modificação semântica se transforma e se reconhece em discurso racional. Para apreender a alteração do discurso quando esta se produziu, é preciso dirigir-se à região em que as “coisas” e as “palavras” ainda não se separaram, onde, no nível da linguagem, modo de ver e modo de dizer ainda se pertencem. Ao questionar a “distribuição originária do visível e invisível, na medida em que está ligada à separação entre o que se enuncia e o que é silenciado; surgirá então, em uma figura única, a articulação da linguagem médica com seu objeto” (Foucault, 2008, p. VIII). As figuras da dor, portanto, não são exorcizadas em benefício de um conhecimento neutralizado; foram redistribuídas no espaço em que se cruzam os corpos e os olhares, mudando a configuração em que a linguagem se apoia entre o que fala e aquilo de que se fala.

A passagem da época clássica à modernidade, ocorrida no final do século XVIII, marcará uma reconfiguração da doença – objeto do saber médico -, que sairá do espaço de representação para o espaço concreto e objetivo do corpo retificado do indivíduo doente (Foucault, 2008). E novamente o conhecimento caminha para um espaço exterior ao indivíduo. Não mais no nível dos sinais e dos sintomas de seu tratamento, mas nas análises das informações estatísticas e

biológicas, com intuito de diagnosticar. Nesse sentido, o médico desempenha o papel de conselheiro higienista, chamado para opinar na vida das pessoas. “Será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina” (Foucault, 2008, p. 33). Assim, podemos compreender essa transformação da tríade sofrimento, doença e morte através do longo percurso do “poder disciplinar” aperfeiçoado como uma técnica no decorrer do tempo.

A disciplina como técnica de exercício do poder tem por função não mais controlar os gestos e os corpos, mas o pensamento, a criação e as manifestações do sofrimento por meio do discurso. Ou seja, é a objetividade científica que determina essas relações de poder em nome do saber e da “verdade absoluta”, negligenciando as experiências subjetivas (e as falas) dos pacientes em favor de narrativas médicas dominantes. Na contemporaneidade, já não faz sentido que o indivíduo seja cronometrado regularmente. No entanto, a necessidade de controlar parece exigir medidas disciplinares cada vez mais refinadas (Foucault, 2011b). Em consequência disso, observam-se sutis tentativas de destituição do homem da sua condição de sujeito para transformá-lo em paciente.

No discurso foucaultiano, os “discursos da verdade” da sociedade pelos quais se apoia o saber médico destitui o indivíduo doente de qualquer caráter de subjetivação. Até o sofrer é uma prerrogativa do médico cuja escala de dor é medida de forma quantitativa. É justamente por meio dessa linguagem, comportamento e valores que as relações de poder são constituídas, aprisionando, portanto, os sujeitos (Foucault, 2011b).

Com o advento da medicina científica e das novas práticas institucionais, o paciente foi desvinculado do seu sofrimento. Segundo o desenho nosográfico preestabelecido à época, para conhecer a “verdade do fato patológico”, o médico abstraiu o sujeito, uma vez que aspectos como temperamento, fala e hábitos confundiam a identificação da doença. O papel dessa nova lógica médica que se configurava (até hoje vigente) era neutralizar essas perturbações, mantendo o sujeito distante para que a forma ideal da doença surgisse aos olhos do médico. Alicerçada no status de ciência produtora de conhecimento sobre o homem, essa área de conhecimento funda discursos em que a subjetividade, historicamente articulada com o tempo, caia no esquecimento (Foucault, 2008). Diante da racionalidade que se iniciava, o olhar clínico passou a se dirigir exclusivamente para o corpo, representado como o lugar da doença.

