

Do Poder Psiquiátrico: uma Analítica das Práticas de Farmacologização da Vida

About the Psychiatric Power: an Analytics of the Pharmacological Practices of Life

Dolores Galindo; Flavia Cristina Silveira Lemos; Renata Vilela Rodrigues

Universidade Federal de Mato Grosso; Universidade Federal do Pará

RESUMO:

Pensar a produção e o uso de fármacos e de psicofármacos no presente nos inquieta e nos move a uma escrita que interroga as práticas medicalizantes e medicamentosas da vida em nome das tentativas de garantir segurança biopolítica empreendedora de performances potencializadas e anestesiadas e de disciplinas ordenadoras de corpos úteis e dóceis. O ensaio, que ora apresentamos, interroga as relações entre saúde, economia e as funções de poder saber psiquiátrico-terapêuticas que conjugam medicamentos e normalização de condutas como respostas a problemáticas e situações complexas no plano da constituição de nossas existências.

Palavras-chave: psicofármacos; biopolítica; disciplinas.

ABSTRACT:

At present time to think about the production and use of drugs and psychotropic drugs is a challenge towards a society that has turned these devices into an answer, magical solutions to questions and complex situations related to our own existence. This challenge make us restless and move us in writing that inviting them to also wonder about these medicalized and medicinal practices of life as survival, an attempt to ensure security biopolitics and entrepreneurial of potentialized and anesthetized performances and commanded disciplines of useful and docile bodies.

Key-words: psychiatric drugs; biopolitics; disciplines.

Dentre os psicofármacos, os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos são utilizados para muitas condições psiquiátricas, além de ocuparem o rol dos fármacos mais indicados nos consultórios, não sendo sua prescrição circunscrita sequer aos chamados especialistas em saúde mental (STAUB; HOCH, 2012). Clonazepan, Ritalina, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Venlafaxina, Nefazodona, Citalopram – essas substâncias constituem

uma geração de psicotrópicos considerados de maior tolerabilidade, cujo efeito mais evidente tem sido a contenção bioquímica de emoções antes consideradas aflições aceitáveis, associadas à própria condição humana ou à vida, num âmbito de modernização. Esses fármacos prometem uma estabilização de sentimentos, humores, pensamentos e ações, em um contexto social e político-econômico de encomendas com vistas ao mercado do investimento subjetivo.

Cada prática se torna um capital: o pensamento, os afetos e os saberes cotidianos e científicos, as maneiras de se conduzir em diferentes aspectos da vida ganham dimensão econômica e se tornam alvo de tentativas de submissão política e de regulações que, ao invés de questionar o seu cerne, incidem em regulações que normalizam usos normais e abusivos. Segundo dados da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), dos medicamentos controlados comercializados em drogarias e farmácias brasileiras, o Clonazepan foi o princípio ativo mais consumido no Brasil durante os anos de 2007 a 2010, seguido, respectivamente, pelos Bromazepan e Alprazolam. De acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia da Anvisa, publicado no segundo semestre de 2011, 44% dos remédios vendidos nas farmácias e drogarias são para o objetivo de supostamente tratar os quadros produzidos como transtornos mentais e de comportamento (SNGPC, 2011).

A mutação do objeto ‘doença mental’ para o do ‘transtorno’ e ‘síndrome’ permitiu ampliar exponencialmente o número de enquadramentos diagnósticos e de processos de medicalização dos mínimos desvios sociais frente às normas. O consumo exacerbado de psicofármacos é um indicativo não apenas de uma tendência global de aumento dos gastos com medicamentos, mas também um analisador da importância que as substâncias psicoativas vêm ganhando nas sociedades contemporâneas. Foucault (1979) nos deixou relevante legado para a analítica da ascensão das práticas de farmacologização, ao assinalar que a produção e a incitação das relações de poder como exercício e dinâmica de forças móveis forja saber e engendra corpos saudáveis, ágeis, capazes, normalizados, obedientes politicamente, adestrados para o trabalho e para a educação disciplinar. Corpos úteis e dóceis são efeitos de procedimentos de controle por práticas disciplinares que visam a formar linearidades históricas e alinhamentos políticos, como obediência e assujeitamento acrítico. Corpos vigiados e punidos são efeitos de uma sociedade da vigilância, panóptica, que opera por alinhamento político. O poder disciplinar se generaliza, a partir do século

XVII, como prática de controle meticuloso dos corpos para torná-los úteis e dóceis, produtivos e governados por mecanismos de vigilância, de gestão do tempo e do espaço, pela sanção normalizadora e pelo exame.

