

## Crítica psicanalítica da racionalidade curativa

*Daniely Alves Moreira<sup>1</sup>*

*Tiago Iwasawa Neves<sup>2</sup>*

### Resumo

O objetivo do artigo é propor uma crítica à racionalidade curativa da nossa contemporaneidade a partir da psicanálise. Este tipo de racionalidade irá defender que a cura é representada pela realização de uma experiência que conduz o sujeito à saúde pela eliminação da doença. A hipótese de curar significar eliminar o mal causado pelas doenças, propõe a saúde como sinônimo de uma vida sem perturbações e sofrimentos. Para cumprir o objetivo, foi preciso defender que a doença pode ser definida como uma experiência produtiva de indeterminação, uma vez que esse tipo de experiência tem, potencialmente, a capacidade de introduzir novos arranjos adaptativos no domínio da vida. A doença não seria, então, uma experiência negativa por não estar conforme a norma esperada, pois porta uma elevada potência em produzir novas normatividades. Concluímos que essa forma de pensar a clínica e seus esforços curativos de cunho normalizante tem relevantes consequências políticas.

**Palavras-chave:** crítica; cura; normalidade; psicanálise; política.

## Psychoanalytic critique of curative rationality

### Abstract

The aim of the article is to propose a critique of the curative rationality of our contemporaneity based on psychoanalysis. This type of rationality will defend that the cure is represented by the realization of an experience that leads the subject to health through the elimination of the disease. The hypothesis of curing means eliminating the evil caused by diseases, proposes health as a synonym for a life without disturbances and suffering. To fulfill the objective, it was necessary to defend that the disease can be defined as a productive experience of indeterminacy, since this type of experience potentially has the ability to introduce new adaptive arrangements in the domain of life. The disease would not be, then, a negative experience because it does not conform to the expected norm, as it has a high power in producing new norms. We conclude in defense of this way of thinking about the clinic and its curative efforts of a normalizing nature have relevant political consequences.

**Keywords:** criticism; cure; normality; psychoanalysis; policy.

---

<sup>1,2</sup> Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande/PB, Brasil

## Introdução

O impasse que envolve a noção clínica de cura é o modo como a razão determina, positivamente, as formas viáveis de vida e, negativamente, as inviabilidades a serem corrigidas. Compreendemos que o problema central desse tipo de determinação é o modo como a noção clínica de cura se encontra hoje superdeterminada como o efeito esperado de uma ação reparadora. Mesmo existindo enorme variação de sentidos e expressões, conforme as diferentes práticas, a cura sempre tem seus contornos determinados de saída. A cura é, então, a realização de uma experiência que conduz o sujeito à saúde pela eliminação da doença, percurso cada vez mais especializado, regionalizado e programado pelo dispositivo médico.

Brevemente podemos observar que a racionalidade curativa hegemônica de nossa época visa definir e determinar objetivamente o limite entre o normal e o patológico trazendo como consequência dessa razão a impossibilidade de reconhecer, nas experiências indeterminadas que escapam ao regime de reconhecimento dessas ordenações, a potencialidade criativa de outras formas de vida. O que rege esse tipo de racionalidade clínica é a delimitação da doença e do sofrimento como únicas condições possíveis de se elaborar estratégias terapêuticas, estas com finalidade exclusiva a cura daquilo que é mau-funcionamento, desarranjo ou desvio. Caracterizando-se por ser uma terapêutica de conversão de um modo singular de experiência (estar doente ou sofrer) para uma técnica positiva de remoção daquilo que impede o funcionamento previsto, restaurando o equilíbrio supostamente perdido.

Assim, através dessa lógica determinista, pensar na cura tornou-se, para a razão biomédica, eliminar o mal causado pelas doenças e qualquer mal-estar ou sofrimento gerado dessa experiência de adoecimento. O horizonte político dessa perspectiva de cura observa que as existências estão literalmente administradas e reguladas, evitando-se ao máximo tudo que possa tirá-las de seu estado de inércia, inclusive fenômenos como o acaso, a contingência e a indeterminação. O estado de saúde é, então, um organismo vivendo segundo os parâmetros orgânicos de normalidade, ou seja, saúde como o resultado de uma experiência de cura sob o parâmetro de normalidade médica e social, um estado completo de defesa contra a ideia de que o sofrimento porta uma potência inumana de transformação que não se pode prever.

Nesse contexto, a dimensão transformativa nas experiências de sofrimento é inviabilizada, pois a doença, a anormalidade e a indeterminação só podem ser consideradas como erros de percurso, ou seja, são exclusivamente experiências descritas como fadadas ao fracasso normativo e que por isso devem, necessariamente, ser corrigidas e ajustadas como forma de garantir as estratégias de controle social. De tal maneira, notamos que princípios essencialmente clínicos – queixa

da doença, o levantamento diagnóstico, a avaliação do dano, a técnica de tratamento e o protocolo de cura – servem como base para o sentido político que termos como doença, saúde e cura inevitavelmente adquirem.