O paciente, com suas percepções sobre o seu “mal”, dores e sofrimentos diante da fragilidade da vida, foi silenciado. Os sintomas adquiriram os significados de determinantes naturais das doenças e passou a representar apenas um sinal de uma determinada patologia, deixando de lado a articulação entre o sujeito e o sofrimento. Ao se desprender da metafísica, “a doença vai encontrar na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos” (Foucault, 2008, p. 216). A linguagem passa a ganhar uma correlação objetivamente fundada entre o visível e enunciável de um novo uso do discurso científico fundado na experiência. “[...] O equilíbrio da experiência desejava que o olhar colocado sobre o indivíduo e a linguagem da descrição repousasse no fundo estável, visível e legível da morte” (Foucault, 2008, p. 216). A

condição histórica de uma medicina positiva é constituída através dessa estrutura articulada pelo espaço, pela linguagem e pela morte. Assim, foi decisivo que o primeiro discurso científico enunciado pela cultura ocidental sobre o indivíduo tenha tido de passar pelo momento da morte.

É que o homem ocidental só pôde se constituir a seus próprios olhos como objeto da ciência, só se colocou no interior de sua linguagem e só se deu, nela e por ela, uma existência discursiva por referência à sua própria destruição. [...] da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo. E, de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada à da morte (Foucault, 2008, p. 217).

O conjunto de descrições do discurso médico não parou de se deslocar com os progressos do conhecimento das ciências básicas que apoiam a clínica por conta da existência de enunciados heterogêneos, como narrações biográficas, interpretação e recorte dos signos, raciocínios por analogia e verificações experimentais (Foucault, 2010). Aos poucos, o médico foi se afastando do seu lugar de registro e de interpretação da informação, uma vez que foram constituídas “massas documentárias, instrumentos de correlação e técnicas de análise que ele tem, certamente, que utilizar, mas que modificam, em relação ao doente, sua posição de sujeito observante” (Foucault, 2010, p. 38). O saber é, portanto, um domínio onde o sujeito é necessariamente situado e nesse sentido, o saber da medicina clínica define para o sujeito do discurso médico o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro e decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico. “[...] Um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso” (Foucault, 2010, p. 204). Sendo assim, não há saber sem prática discursiva definida; é essa prática que pode ser definida pelo saber que ela forma.

2. POR UMA GENEALOGIA DO PODER: DO BIOPODER À PSICOPOLÍTICA

Ao investigar a relação entre a prática médica e a produção dos discursos, vimos que não há apenas um saber sendo exercido, mas também um poder que normaliza. A partir dos trabalhos de Foucault (2011a, 2014) em sua fase genealógica, em especial, **Vigiar e Punir e História da Sexualidade: a vontade de saber**, podemos situar a produção discursiva na clínica médica quando os sujeitos falam não só como uma racionalidade dada por um saber, mas também conforme “dispositivos institucionais e estratégias discursivas”, que fazem funcionar “discursos múltiplos, entrecruzados, sutilmente hierarquizados e todos estreitamente articulados em torno de um feixe de relações de poder” (Foucault, 2011a, p. 32).

As instâncias discursivas muitas vezes produzem e organizam silêncios para produzir poder e fabricar saber e assim interditá-los, situando-os historicamente. Esses mecanismos, denominados de tecnologia disciplinar, mostram um conjunto de técnicas que visam à sujeição dos indivíduos para que eles se tornem úteis e obedientes (Foucault, 2014). Na instituição hospitalar, percebe-se o saber médico se articulando ao poder disciplinar e normalizador. O hospital se organiza assim

para a ação médica, que observa o doente, coordena os cuidados e impede o contágio. É preciso separar os corpos para torná-los visíveis para observação.

As sanções normalizadoras na investigação de Foucault incidem, principalmente, sobre o uso “micropenal” do tempo (atrasos, ausências), sobre aspectos do como se realiza a atividade (desatenção, negligência, falta de zelo), sobre a maneira de ser (grosseria, desobediência), sobre os discursos (tagarelice, insolência), sobre o corpo (atitudes “incorretas”, gestos não-conformes, sujeira) e sobre a sexualidade (imodéstia, indecência) (Foucault, 2014, p. 159). O saber está sempre articulado ao poder, formando essa dupla ontologia saber/poder. O alvo não se limita aos pacientes, mas também aos estudantes e médicos, cujas técnicas servem como instrumento essencial na realização de seus fins institucionais determinados.