Depois de quinze anos da chamada Reforma Psiquiátrica brasileira e dos efeitos de outras transformações nos cenários de promoção e cuidado em saúde, os usuários encontram nas chamadas novas modalidades de tratamentos em serviços substitutivos uma diversidade de caminhos para a sua reinserção na comunidade e para a convivência social em meio aberto (BEZERRA JR., 2009). As mutações trazidas pelos movimentos da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica, de interrogação das normas fixas e supostamente naturais de viver, das relações de gênero e de configuração familiar, juntamente com a ampliação e a reconfiguração das práticas clínicas e a oferta de uma rede pública e privada de atendimentos psicológicos e médicos abriram novas possibilidades de estabelecimento de laços para os usuários de saúde mental e seus familiares (CASTEL, 1987). Contudo, novas formas sutis de governo dos corpos e da vida tendem a ganhar mais evidência do que a modalidade de segregação da ‘disciplina bloqueio do corpo’. As táticas disciplinares de vigilância e controle por inclusão social em meio aberto se tornam mais rentáveis e permitem mais liberdade; todavia, criam terreno para intensa farmacologização que, sem dúvida, emerge como um dos seus vetores da liquidez das relações e da vida, hoje. Por isso, Bauman (1999) vem designando essa modernidade como de alta mobilidade e de quebra de fronteiras, simultaneamente à fragilização dos relacionamentos e compromissos.

Nesse ponto, para pensar os aspectos das normas em relação às leis, Foucault (2008a) propôs a analítica do poder, trazendo os conceitos de disciplina, de biopolítica, de segurança e de governamentalidade para o campo dos saberes e dos poderes em jogo, além dos clássicos conceitos de poder como repressão, abuso, opressão, proibição e lei. Foucault (2008a) formulou ainda um conjunto de táticas descritivas e analíticas para fazer a história genealógica e arqueológica, deslocando perspectivamente os eixos de problematização tradicionais da filosofia política e da história contínua evolutiva. A arqueogenealogia não é apenas um conjunto de procedimentos metodológicos e postulados teóricos: é também um dispositivo de crítica de análise histórica pela descontinuidade dos acontecimentos, pela proveniência e pela emergência dos mesmos.

Em acréscimo, a arqueogenealogia possibilita interrogar as práticas de saber e de poder em seus efeitos políticos e institucionais, ou seja, a arqueogenealogia permite problematizar e inquietar, desalojar e deslocar o que parecia evidente e imóvel, o que era tomado como certo e definitivo, ou interpretado como desvelamento do que já ocorrera com novas facetas e rastros. Assim, a arqueogenealogia arrisca fazer a crítica local, a desdisciplinarização e a insurreição dos saberes sujeitados pelos controles discursivos e institucionais das práticas. Ela é cinza, pois coloca em xeque a harmonia e a metafísica, em prol da constituição do saber histórico das lutas, da escrita da história como disputa e da política como guerra continuada por outros meios.

Na sua análise do poder psiquiátrico, Foucault (2006) nos mostra que o uso do medicamento permitiu que a calma, prescrita nas instituições asilares, se prolongasse ao interior do corpo do doente. Essas instituições conjugaram as funções “de prova e produção de verdade, de um lado; a constatação e conhecimento dos fenômenos do outro” (FOUCAULT, 2006: 446). Três técnicas são utilizadas para a produção da doença que entroniza o psiquiatra como médico e faz funcionar a demanda como sintoma: o interrogatório, a droga e a hipnose. O poder disciplinar é posto para funcionar agora como poder do médico e somente atuará como médico aquele que prescreve tratamento medicamentoso. A ausência do “corpo”, que havia sido alcançada pela Anatomia Patológica e pela visibilidade e dizibilidade das causas e sintomas, foi um dos grandes obstáculos para que a Psiquiatria viesse a se estabelecer como saber médico. Ao longo do século XIX e do século XX, as figuras do médico e do psiquiatra não eram imediatamente coincidentes e as relações que levam ao psiquiatra como médico resultam de práticas e jogos de poder-saber que são visíveis nos asilos e nas instituições correlatas, bem como na objetificação do então difuso sofrimento na categoria das patologias psiquiátricas e estas no espectro dos problemas médicos (CAPONI, 2009).