Em função disso, uma das hipóteses fundamentais dessa pesquisa é que o sentido clínico de cura, como técnica de restauração do ideal de saúde e estratégia de neutralização da potência transformativa das experiências de indeterminação, é eminentemente político. Não esquecendo que defender uma proposta de cura “diz respeito à maneira com que os corpos sofrerão interferências, os comportamentos serão normatizados, os processos de socialização e de reprodução de modos de vida serão defendidos” (Safatle, 2011, p. 12). Logo, diz respeito ao modo como a saúde e a felicidade, por exemplo, aparecem como valores supremos para a política que se define pelo ato de impor e defender a todo custo que apenas um regime de pensamento – o pensamento normalizado, aquele que só conjectura saídas para crises em função unicamente da racionalização dos possíveis e enxerga na indeterminação uma patologia que deve ser curada – é essencial à vida.

Nosso objetivo maior, ao refletir sobre a cura e propor o resgate de sua potência crítica, não é somente uma maneira de pensar a situação da clínica. A insistência que o ato de criticar a razão curativa promove é a subversão de valores que hoje são hegemônicos na clínica. Pois, se a cura é comumente reconhecida como a conversão da indeterminação em determinação, como não se perguntar se a defesa dessa forma de pensar a clínica e seus esforços curativos de cunho normalizante não teriam consequências políticas relevantes? Por isso não poderíamos não estar de acordo com a tese de que

a cura não é um estado negativo do mal-estar nem um conjunto de condições objetiváveis ao qual se alcança como uma meta. Como processo a noção de cura em psicanálise talvez se aproxime da ideia de decantação, de cuidado (como salientou Heidegger), ou ainda da noção de extração (como se diz de um queijo quando ele é curado). Nessa acepção de cura o tempo é um dos ingredientes insubstituíveis (Peron & Dunker, 2002, p.84).

Assim, a cura não mais comporta o sentido de remoção completa de todos os sintomas ou a eliminação definitiva do mal-estar, ela não é compreendida mais como um retorno a um estado anterior de predicação supostamente perdido, muito menos é balanço final do ajuste normativo de experiências quanto à sua falta ou ao seu excesso. Tendo isso em vista, a justificativa de se realizar uma crítica da razão curativa (ou da racionalidade que tudo quer curar por um ato de normalização) é claramente colocar em discussão questões políticas fundamentais de controle social, pois com críticas dessa natureza

Não se trata apenas de examinar as condições pelas quais processos de individuação fracassam diante da anomia, impedindo a socialização das pulsões ou petrificando identificações do sujeito. É preciso acrescentar também a metadiagnóstica derivada da importância de reconhecer a dimensão produtiva e constitutiva de certas experiências de indeterminação (Dunker, 2015, p.230).

Reconhecer a dimensão produtiva de experiências que portam a indeterminação significa demonstrar que há outra forma de pensar em experiências que não podem ser expressas pelo regime de identidades e diferenças que sustentam a demanda eternamente frustrada pela normalidade. Mas, para que demonstrações dessa natureza se mostrem consistentes e fecundas de um ponto de vista crítico, será importante, inicialmente, partir de Georges Canguilhem (2009) para defender que a doença pode ser definida como uma experiência produtiva de indeterminação, uma vez que esse tipo de experiência teria, potencialmente, a capacidade de introduzir novos arranjos adaptativos no domínio da vida. Lembremos que, para Canguilhem, a doença, o anormal, o anômalo e o mutante não são experiências negativas por não serem conforme a norma esperada, mas sim por serem experiências que portam uma elevada potência em produzir novas normatividades vitais.

Partindo desses importantes posicionamentos, surgem questões que pretendemos debater no presente trabalho: mas e se curar-se envolver muito mais uma experiência transformativa do que simplesmente ter a saúde perdida restaurada? E se a cura significar, ainda, a abertura para formas de vida impossíveis de serem inscritas nos ideais normalizados da saúde? E se a cura for justamente uma experiência singular que não deixa se inscrever na clausura da saúde? E se pensássemos a cura na dimensão da indeterminação, ou seja, não mais no registro determinista?

### **Iatrogênese médica e patologia da razão**

Coube ao saber científico responsabilizar-se pela seriedade em transmitir todas as respostas encontradas, mantê-las na perspectiva biomédica e mais “relevante” possível, pois compreende-se que, historicamente, as pesquisas acadêmicas de medicina permitem transparecer que a saúde, na perspectiva terapêutica, não possui qualquer relevância, já que a proposta é, segundo Filho (2011), a eliminação da sintomatologia e da doença através de fatores e procedimentos práticos. É o que confirma Georges Canguilhem (2009):

De qualquer modo, o médico clínico, em geral, limita-se a entrar em acordo com seus clientes para definir o normal e o anormal, segundo as normas individuais dos próprios clientes, exceto, é claro, no caso de um desconhecimento grosseiro, por parte deles, das condições anatomofisiológicas mínimas da vida vegetativa ou da vida animal (Canguilhem, 2009, p. 46).

Além do termo saúde denominar uma conceituação que parte de interesses científicos e filosóficos, ela encontra fundamentações e aplicações no discurso comum, essenciais para a formulação de um imaginário social. Nesse sentido, a epistemologia biomédica patologizante esbarra nas representações das inúmeras maneiras de oferecer sentido à doença, bem como nos corpos que não se encaixam e nem procuram ajustar-se a padrões impositores do que seria gozar de uma plena qualidade de vida.