Com “[...] o jogo moderno das coerções sobre os corpos, os gestos e os comportamentos” (Foucault, 2014, p. 170), o poder disciplinar pretende a homogeneização, a normalização e, nesse sentido, as diferenças individuais são, para ele, não só pertinentes como úteis. Estamos falando de uma ordem que estabelece a cada um seu lugar, a cada um seu corpo, a cada um sua doença e a cada um sua morte.

O conceito de biopoder (e biopolítica)⁴, cunhado originalmente por Foucault (2011a) em **História da sexualidade: a vontade de saber**, uniu-se às reflexões sobre as práticas disciplinares que se voltavam para o corpo do indivíduo e para a normalização do mesmo por meio das instituições modernas. As disciplinas centravam-se “no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (Foucault, 2011a, p. 151). Só foi possível constituir um saber sobre o corpo através de um conjunto de disciplinas.

O “poder disciplinar” coloca o problema de uma relação específica de poder sobre os indivíduos enclausurados, que incide sobre seus corpos, utilizando uma tecnologia própria de controle. “É a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico” (Foucault, 2011a, p. 149). Se a disciplina agia sobre os indivíduos, o biopoder passa a agir sobre a espécie, “[...] no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e com suporte dos processos biológicos” (Foucault, 2011a, p. 152). E sobre esse corpo-espécie, o biopoder cuidava de processos como nascimentos e mortalidades, da saúde da população (doenças e epidemias, por exemplo), da longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar. Tais processos foram assumidos diante de uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população.

⁴ O biopoder centra-se no corpo como máquina e em seu adestramento. Enquanto a biopolítica está focada no coletivo em busca de controles reguladores para a população. Foucault (2011a) caracteriza a biopolítica e o biopoder como a preocupação de garantir a continuidade da espécie humana. Ou seja, por meio de biopoderes locais, a biopolítica se ocupará da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que elas se tornaram preocupações políticas.

Modificá-lo, transformá-lo, aperfeiçoá-lo eram objetivos do biopoder, e, é claro, produzir conhecimento, saber e discursos sobre ele para melhor manejá-lo. Nesse sentido, o poder sobre a vida se constitui e se desenvolve a partir das normas acerca do corpo e das populações. Para Foucault (2011a), a potência da morte, antes simbolizada pelo poder soberano, passa a ser recoberta pela administração dos corpos e, conseqüentemente, da vida. E é por meio da ação discursiva que a biopolítica do Estado decide sobre as intervenções de saúde da população, como visto recentemente na pandemia da Covid-19, quando a necropolítica se fez presente no estado brasileiro.

Assim como a disciplina foi necessária na docilização do corpo produtivo, o biopoder foi fundamental para a evolução do capitalismo, por meio do controle dos corpos da população no aparelho da produção, de forma a moldá-los aos processos econômicos. A entrada da vida na história se deu através do campo das técnicas políticas, o que permitiu que os processos da vida fossem dominados por procedimentos de saber e poder. É exatamente nessa reflexão que o fator biológico vai refletir no político.

O fato de viver não é mais sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção de poder. Este não será mais somente a volta com sujeitos de direito sobre os quais seu último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o império que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida; é o fato de poder encarregar-se da vida, mais do que a ameaça da morte, que lhe dá acesso ao corpo (Foucault, 2011a, p. 155).

O direito da morte se apoia nas exigências de um poder que gere a vida. Nas sociedades disciplinares, no entanto, o poder sobre a vida não vai mais se voltar para os momentos em que ela pode ser extinta. Ao contrário, o biopoder vai administrar a vida de forma controlada para que possa ser incluída nos aparelhos de produção capitalista. De fato, não se trata mais de uma lei que vise à morte, trata-se de “[...] distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade” (Foucault, 2011a, p. 157). É uma lei normalizadora, uma instituição judiciária, que vai se utilizar de diversos aparelhos (médicos, administrativos etc.) para regular a vida, uma vez que uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida:

O que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível. Pouco importa que se trate ou não de utopia: temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada para o sistema que tentava controlá-la (Foucault, 2011a, p. 158).