Para uma variedade de especialistas, os tratamentos medicamentosos podem melhorar ou estabilizar performances variadas e promover apropriações de oportunidades com certa regularidade disciplinar e biopolítica, ou seja, com controle da minúcia e da totalidade dos atos do corpo e da vida, concomitantemente, em espaços abertos e fechados ou, sobretudo, no fluxo entre ambos que a sociedade contemporânea demanda (CASTEL, 1987). Os medicamentos agem conformando modos de ser e instaurando certa sensação de

normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão ou busca de construção de outras formas de ser, mas de um “bloqueio químico” das emoções, o qual pode ser combinado com técnicas disciplinares de clínicas cognitivistas e comportamentais e mesmo humanistas e psicanalíticas, segundo os estudos de Castel (1987) a respeito da psicologização da sociedade, articulada à medicalização da mesma, no campo das tecnologias de gestão de riscos.

Com a primazia da medicalização da vida, rivotriis, ritalinas, fluoxetinas, sertralinas, diazepams, alprazolams se tornam uma espécie de magia com rituais estranhamente milagrosos que subtraíam os sofrimentos psíquicos (IGNÁCIO; NARDI, 2007). Os sofrimentos são objetivados como psíquicos e bioquímicos, ao mesmo tempo, quando não apenas genéticos, comportamentais, hormonais e de desníveis de neurotransmissores. Assim, são individualizados e pensados como tendências sintomáticas. Na perspectiva da modulação neuroquímica, a vida e os corpos estão sendo amplamente farmacologizados, produzindo pessoas que dependem da medicação como terapêutica associada às técnicas de controle disciplinar, desenvolvidas pelas alianças de poder-saber entre Psiquiatria e Psicologia, em geral de aprendizagem comportamental.

Nesse novo arranjo de forças, a atuação da Psicologia associada à administração dos fármacos pode ser situada na matriz do que Malventi e Garreaud (2008) reconhecem como poder terapêutico cuja ação reinstitui

um nomos. Poder que não pretende ‘suspender’ e sim manejar e administrar o excesso dos processos energéticos, semióticos e criativos”. Esse poder discursa em nome da funcionalidade de uma sociedade enferma. Sua intervenção não visa curar, mas prevenir, avaliar riscos, checar atitudes e, acima de tudo, tratar cada caso como particular. A ação terapêutica opera uma captura da realidade que atualmente só podemos registrar em seu engajamento em “curar e reinserir” (p.2).

Nos desdobramentos contemporâneos, o poder psiquiátrico, tão bem descrito por Foucault (2006), se alia às tramas terapêuticas de modo que emerge o que nomeamos como poder psiquiátrico-terapêutico caracterizado pela dispensação de fármacos, minimização do recurso às internações, recorrência a visualizações do funcionamento cerebral-neurológico, autoridade reduzida do médico psiquiatra, defesa do cuidado como alternativa à tutela e atuação auxiliar das práticas psicológicas enquanto dispositivos de normalização que

justificam, e auxiliam, na condução dos tratamentos medicamentosos impulsionados pelas empresas farmacêuticas que recorrem à força legitimadora adquirida pela Neurologia.

De acordo com Caponi (2009), nos equipamentos de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a ordem psiquiátrico-terapêutica-neurológica deixa de alicerçar-se, principalmente, no internamento e no isolamento, que não desaparecem, mas adquirem o papel de medidas extremas a serem adotadas apenas quando a medicalização e atenuação das paixões, dos delírios e dos maus hábitos pelo uso de psicofármacos não se mostram eficazes. Em lugar de isolamento físico manicomial, dociliza-se pela dispensação bioquímica, pelo isolamento provocado pelo uso de medicamentos que modelam os hábitos e as condutas, os pensamentos e os delírios – persistência do poder psiquiátrico que assume novos matizes. Nesses equipamentos de saúde mental, a neurologia e os exames de regulação química que mensuram os níveis de substâncias ingeridas, adotados em países como Estados Unidos e Inglaterra, não são partes dos protocolos de atenção à saúde (CFP, 2011).

As práticas psiquiátrico-terapêuticas permitem ligar as emoções ao desenvolvimento de empresas, que criam e gerenciam fármacos para os denominados tratamentos de transtornos e síndromes. Qualquer afastamento de modelos idealizados como normais é enquadrado em psicodiagnósticos médico-psicológicos produtores de doença pela medicalização da subversão política. Discordar se tornou sintoma de um transtorno, assim como aprender em ritmos diferenciados, ficar desatento ou ainda questionar são comportamentos que passam a ser considerados índices de anormalidade, com explicações da história de vida de cada um, ou seja, liberalismo com racionalidade acrescida.