Nas perspectivas atuais, emergem teorias que baseiam suas visões e avanços em críticas ao modelo convencional de saúde-doença, o biomédico, mas, ao enxergá-las na realidade, é possível notar como não passam de apenas uma elaboração mais sofisticada e dissimulada da concepção negativa e predominante de saúde como ausência de enfermidade, demonstrando que os meios simbólicos e linguísticos que são atravessados por essas novas conceituações de saúde fazem parte de um perverso dispositivo ideológico e patogênico por estrutura.

Tal noção de uma estrutura patogênica e ideológica é representada muito bem por Ivan Illich (1975) ao afirmar categoricamente que a empresa médica é o fator de ameaça à saúde, pois a colonização médica aliena meios de tratamento e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado. Nas palavras de Christian Dunker (2015), é uma estrutura social e política causadora de desejo na população por diversas terapias que a própria estrutura oferta compulsivamente, comprovando o poder da empresa médica em ativar mecanismos de inflação diagnóstica nas mais variadas esferas da vida, para além da clínica individual.

Dessa forma, o sujeito se torna apenas um consumidor de cuidados da medicina que enseja por uma cura, esta que é facilmente vendida nas esquinas, pela poderosa indústria farmacêutica em forma de cápsulas. Segundo Illich (1975), a medicalização da vida compreende três dimensões de intervenção: uma no organismo, outra no tipo de organização que é necessária para a manutenção e sustentação dessa sociedade destrutiva e, por último, o próprio aparelho biomédico do sistema industrial que retira do indivíduo seu poder de cidadão e sua capacidade de controlar politicamente tal sistema.

De maneira catastrófica e irreversível, essa ilusão de que quanto mais específica e tecnológica se torna a medicina, maior a probabilidade de cura, apenas justifica a maior ação de intervenções nos sujeitos, uma infraestrutura dispendiosa, aumento no período de invalidez dos pacientes, necessidade de tratamentos adicionais e que, de modo geral, a despesa médica destinada a diagnósticos e tratamentos demonstra um benefício nulo ou duvidoso para o paciente, pois a intenção é mudar a patologia, não importando, muitas vezes, a intensificação do sofrimento causado por esses fatores.

Partindo dessa perspectiva, Illich (1975) ainda prossegue com sua visão de que a maior epidemia em expansão do nosso tempo e que possui maior impacto negativo é a iatrogênese clínica, já que esta não poderia existir de maneira alguma sem a intervenção clínica de um médico. De forma mais ampla, a doença iatrogênica envolve todas as condições clínicas das quais os medicamentos, médicos e hospitais são os agentes patogênicos e que originam múltiplos efeitos secundários da terapêutica. Tal concepção do agir médico deriva-se do que verdadeiramente os interessa.

O que lhes interessa é diagnosticar e curar. Teoricamente, curar é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado. O médico geralmente tira a norma de seu conhecimento da fisiologia, dita ciência do homem normal, de sua experiência vivida das funções orgânicas, e da representação comum da norma em um meio social em dado momento (Canguilhem, 2009, p. 47).

Robert Whitaker (2017) habilmente consegue contextualizar e contabilizar as consequências dessa epidemia de natureza iatrogênica, focalizando no papel central que teve a psiquiatria e os psicotrópicos nessa busca incessante para manter a população norte-americana dentro da norma, expandindo exorbitantemente as fronteiras diagnósticas, ou seja, convidando e agregando cada vez mais sujeitos para o campo da doença mental. O reconhecimento de si diante da anormalidade é o fator principal que atravessa as existências ditas patológicas pela norma social e

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, consequentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. [...] O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (Canguilhem, 2009, p. 77).

Considerando as argumentações anteriores, é possível evidenciar como o progresso do saber médico criou lugar para a ilusão de que tal saber seria aquilo que poderia sempre proteger a sociedade, ou seja, a medicina ocuparia definitivamente uma posição de poder, confiança e autoridade responsável por atenuar angústias e curar quaisquer anormalidades. De maneira geral, segundo as palavras de Whitaker (2017), a nossa ilusão social estendeu-se para uma crença na revolução da “psicofarmacologia” como sendo capaz de iluminar a sociedade para um futuro melhor, onde transtornos mentais seriam refreados reestabelecendo o sujeito à normalidade inicial.

Concordamos com Calazans e Lustoza (2008) quando afirmam que a medicalização seria uma proposta equivocada, já que pretende a objetivação de algo que não é científico – o sujeito – e que a saúde mental estaria sendo, cada vez mais, compreendida pelos mesmos parâmetros epidemiológicos da saúde orgânica, ocasionando uma forte regulamentação de práticas psicoterápicas sob a ótica avaliativa segundo critérios objetivos, bem como a clínica médica. Percebe-se, então, a extrema inclinação e comprometimento das políticas públicas de saúde em buscar ao máximo, em seus planos de ação, o distanciamento do mal-estar considerando-o como um sintoma objetivável e localizável, passível de ser eliminado com as pílulas mágicas. “Digamos o mesmo de outro modo: a saúde não pertence à ordem dos cálculos, não é o resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas, sejam elas quantitativas ou não” (Caponi, 2009, p. 59).