Esse processo que levou à vida ao objeto máximo das investidas das tecnologias do poder, também a colocou no centro das lutas contra esse poder. A razão pela qual a questão do homem foi colocada deve ser buscada dentro da historicidade humana, infiltrada por suas técnicas de saber e poder. A vida, os direitos sobre ela, sobre o corpo, a felicidade, o ser vivo, se transformaram no

foco das lutas políticas, das resistências, presentes na atualidade. Como reivindica o próprio Foucault, é a vida – como objeto político – que deve ser entendida “como a plenitude do possível”. E essa proliferação de tecnologias políticas investidas sobre o corpo, a saúde e as condições de vida impacta diretamente o nosso espaço de existência.

Por meio dos conceitos de “biopoder”, da “biopolítica da população”, da “anátomo política do corpo” e do “cuidado de si”, são percebidos os processos de subjetivação a partir de um poder atuando na produção de discursos e de corpos aprisionados. Ou seja, esse processo de sujeição ao qual Foucault (2011a) se debruçou, inicialmente com a ética do cuidado de si e mais adiante na genealogia da hermenêutica do sujeito⁵, vai encontrar na “psicopolítica” do filósofo coreano Han (2015, 2018) o “sujeito do rendimento”, fruto do neoliberalismo dominante na atualidade. Ao contrário de silenciar e reprimir, é em nome da otimização do indivíduo que se dá a captura das “técnicas de si”, estimulando-o a participar, a compartilhar suas emoções e a narrar sua própria vida. Na “psicopolítica”, o que estão em jogo são as técnicas de poder sobre a psique. É justamente esse o marco na transição da sociedade da disciplina para a sociedade do desempenho, onde se situa o sujeito do rendimento: o aumento do mal-estar e do sofrimento psíquico dos indivíduos (Han, 2015).

O neoliberalismo é a racionalidade dominante que condiciona as subjetividades e as perspectivas individuais e grupais. Sobre o projeto neoliberal, este é “[...] uma forma mais eficiente de subjetivação e sujeição” (Han, 2018, p. 9), uma vez que “[...] o neoliberalismo, como mutação do capitalismo, torna o trabalhador em empreendedor” (Han, 2018, p. 14), criando o “neossujeito”, o empreendedor de si. É interessante notar que ao longo dos anos, o processo de sujeição se inverteu, passando a ser internalizada. E isso explica a razão de tanto sofrimento mental na atualidade, justificado pelo excesso de positividade.

Segundo Han (2015), a sociedade disciplinar de Foucault, feita de hospitais, asilos e presídios, não existe mais. Em seu lugar, encontram-se academias de fitness, escritórios, bancos, aeroportos, shopping centers e laboratórios de genética. Os sujeitos de obediência são chamados hoje em dia de sujeitos de desempenho e de produção. “A sociedade disciplinar é uma sociedade da negatividade. É determinada pela negatividade da proibição. A sociedade do desempenho, ao contrário, produz depressivos e fracassados” (Han, 2015, p. 14-15). Na perspectiva do desempenho e da produtividade há um estado de constante autoexploração e autovigilância.

Nesse contexto, o discurso clínico desempenha um papel importante na promoção do autocuidado e da responsabilidade individual pela saúde, contribuindo para a internalização desses ideais e para a produção de sujeitos disciplinados e autocontrolados. Utilizada na fala médica e na

⁵ A genealogia foucaultiana da hermenêutica do sujeito parte da ideia de que existe uma essência na alma do indivíduo, que se desdobraria ao longo da vida e que poderia ser descoberta pelo autoconhecimento e pela confissão. Sua crítica do cristianismo permitiu entender como se formou historicamente uma noção de sujeito – o “sujeito de desejo” –, associada à ideia da culpa e do pecado, levando à exigência da renúncia de si como forma de purificação e de salvação (Foucault, 2004, 2011a).

mídia, a linguagem metafórica da doença representa um mal a ser combatido. “Os sentimentos relacionados com o mal são projetados numa doença. E a doença (assim enriquecida de significados) é projetada no mundo” (Sontag, 1984, p. 38). O discurso médico contribui para a doença se tornar réu, mas ao doente também cabe a culpa. Assim, é atribuída ao doente tanto a responsabilidade de ter caído enfermo quanto a de curar-se.