Lembremos que a função psi emergiu par a par com a Psiquiatria e aparatos de polícia das condutas (FOUCAULT, 2006). Cada vez que alguém é incapaz de seguir a disciplina (escolar, militar, familiar, social), a função psi intervém e, com isso, a psicologia como discurso e prática terapêutica permite a continuidade dos dispositivos disciplinares e psiquiátricos em tempos de farmacologização, nos quais a figura do médico, tão cara à Psiquiatria moderna, perdeu a primazia em favor do medicamento, que parece incorporar as propriedades mágicas conferidas à Farmacologia e Neurologia.

Malventi e Garreud (2008) entendem que, nas sociedades neoliberais, já sob a forma de um contrato terapêutico, os discursos psiquiátricos e psicológicos estreitam as

relações entre economia e vida emocional, com a finalidade de aumentar a produtividade e modular corpos dóceis e disciplinados numa vida convertida em terapia continuada, uma terapia de controle cuja externalidade está em constante vigília. É assim que os psicofármacos passaram a definir as condições de saúde e, em alguns casos, a silenciá-las com uma somatória de técnicas de normalização das condutas. São mobilizados em contratos terapêuticos que, ao ofertarem um pretensão tratamento, nos subjetivam enquanto pessoas deficitárias a quem faltaria sociabilidade, controle, eutímia. A vida se converte em uma terapia continuada, uma terapia de controle e domínio, cuja externalidade está em constante vigília.

A Medicina, desde o século XIX, penetrou na sociedade, atuando na constituição de um olhar que produz a doença como transtorno, articuladamente ao campo das decisões políticas de saúde, baseadas em um intenso processo de medicalização. Particularmente interessado pela conceituação de Medicalização, Conrad (1992) argumenta que uma de suas definições seria o tratamento de uma questão a partir de conhecimentos, artefatos e tecnologias da Medicina, tais como a utilização de uma linguagem médica mais específica e a adoção de um quadro clínico para entender e tratar um problema: medicalização se configura como um controle social da Medicina. Foucault (2004), ao tratar da ordem do discurso, aponta que uma disciplina e seu objeto, suas técnicas e seus conceitos, lugares institucionais, sistemas de difusão e sociedades formam um dispositivo de poder e de saber. Todavia, ele alerta seus leitores de que o dispositivo é um efeito de forças heterogêneas as quais constituem uma ordem do discurso, mas é um efeito de paradoxo, já que o princípio arqueológico da dispersão, da raridade, da desdisciplinarização dos saberes, da insurreição dos saberes, na genealogia, coloca em xeque a suposta unidade que muitos desejam atribuir a um campo de práticas.

Os *status* de fala e do lugar de poder em que se fala e em que se prescreve com legitimidade estão ligados a um conjunto de práticas relacionadas e distintas, que foram aleatoriamente e arbitrariamente interligadas. Tais procedimentos não são naturais e, no caso da Medicina, estão vinculados aos agentes institucionais e técnicos, aos temas e lugares em que se autoriza alguém a falar de, em nome de, e a indicar práticas, aos mecanismos de controle social dos meios médicos tecnológicos, especialmente dos medicamentos e das cirurgias. A inserção do Estado no campo da Saúde socializou não só a Medicina como

também o corpo, que passa a ser visto como uma realidade biopolítica (FOUCAULT, 1979). Saúde e Medicina transformaram-se em estratégias de economia, gastos são destinados a uma série de medidas sanitárias. Ainda que a promoção de saúde seja alvo central do Estado, não se trata das consequências da falta de saúde, mas dos custos relacionados à saúde-doença. Hoje também acompanhamos a ampliação do que Foucault (1979) nomeou como higiene da cidade e dos trabalhadores, na sociedade, em uma combinação de práticas vizinhas de governamentalidade do Estado pelos mecanismos pastorais igualmente designados de salvação da saúde como valor de mercado e de disputa liberal, em um capitalismo neoliberal de concorrência (FOUCAULT, 2008b).

Está em jogo uma nosopolítica em concomitância com a polícia disciplinar das condutas administradas pelos saberes e poderes da norma e do exame que recomendam prescrições de bem-estar, em todo um amplo espectro de incitações de um suposto viver saudável, produtivo, dócil e de disposição a extrair cada vez mais potência do corpo e de suas capacidades. Nos preconizados tratamentos em saúde mental, a utilização dos próprios medicamentos equivale, em geral, ao prolongamento da disciplina manicomial na superfície do ou no corpo. O que era na verdade o tratamento moral por meio de banho gelado, da utilização de choques elétricos, se não o prolongamento até o interior do corpo do doente o sistema do regime manicomial, do regime da disciplina? (FOUCAULT, 2006).