Assim, é possível visualizar o surgimento de um novo percurso diante deste resultado desastroso partindo das noções sobre normal e patológico, onde Georges Canguilhem (2009) reafirma que “nenhuma cura é uma volta à uma inocência biológica. Curar é criar para si novas formas de vida, às vezes superiores às antigas. Há uma irreversibilidade da normatividade biológica” (p. 92). O discurso biomédico solidifica, finalmente, sua amplitude ideológica, o ato da cura de nada necessita das experiências individuais de adoecimento, o sujeito não precisa falar sobre seu mal-estar, pois já não há quem o escute, o papel do médico limita-se a ser o mediador da travessia adoecimento-cura e de garantir que o curso de vida não seja desviado, mas sim que retorne para seu estado anterior de saúde.

*Curar* não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente. Quando esse terceiro surge e cobra seus serviços, *curar* passa por uma primeira transformação: muda de dom para mercadoria (Illich, 1975, p. 78).

O impacto do discurso e da prática biomédica atinge, então, seu clímax. Quando a cura é convertida em mercadoria, a medicina se transfigura numa indústria de tratamentos e com auxílio da potência farmacêutica garante, assim, seu monopólio cultural e definindo para a sociedade à base de suas necessidades de consumo, onde as exigências da normalidade são cada vez mais severas e definidas. A medicina como centro de eficácia e comprovação de seus tratamentos de referência para a satisfação das necessidades da sociedade cristaliza, então, seu poder hegemônico global, impossibilitando que exista nas pessoas a capacidade de realizar com suas próprias forças uma ação de cura semelhante, ou seja, a medicina iatrogênica golpeia definitivamente no poder de reação de um indivíduo diante da sua condição de adoecimento, paralisando-o.

A valorização excessiva da saúde-mercadoria inviabiliza “variações, estratégias e combinações entre as formas de mal-estar, de sofrimento e de sintoma” (Dunker, 2011, p. 21), que deveriam ter sido expandidas com os processos civilizatórios e com as relações interculturais. É nesse epicentro político de controle social e hegemonia da medicina que a Psicanálise surge como um movimento contrário, com uma nova abordagem e tratamento para os indivíduos adoecidos e proporcionado a escuta clínica como o impulso que destrava o sujeito de sua condição passiva diante do seu processo de cura. Dessa forma, na psicanálise o objetivo

[...] é tomar o diagnóstico não apenas como o ato de nomeação clínica de uma condição de adoecimento, mas como uma *diagnóstica*, ou seja, como a reconstrução de uma forma de vida. Considerar o diagnóstico em psicanálise como reconstrução de uma forma de vida envolve tanto a diagnóstica do sujeito como a transversalidade diagnóstica entre as disciplinas clínicas (médica, psicanalítica, psiquiátrica, psicológica); tanto a flutuação discursiva dos efeitos diagnósticos (jurídico, econômico, moral) como sua incidência no real das diferenças sociais (gênero, classe, sexualidade) (Dunker, 2011, p. 19).

A obra *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos* (Freud, 1886-1889/1996) oferece uma visão ampla e contextualizada da trajetória inicial de Sigmund Freud na originalidade da Psicanálise, com a opinião clínica do médico e cientista Jean-Martin Charcot que na época reunia seus ouvintes e discípulos a discutirem a respeito da etiologia das neuroses. Freud (1885-86/1996) explicita que, por muitos anos, Charcot centralizou seu trabalho quase completamente nas neuroses, principalmente na histeria, estudando tanto homens quanto mulheres no espaço oferecido pelo ambulatório e pela clínica do Salpêtrière. Além disso, Freud assegurou que considerar como simulação ou imaginação os sinais somáticos dos pacientes histéricos, o que ocorria na época, mais se aproximava de uma atribuição condenatória voltada aos “estigmas” da Idade Média do que com a

real motivação em descobrir a sua gênese, já que a histeria era categorizada como mais uma doença nervosa provocada por distúrbios funcionais (Freud, 1885-86/1996).

É imprescindível reconhecer como Sigmund Freud realizara uma quebra com o pensamento clínico dominante da época, já que a psicanálise resgatava dos pacientes a fala, considerada desnecessária pela tradição médica, fazendo emergir, através da escuta, a singularidade diante das experiências de adoecimento que se encontravam confinadas e reprimidas. O afastamento psicanalítico dos métodos clínicos clássicos é visível, porém ainda havia resquícios da necessidade de categorizar as neuroses diante de suas causalidades orgânicas. Desta maneira, a orientação de que patologias psíquicas ainda possuíam localização no corpo perpetuava o poder do saber médico diante da fala do sujeito, não reconhecendo a dimensão singular do sofrimento no processo de cura.

A utilização da sugestão hipnótica em pacientes histéricos foi um passo importante não apenas para reverter as paralisias corporais severas, como também para quebrar o pensamento existente de que eram performances exageradas e teatrais. De acordo com Leopoldo Fulgencio (2002), o reconhecimento de uma sintomatologia, bem como a busca pela etiologia das neuroses gera o rompimento entre os pesquisadores, já que Freud visualiza outras instâncias além da consciência e dos estados hipnóticos, enquanto Charcot mantém-se como um empirista, limitando-se aos aspectos descritivos dos fenômenos.