São as noções punitivas da doença. As pessoas são estimuladas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade, e que podem escolher entre morrer e não morrer da doença. No moderno discurso político, é assumida a noção punitiva do adoecer, a saber: “[...] a da doença, não como um castigo, mas como um signo do mal, algo a ser punido” (Sontag, 1984, p. 50). Da linguagem produzida pelo discurso médico ao longo da história, as metáforas bélicas contra o próprio corpo assumiram um protagonismo ao serem usadas para se referir ao enfrentamento de doenças, como aconteceu recentemente na pandemia da Covid-19, e como ocorre com o câncer. “Travar uma batalha contra o câncer” ou “perdeu a luta contra a Covid” são termos naturalizados e usados comumente no cotidiano.

Na atualidade, vencer o inimigo implica lutar suficientemente bem, conhecer o adversário e dispor de estratégias que garantam a vitória. “[...] Quando a doença ‘vence’, o fracasso se impõe, desconsiderando o que resta da existência do paciente e de todos os recursos focados no esforço que demanda a guerra” (Sontag, 1984, p. 63). Na sociedade do desempenho, a “psicopolítica” traduz a expressão de um novo tipo de controle que incide não apenas sobre os corpos, mas, principalmente, sobre as mentes, movendo-se em torno da liberdade. “As doenças psíquicas, como depressão ou burnout, são expressões de uma profunda crise de liberdade” (Han, 2023b, p. 10).

O neoliberalismo apresenta a proposta de um homem livre das imposições alheias. Uma liberdade que legitima novas formas de coação e submissão. O que passa a existir no modelo neoliberal é a ideia de que o sujeito é servo apenas de si mesmo. As relações de poder continuam em jogo ainda que disfarçadas na sua própria manifestação, e atuam silenciosamente. Embora nossa condição seja a de sujeitos submissos, somos continuamente projetos livres. Mas, mesmo sendo livres das coerções externas e da restrição imposta pelo outro, lidamos com a sujeição internalizada, pois ela resulta “[...] das obrigações do desempenho” (Han, 2018, p. 8). A psicopolítica é o poder inteligente que produz emoções positivas e as explora, seduzindo e indo ao encontro do sujeito. Em vez de tornar as pessoas obedientes, esse poder as deixa dependentes (Han, 2023b). Nesse contexto, os mecanismos de vigilância e controle não são exercidos exclusivamente pelas instituições sanitárias ou disciplinares, mas se transferem para os meios digitais de comunicação. E é nesse mundo digital onde somos afetados por uma crise de narração (Han, 2023a).

Formada por consumidores solitários, a sociedade da informação contemporânea valoriza a “contemplação ritual que ratifica o conteúdo coletivo da consciência” e dá lugar a uma comunicação excessiva, regida por narrativas neoliberais (como a do desempenho) que impossibilitam a criação

de um “nós” e que desarticulam a solidariedade: “[...] quando todos reverenciam religiosamente a si mesmos e são sacerdotes de si mesmos, quando todos se produzem, se performam, nenhuma comunidade estável pode ser formada” (Han, 2023a, p. 25). É assim que uma “comunidade sem comunicação” dá lugar a uma “comunicação sem comunidade”.

Narrar e escutar histórias se condicionam mutuamente. A comunidade narrativa é uma comunidade de ouvintes atentos. Uma atenção especial é inerente à escuta cuidadosa. Quem escuta atentamente, esquece de si mesmo e se afunda naquilo que escuta (Han, 2023a, p. 25-26).

Em diálogo aberto com Walter Benjamin, Han se pergunta até que ponto não poderíamos pensar em “toda doença” como um “[...] bloqueio interno que pode ser removido por meio do ritmo da narração”, pois “[...] a cura também é a mão que narra, um poder de cura incomum que emana das mãos de uma senhora” e “[...] a mão que narra libera a tensão, a congestão e o endurecimento. Ela traz as coisas de volta aos eixos” (Han, 2023a, p. 112). A psicanálise, as narrativas religiosas que oferecem conforto e esperança, a mãe que narra histórias para a criança doente e mesmo as teorias da conspiração são exemplos do poder terapêutico da narração; as narrativas de crise servem exatamente para a superação das mesmas e “[...] as preocupações são despojadas de sua facticidade opressiva ao serem colocadas em uma aparência narrativa” (Han, 2023a, p. 115). Hoje, apenas a psicoterapia e a psicanálise “[...] mostram reminiscências do poder curativo da narração” (Han, 2023a, p. 115).