Discutindo as configurações atuais da Medicina, Rose (2007) define medicalização como um aparato útil para designar questões que se tornaram parte da província da medicina, mas que, por sua abrangência, se torna pouco acurado para práticas correlatas que já escapam ao poder da medicina, a exemplo da farmacologia e da neurologia. Para esse autor, a medicina moldou nossos regimes éticos, nossas relações conosco mesmos, nossos julgamentos do tipo de pessoa que queremos ser e o tipo de vida que queremos levar, induzindo a uma politização biológica das formas de vida e de reivindicação por transformações. Em consequência do desenvolvimento de novas tecnologias e dispositivos médicos e da recente mercantilização da doença, reavalia-se o processo de medicalização, revelando-se que, embora o centro de sua definição continue com os médicos, a medicalização agora pertence ao consumismo de técnicas de salvação da saúde como maneiras de se governar e fazer investimentos de custo e benefícios (CONRAD, 2005; CONRAD; LEITER, 2004; LOPES, 2004; 2007).

A medicalização se vem configurando cada vez mais como consumo, no qual a “mão amiga” da indústria farmacêutica se mostra vigorosa (MOYNIHAN, 2002; MOYNIHAN; HENRY, 2006; MOYNIHAN; HEALTH; HENRY, 2002; BLECH, 2006). Por meio de uma série de estudos de caso, Blech (2006) tem mostrado como as empresas farmacêuticas, em colaboração ou junto com os médicos, grupos de pressão e a mídia, não são apenas os fabricantes dos medicamentos, mas das práticas discursivas que forjam síndromes, transtornos e doenças para esses medicamentos tratarem.

Conrad (2005), depois de dez anos de sua primeira publicação sobre o termo medicalização, revê seu conceito, argumentando que medicalização, na atualidade, tornou-se um processo mais amplo, no qual três grandes eixos podem, também, interferir nesse processo: a biotecnologia, o consumo e os planos de saúde. Esses três vetores mudaram a profissão médica e, conseqüentemente, o conceito de medicalização. Nesses novos parâmetros, os médicos ainda são “porteiros” para o tratamento higienista e terapêutico, mas seu papel se tornou mais subordinado na expansão ou contração da medicalização. Medicalização, agora, estende-se à relação entre empresas farmacêuticas, médicos e consumidores, ou seja, à crescente preocupação da indústria farmacêutica em convencer o consumidor de que seus produtos são os mais eficientes e eficazes, generalizando-os e potencializando-os para fins que se configuram muito além dos domínios da Medicina ou da Saúde, de forma estrita (CONRAD; LEITER, 2004).

Atentando para a crescente expansão da medicalização na vida das pessoas, por meio da inserção na prática e nos discursos cotidianos sobre fármacos, Lopes (2004) propõe que, paralelamente à medicalização, se desenvolve, atualmente, o processo de farmacologização, que se refere a um acontecimento em que os medicamentos são dominantes nas opções terapêuticas, ou seja, a gestão do corpo e da saúde tornaram-se problemas farmacológicos e não mais médicos. Expectativas de cura e/ou alívio recaem sobre os medicamentos.

O recurso aos fármacos constitui a primeira opção das pessoas, na gestão da vida e das problemáticas que são fabricadas no decorrer do lidar cotidiano com os inesperados, frustrações e indeterminações próprias da vida. As outras possibilidades de promoção de saúde são procuradas como alternativas secundárias, e essa procura vem sendo orientada pela expectativa de que outros medicamentos mais eficazes sejam prescritos (LOPES, 2007). Nessa mesma direção, Ignácio e Nardi (2007) salientam que, para as pessoas em

geral, a utilização de medicamento é prática central no tratamento de saúde e este é, habitualmente, associado à qualidade de saúde. O consumo de medicamentos é tão imperativo, que o médico não é mais o ator principal no ato de farmacologizar, sendo requisitado, em muitos casos, apenas para prescrever receituários que, no caso do sofrimento psíquico, são indispensáveis para a aquisição dos fármacos em farmácias públicas e/ou privadas brasileiras.