Em *Projeto para uma Psicologia Científica* (1950 [1895]), fica evidente como esse conflito sobre a etiologia da histeria se apresentar de maneira psicológica ou fisiológica incide em Freud, de como suas teorias no Projeto de 1895 advém de um campo neurológico, que era seu terreno inicial de atuação, e de como tais teorias destoam das posteriores. É evidente esta busca por um “mecanismo neural” de atuação, de uma localização exata no corpo e sobre como a mente se defende de episódios traumáticos, fator predominante nos estudos sobre histeria.

Nesse caminho investigativo empreendido por Freud, podemos observar claramente a ruptura com a clínica tradicional do final do século XIX, onde a hegemonia do saber médico não mais se sustenta, como seu discurso torna-se cada vez menos assertivo e sua forma de tratamento já não assegura a cura para os pacientes neuróticos, demonstrando, então, como a fala do paciente sobre seu mal-estar e seu sofrimento seria imprescindível para uma nova perspectiva de cura, cada vez mais subjetiva e transformativa. É nesse processo de abandono da hipnose que se torna possível verificar como a psicanálise vai se consolidando como um método de escuta do sujeito que sofre.

A análise de pacientes através do método catártico proporcionava um momento terapêutico onde o sujeito seria capaz de eliminar seus afetos patogênicos ao ab-reagi-los revivendo acontecimentos traumáticos a eles conectados. Freud a partir de seus próprios sonhos, como uma “autoanálise”, amplia suas considerações pessoais para a análise e interpretação dos sonhos de seus pacientes, permitindo, assim, o aprofundamento em questões mais complexas sobre o mecanismo consciente, levando-o a reflexões da possibilidade de uma outra ordem de funcionamento psíquico – o inconsciente. Dessa maneira, tal como assinala Fochesatto (2011), a fala seria o meio pelo qual os afetos seriam eliminados, diminuindo o sofrimento psíquico. Em suma,

o percurso da obra freudiana vai de uma hipótese biológica como ponto de partida à hipótese de uma antibiologia, onde a articulação do corpo com a cultura implica em uma relação essencial com a morte – uma morte da qual não é mais a biologia que dá conta (Laurent, 2011, p. 15).

Neste retorno a Freud, é possível notar o fator de originalidade que seus estudos ofereceram ao mundo, de como esse percurso de idas e vindas, de encontros e desencontros com outros médicos pesquisadores foi importante para a construção não apenas de uma teoria do funcionamento da mente, como também para a concepção de uma práxis atual que, segundo as palavras de Costa e Kupfeer (2016), movimenta o comprometimento ético dos psicanalistas.

De compreensão semelhante, Calazans e Lustoza (2008) apresentam que os termos vida e saúde não são conceitos da dimensão científica, mas que são reafirmados constantemente como uma ciência pela Organização Mundial da Saúde, alicerçando e coordenando seus serviços. Os autores ainda reforçam que conceber tais termos como não científicos significaria deslocá-los para o campo de discurso e de problemática ético-político, reconhecendo a psicanálise como uma clínica de comprometimento ético, já que tal localização da psicanálise e de seu comprometimento na sociedade sugere o questionamento de que a dimensão da cura possa envolver uma experiência transformativa, experiência esta singular, incalculável e inominável que consiga ultrapassar as limitações presentes no discurso e no ato de defrontar a cura como restauradora de algo que fora perdido.

É por isso que na psicanálise a importação direta do modelo das neurociências produz efeitos epistemológicos nocivos. [...] Os autores da neurociência que parecem mais úteis são aqueles que *des-localizam* o lugar da experiência. Se não fosse por eles, nós estaria

mos num mundo onde não precisaríamos deixar o sujeito falar, nos limitaríamos a ler seus cérebros (Laurent, 2011, p. 20-22).

Essa amplitude ética na práxis psicanalítica é atravessada, posteriormente, por uma renúncia de localização do inconsciente no corpo, pois segundo Miller (1997) “o inconsciente não é um órgão, não assegura nenhuma função de conhecimento do mundo e, no campo específico do inconsciente, curar não tem sentido” (p. 16). Jacques-Alain Miller utiliza a representação do deus Janus, que possui duas faces e uma imagem dupla que depende do espaço e tempo, para discutir como a psicanálise do ponto de vista do Estado encontra-se classificada como uma psicoterapia, mas que, se comparada em si mesma, não possui nenhuma semelhança com uma psicoterapia. Ao operarmos por uma intervenção direta sobre o cérebro como órgão, seja de maneira cirúrgica, elétrica ou química, evidentemente não mais nos encontramos na dimensão das psicoterapias e, de forma equivalente, por intervenções que utilizem substâncias a fim de modificar estados de consciência.

