



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Duarte da Rosa, Barbara Paraiso Garcia; Winograd, Monah
PALAVRAS E PÍLULAS: SOBRE A MEDICAMENTALIZAÇÃO DO MALESTAR PSÍQUICO NA
ATUALIDADE
Psicologia & Sociedade, vol. 23, 2011, pp. 37-44
Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326564006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PALAVRAS E PÍLULAS: SOBRE A MEDICAMENTALIZAÇÃO DO MAL-ESTAR PSÍQUICO NA ATUALIDADE

WORDS AND PILLS: ON TODAY'S MALAISE MEDICATION

Barbara Paraiso Garcia Duarte da Rosa e Monah Winograd
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

A medicalização do mal-estar é uma realidade efetiva, atual e crescente, que se expande, inclusive, para campos diversos do médico-científico. Ao oferecerem produtos que prometem alívio ou melhoramento de estilo ou condição de vida, diversos meios de comunicação, tais como a literatura e os programas de televisão, funcionam como verdadeiros manuais de autoajuda, atendendo a uma crescente demanda de cuidado para cada sofrimento ao qual podemos estar submetidos. Devido à complexidade do fenômeno em questão, buscaremos estabelecer algumas interseções entre droga, medicina e sociedade que participam do processo de medicalização do mal-estar psíquico.

Palavras-chave: medicalização; mal-estar; sofrimento.

Abstract

Malaise medication is a present, effective and growing reality across medical and non medical fields. Once Communication ways, like literature and TV shows, offer products who promise relief and lifestyle improvement, they are acting like self healing manuals, answering to a demand for whichever it may be the suffering in question. Due to the complexity of these phenomena, we will try to set up some of the intersections between drug, medicine and society which take part in the process of malaise medication.

Keywords: medication; discontent; suffering.

Introdução

Vivemos atualmente em uma cultura do mal-estar subjetivo cuja contrapartida foi o surgimento de uma medicina do bem-estar. Esta última atendeu a uma demanda de saúde mental que, há pelo menos 20 anos, se difunde em nossa sociedade (Ehrenberg, 2004; Ehrenberg & Lovell, 2001). Indicando a importância crucial conferida ao mal-estar psíquico na administração da vida, a medicina do bem-estar e a cultura do mal-estar mostram-se complementares. Mas, como definir este mal-estar, este aspecto da vida particularmente cultivado na sociedade ocidental atual? De saída, o mal-estar subjetivo ou mal-estar íntimo deve ser caracterizado como um processo que se apoia ora na linguagem científica, ora na popular, permitindo que cada um exprima um sofrimento psíquico qualquer e formule uma demanda de cuidado a profissionais dos mais variados campos de intervenção, a tal ponto que a noção indefinida de mal-estar tenha se tornado, hoje, um campo privilegiado de preocupação e de ação (Ehrenberg & Lovell, 2001).

Note-se que o que está em jogo é mais do que o tratamento das doenças mentais, pois inclui, entre

outros, a utilização de recursos – provenientes tanto do campo médico quanto de campos extracientíficos – para o melhoramento das performances individuais. Oferecendo meios que prometem eliminar prejuízos, desde a constipação intestinal, a insônia e o estresse até a solidão, as literaturas científica e não científica, os programas de televisão e mesmo as campanhas de publicidade apresentam frequentemente recursos para turbinar as performances individuais. De maneira geral, observa-se a proliferação de apelos para que cuidemos de nossa saúde consumindo um produto para cada mal-estar do qual possamos estar sofrendo. Desse modo, podemos nos referir à cultura atual tanto pela via do bem-estar como ideal quanto pela via do mal-estar como objeto necessariamente identificado, capturado, controlado e, finalmente, multiplicado. Nesse cenário, a medicina não se furtou a assumir a função de voltar-se para a conquista do bem-estar.

A gestação dessa cultura não é tão recente: o bem-estar como meta já podia ser identificado na noção de saúde oficialmente estabelecida pela Constituição adotada pela Conferência Internacional da Saúde assinada em Nova Iorque, em 1946. Nessa ocasião, a saúde foi defini-

da como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, 1964). Ou seja, não basta não estar doente, é preciso desfrutar de um estado de completo bem-estar para ser saudável. Dois anos depois, em 1948, a Organização Mundial da Saúde foi inaugurada (OMS, 2010) e, desde então, o conceito de saúde adotado pela OMS – a partir do qual são traçados todos os planejamentos para a promoção da saúde mundial – diz respeito tanto ao organismo quanto à subjetividade dos humanos, bem como à vida coletiva. Novamente, a definição de saúde versava sobre um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Em 2006, na Constituição da Organização Mundial de Saúde, essa definição permaneceu inalterada (OMS, 2006). Em outras palavras, há 62 anos, o conceito oficial de saúde é o de um estado de bem-estar pleno.