Com efeito, o uso de psicofármacos tornou-se disseminado a partir de meados da década de 1950, de acordo com Forte (2007). A introdução no mercado de consumo da clorpromazina, em 1952, foi o momento de fundação da moderna psicofarmacologia e o marco inicial de uma revolução que afetou não apenas a terapêutica, a clínica psiquiátrica e as neurociências, mas também todo o conjunto das ciências e a visão que o homem tem de si. O surgimento do Prozac® (Fluoxetina), em 1988, desencadeou maior interesse e respeito dos psicofármacos e dos considerados bons resultados em seu uso no tratamento de supostas doenças mentais. Outros fármacos surgiram e mais pesquisas fortaleceram a ideia de que os transtornos psíquicos eram doenças com etiologia biológica, explicadas por alterações químicas e tratadas quimicamente (BOGOCHVOL, 1995 *apud* PARECY; OLIVEIRA, 2010). Consequências do desenvolvimento da Indústria Farmacêutica e *Marketing* medicamentoso, dois dos principais vetores do dispositivo das práticas contemporâneas de farmacologização da vida.

No contexto da biopolítica neoliberal, a Economia em Saúde, apoiada na Epidemiologia, contabiliza a farmacologização da vida em termos de custos ao Estado que seriam compensados por benefícios à produção de saúde. Nessa lógica, a Anvisa contabilizou os gastos entre os brasileiros com o Clonazepan numa cifra em torno de R\$ 92,4 milhões em 2010, sendo acompanhado pelo Bromazepan, segundo fármaco mais consumido - para este foi contabilizado um custo de R\$ 60, 2 milhões (SNGPC, 2011). Está em pauta uma aliança entre medicina clínica e economia em saúde onde os diagnósticos e fármacos são arrolados como investimentos que se servem da Epidemiologia como instrumento de objetificação e produção de dados. Acompanhando e impulsionando a aliança entre poder psiquiátrico e terapêutico, a pesquisa sobre psicofármacos tem aumentado, paralelamente à demanda de instituições de cuidado, de educação reabilitadora, de mercados de adaptação de condutas, de tecnologias de controle neurolinguístico e

comportamental, para forjar corpos produtivos, obedientes e competitivos. A farmacologização está relacionada, diretamente, às formas vigentes da produção de subjetividade ativas por pretensas práticas de cuidado que procuram minimizar as práticas desviantes numa sociedade terapêutica para a qual os discursos do cuidado crescem par a par com o controle e com práticas de resistência instauradoras de novos terrenos de liberdade.

Junto à oportunidade comercial, os psicofármacos foram operadores de uma mudança epistemológica no campo do que se designou como tratamento do mal-estar psíquico, promovida sob a égide da psiquiatria estadunidense, particularmente com a popularização das últimas edições dos *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e da *International Classification of Diseases* (CID) que, como sabemos, passou a orientar e a regular a prática de médicos sem qualquer especialização no tratamento de doenças mentais, ou mesmo do sofrimento psíquico, no diagnóstico de transtornos e síndromes. Nos manuais CID e DSM que regem a prática médica, o sintoma é a própria doença; ou, mais propriamente, o transtorno mental. Delineiam-se dois campos distintos de percepções sobre a doença: o primeiro refere-se aos aspectos orgânicos morfofisiológicos da doença (*disease*), estudados pela biomedicina; o segundo se dirige à experiência subjetiva da doença que, segundo muitos autores, remete aos diversos sistemas de conhecimento voltados para compreensão, explicação e enfrentamento da própria doença (*illness*). Tal fragmentação justifica um substrato supostamente inquestionável e restrito apenas a alguns especialistas, de sorte que à psicologia caberia uma noção de cuidado baseado na escuta da experiência subjetiva, vista como um anexo ao substrato tido como orgânico. As definições advindas de sofrimentos psíquicos que são ofertadas pelos manuais de diagnósticos médicos, a exemplo do CID-10 e DSM IV, fazem parte do dispositivo de farmacologização. Nesses manuais, a preocupação centra-se em enquadrar os desvios às normas em determinada patologia e, com isso, normalizar condutas de maneira que os corpos rebeldes passam, por meio do diagnóstico, a serem corpos de depressivos, esquizofrênicos, bipolares, maníacos, ansiosos.

Discorrendo sobre os efeitos medicamentosos em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, Cunha (2011) mostra que, apesar dos efeitos colaterais reconhecidos por aqueles que ingerem psicofármacos, o “medo de ter uma crise” faz com que,

frequentemente, várias pessoas nem levem em consideração a possibilidade de deixar de tomar essa medicação, mesmo que se sintam mais lentas e com sono. Nessa mesma direção, Ignácio e Nardi (2007), ao pesquisarem o consumo de psicofármacos no Rio Grande do Sul, argumentam que os medicamentos e suas tecnologias estão substituindo formas mais reflexivas a respeito dos modos de vida, fazendo eco ao modo de apresentação do poder que se baseia no assistencialismo, na dependência e no individualismo.