Na atualidade, não há mais a paciência para narrar, nem para estar à escuta, um fazer ativo e não um estado passivo. A escuta se concentra principalmente na pessoa, no “quem do outro”, que “[...] inspira o outro a narrar e abre um espaço de ressonância no qual quem narra se sente visado, sente que lhe escutam, e até mesmo se sente amado” (Han, 2023a, p. 117). A crise de narração tem afetado o campo da saúde, cujo tempo está cada vez mais fragmentado. Os médicos já não dispõem de tempo para uma escuta genuína da história do paciente. Do ponto de vista do adoecimento, quando o sujeito adoece, há a sensação de fracasso diante da sociedade positiva. A liberdade de se cuidar, tão presente nas informações que sufocou o espírito narrativo, não foi suficiente no desempenho de se manter saudável, levando-o à falha e, conseqüentemente, a uma sensação de perdas e sofrimento (Han, 2023a).

As formas de sofrimento impedem a produtividade e não produzem novas maneiras de prazer, seja fisicamente ou emocionalmente; por isso são tidas como experiências que precisam ser eliminadas. Essa intolerância coletiva ao fenômeno da dor leva as pessoas a se anestesiarem. O neoliberalismo estimula o empenho contra a dor e o sofrimento, já que sofrer atrapalha o desempenho e dissolve o sujeito da experiência, levando-o a desaprender como narrá-la. “[...] A anestesia universal da sociedade leva a poética da dor ao desaparecimento completo” (Han, 2023a, p. 71).

Esse assunto continua reservado às práticas institucionalizadas da racionalidade científica. “[A dor] é desverbalizada e tornada em um assunto de técnica médica. Analgésicos antecedem à narrativa, à fantasia, e fazem adormecer” (Han, 2021, p. 71-72). A relação que o indivíduo contemporâneo estabelece com o sofrer transforma o fenômeno em manifestações desagradáveis, porém útil ao discurso médico – o grande detentor da verdade científica sobre a linguagem da dor e do sofrimento. Isso justifica a medicalização e a tendência médica de biologizar expressões, comportamentos e formas de agir dos sujeitos sociais.

O que restou foi apenas a objetividade, a métrica e a verdade médica como referenciais para validar como se configura a dor e o sofrimento, de acordo com a própria racionalidade. Sob essa perspectiva, a narrativa médica se desenvolve em torno da ideia de definir o que é dor, independentemente da verdade do sujeito em sofrimento, para depois eliminá-la a todo custo. Essa guerra declarada ao desagradável inaugura o comportamento algofóbico, “uma angústia generalizada da dor” que deve ser expurgada. Em nome do bem-estar são utilizados medicamentos nos saudáveis até então usados para outros fins, pois “[...] a dor é vista como um sinal de fraqueza” (Han, 2021, p. 9).

É clara a influência exercida pelo campo da medicina sobre a forma como nos sentimos e percebemos o mundo, a partir do momento em que na sociedade positiva a dor é entendida como um signo cultural, cujo sentido social extrapola a sua manifestação física. “Espírito é dor. O espírito só chega a um conhecimento novo, a uma forma mais elevada de saber e de consciência por meio da dor” (Han, 2023a, p. 75). Sem a dor, segundo o autor, não é possível o conhecimento, nem a experiência, que pressupõe a negatividade da dor.

Os processos da psicopolítica adquirem ainda mais relevância no debate ao evidenciar como as práticas e instituições médicas se tornaram parte integrante desse novo regime de poder, sobretudo, na questão de como se constrói o discurso da medicalização como uma narrativa que se propõe verdadeira acerca do mal-estar na sociedade do desempenho. Han (2021, 2023b) argumenta que a medicina contemporânea não se limita apenas ao tratamento de doenças físicas, mas se expandiu para abranger a própria existência humana.