Sabe-se que a definição de saúde se articula necessária e profundamente à definição de normal por oposição ao patológico. Por sua vez, o normal confunde-se com o que é considerado natural. Tanto é que, desde a segunda metade do século XVIII, o processo de conceituação do que seria normal é determinado por estudos que capturariam a naturalidade dos fenômenos da população. A conferência de normalidade colaboraria para fixar as normas e fazer com que desempenhem seu papel operatório (Foucault, 1979/2008). Ou seja, no mundo ocidental moderno é o conhecimento objetivo (quantitativo) da normalidade, derivado da captura da naturalidade dos fenômenos estudados, que define certas normas a partir das quais a população deve experimentar, manipular e intervir em seu corpo e em sua subjetividade para ser considerada saudável.

A normalização do mal-estar e a cultura somática

Para demonstrar como o esforço moderno em determinar quantitativamente o normal recai em explicações qualitativas, Canguilhem (1966/2007) analisou a distância conceitual entre a realidade biológica e os conceitos de normal e de patológico. Para demonstrar que a normalização (ou a moderna decisão normativa) dependeria menos do conhecimento da objetividade do normal do que da exigência de conferência de normalidade, o autor investigou a duplicidade do conceito de norma, como frequência e como valor, para empreender a distinção entre a exigência de normalização e a normatividade.

Vale notar que os verbos normalizar e normatizar são, por vezes, usados, indiferentemente, como sinônimos. Muito embora Houaiss e Villar (2001) admitam a sinonímia, outros lexicógrafos estabelecem diferença semântica entre eles (Borba, 2002; Ferreira, 1999; Mi-

chaelis, 1998). Historicamente, ambos são de introdução relativamente recente na língua portuguesa. Embora normalizar seja mais antigo que normatizar, o termo não é mencionado nos dicionários do século XIX, nos quais consta somente o adjetivo normal e, a partir de 1873, com o dicionário de Domingos Vieira (1871-1874), também o adjetivo normativo, em uma adaptação do francês *normatif*. Já o verbo normalizar só aparece no século XX, a partir do léxico de Simões da Fonseca (1926) até os dias atuais. Por sua vez, normatizar só é encontrado nos dicionários mais recentes, como o Houaiss, o Aurélio séc. XXI, o Michaelis ou o de Francisco Borba. Exceto o Houaiss, que, dentre as acepções de normalizar inclui a de normatizar, os outros léxicos citados estabelecem significados diversos para os dois verbos.

Nos dicionários Aurélio, Michaelis e F. Borba, normalizar quer dizer: (1) tornar normal, fazer voltar à normalidade, regularizar; (2) submeter à norma ou normas, padronizar; (3) retornar à ordem e (4) voltar ao estado normal. Já o verbo normatizar significa estabelecer normas para ou submeter a normas. Vê-se que somente o verbo normatizar tem a acepção explícita de estabelecer normas, regras, regulamentos, rituais etc., ao passo que o verbo normalizar e seus cognatos costumam ser usados somente na acepção tradicional de tornar normal, de voltar à normalidade.

Justamente o tema central desenvolvido por Canguilhem (1966/2007) em sua obra célebre sobre o normal e o patológico é a experiência do vivo articulada em torno de certa relação entre o normal e o anormal. A tese geral do mestre francês se desenvolve através da ideia de que a noção de normalidade, aplicada à experiência do vivo no meio, não pode designar um conteúdo objetivo unilateralmente positivo e nem se oferecer diretamente, como um objeto dado, a uma racionalização científica sob a forma de uma medida, ou seja, de uma determinação quantitativa das condições dessa normalidade alinhada à representação de uma média (Macherey, 2009). Aqui, a norma é concebida como frequência: é normal o que se manifesta na maioria da população, “o normal é, ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma. Ele multiplica a regra, ao mesmo tempo em que a indica. Ele requer, portanto, fora de si, a seu lado e junto a si, tudo o que ainda lhe escapa” (Canguilhem, 1966/2007, p. 201).