O dispositivo analítico da associação livre, expresso por sua única e principal regra imperativa do ‘Fale tudo que vier à cabeça!’, estabelece a base de uma experiência que se sustenta pela concepção de que, ao se entregar a uma fala desgovernada, o paciente pode não dizer coisa alguma que faça sentido, mas é nesse absurdo aparente que surgem as imagens de um sonho, os tropeços e equívocos da fala no momento de discurso e suas interrupções. De acordo com Couto e Souza (2011), são fatores que indicam a possibilidade de que haja uma causalidade não consciente que nos determina enquanto sujeitos, já que todo o dito e o não dito pelo paciente no curso de sua análise são sempre relevantes.

A respeito daquilo que envolve o inconsciente, a autora Colette Soler (2012) de maneira direta afirma que há apenas duas grandes e vastas referências: Sigmund Freud e Jacques Lacan. A autora demonstra o quanto Freud, no processo de seus estudos e descobertas, constantemente desculpava-se pelas complexidades apresentadas em torno do inconsciente, já que este se apresentava como um objeto de estudo “do qual só é possível aproximar-se através de desvios, nunca por via direta” (p. 19). Já a leitura deste conceito feita por Lacan compreende a dimensão da linguagem como condicionante para a existência do inconsciente.

No *Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (Lacan, 1964/1985), a percepção de Lacan sobre o inconsciente é de que este já exista antes mesmo do nascimento do sujeito, pois certas relações já estão determinadas no social, elas se prendem a qualquer coisa que a natureza possa oferecer de sustentação, os significantes, que, por serem capazes de organizar as

relações humanas, as estruturam e as modelam. Ou seja, antes mesmo que esse sujeito se forme e pense por si mesmo, ele já é falado, já possui nome, já possui significantes que o irão estruturar, daí o reconhecimento de que o inconsciente seria estruturado como linguagem não se prestando à uma ontologia.

O inconsciente de Freud não é de modo algum o inconsciente romântico da criação imaginante. Não é o lugar das divindades da noite. [...] o que Freud opõe é a revelação de que, ao nível do inconsciente, há algo homólogo em todos os pontos ao que se passa ao nível do sujeito – isso fala e funciona de modo tão elaborado quanto o do nível do consciente, que perde assim o que parecia seu privilégio (Lacan, 1964/1985, p. 29).

É a partir da noção lacaniana de inconsciente, advinda de uma releitura freudiana, que se percebe como o ser humano, ao nascer, é tão inacabado e totalmente dependente que sua própria sobrevivência é posta em risco. É intrinsecamente necessário para seu crescimento nesse meio hostil, que é o meio ambiente, a dimensão de um Outro<sup>2</sup>, este que fala e transmite a linguagem. Assim, para o ser humano não há uma dimensão instintiva primordial, mas sim um Outro e o inconsciente. Vale salientar, seguindo a proposta de Soler (2012), que este Outro não é um dono-dão ou que a fala humana é um simples adestramento. O Outro é aquele que assegura um discurso articulado em que se conjugam fala e linguagem, inserindo este pequeno sujeito na linguagem com suas palavras e mecanismos sintáticos de fabricação da significação.

### **Psicanálise, clínica e política**

Tal dinâmica entre o inconsciente freudiano-lacaniano promove a compreensão da importância da fala no campo da clínica analítica, indicando a postura promovida pela psicanálise da não busca por uma técnica de diagnóstico e tratamento orientados sob uma via superficial e normativa, de eliminação de sintomas por vias medicamentosas e de uma cura que cale e esconda esse sujeito nas inúmeras categorias do glossário diagnóstico. Essa conduta do psicanalista, contrária da promovida pela clínica clássica, nos provoca a refletir sobre qual seria a ética apresentada

---

<sup>2</sup> O Outro funciona como um terceiro que autentica o sentido e traz algo da dimensão do inconsciente do sujeito para a cena que o representa, fazendo com que o sujeito circule na dimensão simbólica para que seja possível acessar sua ordem de desejo (Pena e Silva, 2018).

e proposta pela psicanálise, se esta se encaixaria na dimensão psicoterápica e qual o seu impacto político-social na modernidade.

Percebe-se que, tanto para Freud quanto para Lacan, há importância da fala do sujeito no processo analítico e de como os ditos e não ditos exercem um papel de relevância dentro da clínica psicanalítica, esta enquanto espaço aberto a processos transformativos, lidando com uma cura outra que não seja restauradora de uma norma anterior. Assim, a variante central da possibilidade de comparar a psicanálise com uma psicoterapia, compreendendo os modelos clínicos atuais, é “a incidência da palavra do Outro [...] que diz o que deve ser feito, um Outro a quem o sujeito que sofre obedece, e do qual ele espera aprovação” (Miller, 1997, p. 12).

Em contrapartida com os métodos psicoterápicos existentes de uma cura que promova homeostase, ausência de mal-estar, de sofrimento e até mesmo a garantia do sujeito atingir a sua felicidade, a psicanálise subverte todas essas noções pré-estabelecidas indicando que, no sentido analítico, a felicidade compreende o próprio sintoma do sujeito, ela não é unicamente definida pelo prazer ou pela satisfação. Para Jacques-Alain Miller (1996), no processo de análise, o sujeito que, muitas vezes, resiste em saber, que nada quer saber de seu sintoma, ao decidir implicar-se nesse curso clínico, testemunha que pode suportar o real tendo em perspectiva que a satisfação pode existir sem a ruptura do sujeito com seu sintoma, de modo que ao se acomodar a esta noção, se reconhecendo e se identificando com seu sintoma, ele possa torná-lo parte da sua felicidade.