Nesse sentido, a medicalização não se restringe ao corpo, mas também se estende aos aspectos psicológicos (Han, 2021). Assim, a medicina se tornou um instrumento de normalização e controle das subjetividades, intervindo não apenas no corpo doente, mas também na mente e nas emoções dos indivíduos. A tendência contemporânea de patologizar o sofrimento emocional transforma em um problema médico a ser tratado com medicamentos. Essa medicalização do sofrimento contribui para ocultar as causas sociais e políticas, desviando a atenção das estruturas de poder que o produzem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lógica neoliberal, que enfatiza a competição e o individualismo, está intrinsecamente ligada à crise de saúde mental na sociedade contemporânea (Han, 2023a). Nesse sentido, o discurso médico não apenas reflete, mas também reforça a ideia ao promover uma abordagem individualista e biologicista da saúde, que desconsidera os determinantes sociais e políticos do bem-estar psicológico. Se o biopoder é caracterizado por proibições e regras de conduta ordenada e saudável, o psicopoder se apresenta de forma positiva, permitindo e autorizando a ação, desencorajando restrições em nome da pretensa liberdade.

Em vez de oprimir, busca-se libertar e motivar a positividade; em vez de punir erros e excessos, busca-se manter a sensação de gratificação para promover a dependência. Enquanto o biopoder opera por meio de emoções negativas como o medo da punição e da morte, o psicopoder se orienta através de emoções positivas, como euforia e participação. A psicopolítica traz um novo tipo de mal-estar, onde o fazer se torna um dever, coagindo ao poder em todas as áreas e deixando de lado os limites da disciplina em nome da liberdade.

O capitalismo da informação abordado por Han (2018) é também um capitalismo emocional, com emoções muito bem definidas. Ao contrário do capitalismo industrial, com sua exploração do trabalho, ou do capitalismo protestante que via no sofrimento uma fonte de virtude, o capitalismo da informação se baseia em emoções positivas e reproduz um discurso sobre liberdade e euforia, a liberdade de se cuidar e de promover a própria saúde.

Vive-se na busca incessante pela gratificação, o que eventualmente leva o sujeito do desempenho ao esgotamento mental, angustiado pela necessidade de realizar cada vez mais, incapaz de renunciar a opções. Em nome da produtividade e da liberdade, instaura-se o mal-estar generalizado que se manifesta de diversas formas. Seja na normalização da autoexploração ou no cansaço decorrente da obrigação de fazer. E se a ação não for cumprida, o sentimento é de fracasso por não ter desempenhado bem o papel esperado (por si próprio).

Diante desse cenário, torna-se crucial repensar os modelos de cuidado em saúde, levando em conta o processo pelo qual ocorre a produção do discurso médico, pautado na racionalidade científica, que interfere diretamente na subjetivação do doente. É necessário incorporar uma abordagem que reconheça a singularidade de cada indivíduo e sua experiência subjetiva de adoecimento. Isso implica não apenas considerar os aspectos biológicos das doenças, mas também os contextos sociais, culturais e emocionais que as envolvem..

REFERÊNCIAS

- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 2010.
- FOUCAULT, Michael. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- FOUCAULT, Michael. **A hermenêutica do sujeito**. Tradutores Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FOUCAULT, Michael. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2009.

- FOUCAULT, Michael. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2011a. v. 1.
- FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011b.
- FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FOUCAULT, Michael. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2014.
- HAN, Byung-Chul. **A crise da narração**. Petrópolis: Vozes, 2023a.
- HAN, Byung-Chul. **No enxame**: perspectivas do digital. Petrópolis: Vozes, 2018.
- HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica**: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder. Belo Horizonte: Âyné, 2023b.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade paliativa**: a dor hoje. Petrópolis: Vozes, 2021.
- MACHADO, Renato. Por uma genealogia do poder. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 2011b. p. XXI
- MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 Edições, 2018.
- SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

A AUTORA

JULIANA DE FARIAS PESSOAS GUERRA

Juliana Guerra, jornalista, doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Atua na área de comunicação e saúde. Pesquisa processos de subjetivação na contemporaneidade.

E-mail: juliana.guerra@fps.edu.br