Diante de fármacos que prometem a medida e o alívio, a dor ou o excesso de euforia não podem ser sentidos senão como sintoma individual. Logo, a medicalização, mais do que definir, diagnosticar e tratar doenças, tem penetrado em diferentes partes, locais e práticas cotidianas, transformando-nos no que somos e produzindo em cada um de nós o papel de especialista médico de si mesmo (ROSE, 2007). Rapidamente somos capturados nas prescrições dos manuais médicos, nutricionais, psicológicos e educativos direcionadas a melhorar a saúde e mantê-la, aumentar a longevidade e o como não adoecer e continuar vigorosos e jovens, com corpos prontos a produzir e a extrair mais e mais valor e render mais e mais capital para novos investimentos. Contudo, espaços de liberdade estão colocados nas tramas do poder porque este é eminentemente produtivo de tensionamentos que aparecem, sobretudo, no plano das políticas e práticas de subjetivação. Assim, não surpreende que Rose (2010), ao conversar com usuárias de serviços de atenção à saúde americana e anglo-saxã às quais foi receitada a ingestão regular de psicofármacos, observe que elas pensam que são mais que seus cérebros e mais do que os discursos da neurologia que embasa e fomenta as práticas de farmacologização.

Vertentes das psicologias vêm travando várias lutas em prol de dispositivos da saúde interdisciplinares que consideram as pessoas e sua complexidade, subjetividade e cidadania (CFP, 2001; CFESS; CFP, 2007; CREPOP; CFP, 2008), contudo esbarram nas linhas duras que as inscrevem em limites determinados pelo que é entendido como saúde mental e em arranjos institucionais que, inclusive, perpetram, com cada vez mais força, a privatização dos equipamentos de saúde. A cooptação das forças de luta como mercadoria e como instrumental a ser consumido, esvaziadas da política, tem sido uma prática muito comum. O tempo como economia política e o controle da resistência operam pelo regramento da vida no relógio e na capitalização dos segundos e dos resultados que obtemos neles, em termos de utilidade e de docilidade política. O ritmo de resposta deve estar na rapidez e lentidão

necessária para os que usurpam o tempo de luta para usá-lo como mercadoria a ser comercializada e trocada como moeda de favor, em jogos de interesse. Foucault (1999) enfatiza os usos do tempo como mecanismo disciplinar e a objetivação dos corpos pela velocidade na política e no cálculo econômico.

Além dos fármacos e dos psicofármacos, adquirimos igualmente, no mercado da saúde biopolítico e disciplinar, tecnologias outras, tais como: ginásticas, massagens, dietas, meditações, cirurgias plásticas, injeções de hormônios e uma série de tratamentos estéticos, internações temporárias em *spas*, roupas e técnicas de alimentação balanceada em horários regrados, consumo de energéticos e de vitaminas, participação de jogos em equipe e de esportes de aventura, de consumo de terapias e psicoterapias variadas e as mais ecléticas.

O medo de viver sem ordem e a psicologia como dispositivo de normalização sustentam um mercado e uma economia política da segurança, da saúde e da seguridade social, a qual se materializa na indústria farmacêutica, nos serviços em rede e nas promessas de felicidade que tomam o lugar da vida como potência. Foucault (2008b) assinala que o mercado da vida se baseia na sua construção como um valor a ampliar e a zelar, a gerir e a intensificar politicamente, por um conjunto de governamentalidades e pastorais administrativas, médicas, psicológicas, pedagógicas, demográficas, estatísticas, geográficas, econômicas, sociais e culturais. O mesmo se estende à produção de uma suposta necessidade de articulação de vários saberes, visando a formar uma rede de cuidado densa, diversificada e dita efetiva na oferta, promoção e tratamento em saúde (STAUB; HOCH, 2012).

Os fármacos se tornaram uma espécie de acoplamento e/ou alimento necessário ao campo de produção da vida ordeira e dócil, produtiva e normalizada, sinalizando para emergência de um poder psiquiátrico-terapêutico cuja analítica requer uma escrita potente o suficiente para cartografar as suas mais diversas ramificações. Entendemos que não é “a ausência do corpo”, problema que afligia a Psiquiatria moderna, que repõe a medicalização e a farmacologização da vida, pois essas se estendem mesmo quando são empregados diagnósticos precisos que corporificam o cérebro em suas mais íntimas funções. A aprovação crescente de novos medicamentos, cujos efeitos vão sendo designados como mais e mais seletivos, são resultado e conjugação de forças, ponto ao acaso do encontro das forças, analisador de modos de vida que, em troca da anestesia, aceitam a tutela do cuidado que é um dos vetores do poder psiquiátrico.