Nesse sentido, é fundamental reconhecer que a orientação ética da psicanálise não se trata de uma universalidade e muito menos se comporta como uma regra estrutural válida que compreenda uma técnica única de análise clínica. Miller (1996) destaca que “Ora, para Lacan, e para nós, não se trata de uma ética como tal, mas somente da ética da psicanálise [...] quer dizer ética relativa ao discurso do analista, a ser entendida como em desejo do analista” (p.109). Em outras palavras, não há uma ética feita para a psicanálise que esteja determinada sob certos valores normativos ou esperados e passível de universalização.

[...] para se situar nessa questão da ética, afirmar que o desejo do analista nada é senão sua interpretação. Ao se tomar as coisas por sua face de enunciado, ocupa-se de técnica – mas quando elas são tomadas por sua face de enunciação, ocupa-se de ética. Diria igualmente que é a dupla face de toda supervisão – há uma vertente técnica e uma outra na vertente ética. O desejo do analista é portanto, sem dúvida, uma categoria ética; mas é igualmente importante – aí está o passo a ser dado – que seja operatório, que ele seja técnico no tratamento (Miller, 1996, p. 111).

O impacto político de uma clínica que não possui uma ética e uma técnica universais, anteriormente determinados com a presunção de objetivos esperados, abre espaço para uma política de singularidade do sujeito que ao encorajá-lo na aceitação e não eliminação do seu sintoma, provoca a existência de uma clínica que, estando sujeita a comparação com uma psicoterapia atual, coloca em jogo questões pertinentes à psicanálise como

[...] é legítimo prescrever à operação analítica a finalidade de curar? Isto é, de fato, que o sujeito volte a ser útil à sociedade? Porque não há, definitivamente, outra definição de cura psíquica. [...] Ora, a psicanálise não se ocupa do psiquismo, ocupa-se do inconsciente, o que é muito diferente (Miller, 1997, p. 16).

### **Considerações finais**

O percurso realizado neste trabalho favoreceu uma visualização direta de como as perspectivas sobre saúde-doença mudaram, não apenas dentro do padrão pré-estabelecido – o biomédico – seja na sua investigação etiológica das doenças e das propostas de cura normativas, mas também em como tais conceitos se transmutavam no imaginário social com as mais variadas formas ideológicas de controle, quer sob o reconhecimento da medicina como a única capaz de assumir respostas científicas reais e passíveis de valorização ou sob a noção de que para qualquer enfermidade há uma cura, e esta é alcançada apenas eliminando sintomas, agindo diretamente no órgãos e ingerindo pílulas.

A noção de cura como mercadoria apresentada por Ivan Illich (1975), bem como a crítica de Georges Canguilhem (2009) direcionada à medicina clássica com seus padrões diagnósticos apenas considerando o viés fisiológico, nos faz perceber como a norma biológica sempre possuiu muito poder na sociedade, reconhecendo a cura como apenas um reajuste, um retorno à uma condição desviada que foi perdida e que a causa desse processo estaria diretamente localizada no corpo. As consequências da permanência de tal modelo, como bem observa Christian Dunker (2015) sobre o contexto atual, sugere que está cada vez mais fácil, para qualquer um de nós, reconhecer-se em um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico, onde a globalização do capital constituiu também uma globalização das maneiras de sofrer. E, por isso,

O projeto medicalizante não é só ideológico, mas também político. Político por querer tratar o debate não como um confronto entre posições que disputam qual é a *verdade* sobre o homem, mas sim como um conflito de interesses democraticamente administrado em As-

sembleias Legislativas, no qual terá “razão” quem detiver a maioria dos votos (Calazans & Lustoza, 2008).

É visível identificar o quanto a sociedade, ao mesmo tempo que exige respostas para cura do mal-estar, acaba por favorecer a permanência dos mesmos padrões normativos que acarretam no surgimento de uma angústia que deriva da inevitabilidade de cada sujeito se reconhecer em algum diagnóstico e permanecer na categoria adequada. Éric Laurent (2011) proporciona uma visão peculiar a respeito do laço social, comprovando a sua total inexistência, ou seja, “o que existe são maneiras de falar. São discursos que fazem semblante de laço social [...] fora da sustentação desse discurso, o que existe é o real da angústia” (p. 51). Tal noção oferece a compreensão da não possibilidade de existência de uma norma que seja comum, que esteja na base de uma globalização ou de uma universalização que se encerre em si mesma.

Dessa forma, como já mencionado, a psicanálise, ao subverter o núcleo desse sistema, compreende que nele habita essencialmente uma racionalidade de caráter antitransformativo, com uma política de universalidade do sujeito onde seus sintomas estão categoricamente diagnosticados e listados, os tratamentos são verdadeiramente coercitivos e a cura, por possuir resultados quantitadamente esperados, naturaliza o sofrimento silenciando-o mesmo que dele nada saiba.

Em outras palavras, um sintoma é um fragmento de liberdade perdida, imposto a si ou aos outros. Por isso, há algo que concerne a todos, de maneira universal, em cada uma das formas particulares de sofrimento. Assim, a normalidade é apenas *normalopatia*, ou seja, excesso de adaptação ao mundo tal como ele se apresenta e, no fundo, um sintoma cuja tolerância ao sofrimento se mostra elevada (Dunker, 2015, p. 24).

Bem mais que uma alternativa outra, a psicanálise se mostra comprometida com o sujeito do inconsciente que só existe por conta do seu sintoma, não havendo uma estratégia de cura que viabilize a homeostase, que busque a felicidade e a saúde plena. A grande quebra com outras clínicas é fazer surgir uma cura que seja antipredicativa, que não se limite a valores já reconhecidos e esperados, é justamente a desativação dessa busca incessante por normalidade que atravessa a prática psicanalítica, não há erro, não há desvio, não há retorno e apenas reconhecendo a radicalidade dessa proposta que se percebe que “a contribuição que a psicanálise continua a dar à ética é esta: que esses caminhos para o bem, quanto mais rígidos e promissores, mais riscos oferecem de levar ao pior” (Bispo & Couto, 2011, p. 128).

## REFERÊNCIAS

- Bispo, F. S. & Couto, L. F. S. (2011). Ética da psicanálise e modalidades de gozo: considerações sobre o Seminário 7 e o Seminário 20 de Jacques Lacan. *Estud. psicol.* 16(2), 121-129. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200002>.
- Calazans, R. & Lustoza, R. Z. (2008). A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. *Arq. bras. Psicol.* 60(1), 124-131. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672008000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000100011).
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Forense Universitária.
- \_\_\_\_\_ (2012). *Estudos de história e de filosofia das ciências*. Forense Universitária.
- Caponi, S. (2009). A Saúde como Abertura ao Risco. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz, pp.59-82.
- Costa, B. H. R. da & Kupfer, M. C. M. (2016). Freud e sua relação com o saber. *Arq. bras. psicol.* 68(2), 71-83. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672016000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200007).
- Couto, L. F. S. & Souza, M. F. G. de. (2013). O estruturalismo em Jacques Lacan: da apropriação à subversão da corrente estruturalista no estabelecimento de uma teoria do sujeito do inconsciente. *Ágora*, 16(2), 185-200. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982013000200001>.
- Dunker, C. (2011). Mal estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo ameríndio. *Tempo Social*, 23(1), 115-136. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702011000100006>.
- Dunker, C. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. Boitempo.
- Filho, A. N. (2011). *O que é saúde?* Editora Fiocruz.
- Fochesatto, W. P. F. (2011). A cura pela fala. *Estud. psicanal.* 36, 165-171. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010034372011000300016&lng=pt&nrm=i&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010034372011000300016&lng=pt&nrm=i&tlng=pt).
- Freud, S. (1996). Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: *Obras completas*. Imago. (Trabalho original publicado em 1886-1889).
- Fulgencio, L. (2002). A compreensão freudiana da histeria como uma reformulação especulativa das psicopatologias. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 5(4), 30-44. <https://doi.org/10.1590/1415-47142002004003>
- Illich, I. (1975). *A apropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Nova Fronteira.
- Lacan, J. (1985) *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Zahar.
- Laurent, É. (2011). *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana*. Scriptum Livros.

- Miller, J. A. (1997). Psicoterapia e Psicanálise. In J. Forbes (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Papyrus, pp. 9-19.
- Miller, J. A. (1996). *Matemas I*. Zahar.
- Pena, B. F.; Silva, R. D. C. da. (2018). Outro no ensino lacaniano: algumas considerações. *Estudos de Psicanálise*, (49), 81-90. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010034372018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010034372018000100007&lng=pt&nrm=iso).
- Peron, P. R. & Dunker, C. (2002). Usos e sentidos da cura na psicanálise de Freud. *Percurso*, 15(1), 83 - 90. [http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo\\_view&ida=772&ori=autor&letra=P](http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=772&ori=autor&letra=P).
- Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, 9(1), 11-27. <https://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11246/13014>.
- Safatle, V. (2013). O poder da psiquiatria. *Revista Cult. n°184*, pp.22-23.
- Safatle, V. (2015). *O circuito dos fetos*. Cosac Naify.
- Soler, C. (2012). *O inconsciente: Que é isso?* Annablume.
- Whitaker, R. (2017). Anatomia de uma epidemia: *Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Fiocruz.

---

### Sobre os autores

<sup>1</sup>Daniely Alves Moreira | [daanyalvees@gmail.com](mailto:daanyalvees@gmail.com) | Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Bolsista do programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UFCG/CNPq). Endereço: R. Aprígio Veloso, 882 - Universitário, Campina Grande - PB, 58428-830.

<sup>2</sup>Tiago Iwasawa Neves | [tiagoiwasawa@yahoo.com.br](mailto:tiagoiwasawa@yahoo.com.br) | Professor da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Pesquisador do Laboratório de Psicanálise de Orientação Lacaniana (LAPSO/UFCG). Endereço: Av. Floriano Peixoto 5000, quadra 11 Lote 16, Serrotão, Campina Grande/PB. Cep: 58434-500.

**Recebido em:** 20/04/2021

**Aceito em:** 22/07/2021