Concluindo, fazer a analítica da farmacologização da vida a partir da arqueogenealogia foucaultiana é uma maneira de fazer a história das relações de força, das disputas, da multiplicidade de práticas heterogêneas em jogo, na emergência e na proveniência dos objetos históricos. Não há uma raiz ou tronco comum a encontrar como origem de algo e também não há o fim da lança, como apogeu de um desenrolar de fatos, contínuos e encadeados causalmente, ou seja, a história sem teleologia e fins a decifrar.

Referências

- BAUMAN, Zygmunt. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BEZERRA, Daniela Santos. A articulação *moebiana* entre clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Psicologia Hospitalar*, vol. 7, nº 2, p. 55-74, 2009.
- BLECH, Jörg. *Inventing Diseases and Pushing Pills: Pharmaceutical Companies and the Medicalisation of Normal Life*. London: Routledge, 2006.
- CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, nº 1, p. 95-103, 2009.
- CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICA PÚBLICA (CREPOP); CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a)*. Brasília: CFP, 2008.
- CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*, vol. 18, p. 209-232, 1992.
- _____. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, p. 3-14, 2005.
- CONRAD, Peter; LEITER, Valerie. Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, p. 158-176, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP), Resolução nº 02/01. *Altera e regulamenta a Resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais*. Brasília, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011*. Brasília, DF: CFP, 2011.

- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social*. Brasília: CFP/CEFSS, 2007.
- CUNHA, Litza Andrade. Corpo e subjetividade em situações de sofrimento psíquico. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais: Diversidades e (Des)igualdades. *Anais do XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais*, Salvador, 2011.
- FORTE, Eveline Barros. *Perfil de consumo dos medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia*. 38 p. Monografia de Especialização em Assistência Farmacêutica, Escola de Saúde Pública, Fortaleza, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Em defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1975 - 1976)*. São Paulo, Martins Fontes: 1999.
- _____. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 2004.
- _____. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fonte, 2006.
- _____. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- _____. *O Nascimento da Biopolítica*. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*, vol. 19, nº 3, p. 88-95, 2007.
- LOPES, Noémia. Medicamentos e percepções do risco. In: Vº Congresso Português de Sociologia. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde, Braga, 2004.
- _____. Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança. *Revista crítica de ciências sociais*, nº 78, p. 119-138, 2007.
- MALVENTI, Dario; GARREAUD, Álvaro. *Curar y reinsertar, en La Sociedad Terapéutica*. Bellaterra, Barcelona: Espai en Blanc, 2008.
- MOYNIHAN, Ray. Disease-mongering: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. *British Medical Journal*, p. 324-923, 2002.
- MOYNIHAN, Ray; HENRY, David. The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *Public Library of Science – Medicine*, vol. 3, nº 4, 2006.
- MOYNIHAN, R; HEALTH, Iona; HENRY, David. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*. vol. 324, p. 886-91, 2002.
- PERECY, Jociane; OLIVEIRA, Lisandra Antunes de. O uso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade e as formas de subjetivação presentes no imaginário popular

referentes à figura do psicólogo. *Unoesc & Ciência - ACHS*, vol. 1, nº 2, p. 183-190, 2010.

ROSE, Nikolas. Beyond Medicalisation. *Lancet*, vol. 369, nº 9562, p. 700-702, 2007.

_____. Cérebro, self e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol. 20, nº 1, p. 301-324, 2010. [Entrevista realizada por Mary Jane Spink].

SNGPC. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – ANVISA*, vol. 2, ano 1, p. 01-09, 2011, www.anvisa.gov.br, acesso em 20 de janeiro de 2013.

STAUB, Maria Lúcia; HOCH, Verena Augustin. *A utilização de psicofármacos no tratamento de saúde mental*, 2012, <http://www.sed.sc.gov.br>, acesso em 27 de novembro de 2013.

Dolores Galindo

Docente do Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Estudos de Cultura Contemporânea e do Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

E-mail: dolorescristinagomesgalindo@ufmt.br

Flávia Cristina Silveira Lemos

Docente do Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Psicologia e do Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.

Bolsista de Produtividade, CNPq.

E-mail: flaviacslemos@gmail.com

Renata Vilela Rodrigues

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura Contemporânea. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.