Mas, para Canguilhem (1966/2007), é preciso dinamizar do interior a noção de norma até que seja equivalente à ideia de valor e, com isso, fazer a doutrina do normal se transformar em uma doutrina do normativo. Ao invés de se considerar a operação das normas como a aplicação mecânica de um poder pré-constituído que fixa estatisticamente regras, trata-se de entender as normas, em seu movimento concreto, como esquemas vitais em busca das condições de sua realização, ou

seja, como o resultado de um processo normativo. Dito de outro modo, a capacidade normativa, a atividade de produção de normas novas, traduziria o esforço em direção ao restabelecimento da saúde como um movimento natural de criação de novos valores e novas normas de existência sempre que a vida for confrontada aos seus limites. E mais profundamente, não haveria norma ou normas de vida em geral, válidas para todos os indivíduos cujos modos de existência estariam submetidos a um princípio ordenador e de classificação determinado fora deles (Macherey, 2009). Tudo seria questão da situação: em cada situação diferente, haveria normas diferentes e válidas. Por isso, a distinção entre normal e patológico não revela a variedade das existências individuais, mas tão somente se aplica a elas de modo necessariamente indireto e enviesado, em detrimento da história singular de cada sujeito. Eis o sentido da afirmação de que a saúde perfeita não existe, pois o conceito mesmo de saúde não é o de uma existência, mas o de uma norma. Ser saudável, portanto, não é não ter doenças, mas, ao contrário, se dar ao luxo de adoecer sem sucumbir aos efeitos imediatos da patologia (Canguilhem, 1966/2007).

Segundo Canguilhem (1990/2002), a saúde foi um tema filosófico muito frequente no século XVIII e abordado quase sempre por referência à doença: ter saúde é estar isento de doenças. Nesse sentido, saúde não seria um conceito científico, seria um conceito vulgar, ao alcance de todos e fora do campo do saber. Destacando haver saber sobre homeostase, regulações, funções, mecanismos como modos de exercício de uma função orgânica, o mestre francês recusa assimilar a saúde a um efeito necessário de relações de tipo mecânico: não há saúde de um mecanismo. Diversamente, o corpo vivo deveria ser pensado como um existente singular cuja saúde exprimiria a qualidade dos poderes que o constituem, enquanto ele deve viver sob a imposição de tarefas e a exposição a um meio. Ou seja, o corpo humano vivo seria o conjunto dos poderes de um existente que teria a capacidade de avaliar e de se representar esses poderes, seu exercício e seus limites. E sua saúde seria, ao mesmo tempo, um estado (qualidade dos poderes constituintes) e uma ordem (capacidade de superação dos poderes constituintes) experimentados também subjetivamente. Assim, sendo relativa à segurança orgânica inicial do corpo vivo e à sua capacidade de ultrapassar estas condições iniciais sempre que a interação com o meio o exigir, o conceito de saúde, vulgar ou científico, deveria incluir o mal-estar em sua definição (Canguilhem, 1990/2002).

Contudo, como vimos, a formalização da noção de saúde utilizada e reafirmada pela OMS, tanto na Constituição de 1946 quanto na de 2006, legitima um ideal de completo bem-estar físico, mental e social. No

entanto, o privilégio do bem-estar como ideal não se limita às determinações dos órgãos oficiais de saúde e aos conceitos e procedimentos da medicina. Embora a questão da saúde esteja inextricavelmente ligada à problemática do bem-estar na cultura contemporânea, a psiquiatria e a medicina geral representam apenas uma parte de um imenso mercado do equilíbrio interior em que bem-estar, qualidade de vida e acompanhamento são palavras-chave (Ehrenberg & Lovell, 2001). Ou seja, a medicina do bem-estar faz parte de um amplo e complexo contexto cultural onde bem-estar e saúde aparecem estreitamente vinculados na dinâmica estabelecida entre os polos do normal e do patológico.

Por exemplo, na proliferação de categorias diagnósticas das últimas décadas, podemos identificar a ênfase nos quadros que aglutinam sintomas de ansiedade e de depressão (Ehrenberg, 2008). Em 1952, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais publicado pela Associação Americana de Psiquiatria listou 106 categorias de desordens mentais. Já o DSM IV, publicado em 1994, listou 297 desordens mentais. O termo inglês “anxiety” tem sido utilizado no campo médico desde a metade do século XVII, mas foi somente no início do século XIX, em 1813, que a ansiedade foi considerada como uma disfunção da atividade mental, cujos sintomas são palpitações, sudorese, tremores ou abalos, falta de ar ou sensação de sufocamento, asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias, calafrios ou calores etc. (Landeira-Fernandez, Cruz, & Brandão, 2006). Atualmente, se pelo menos quatro desses sintomas se manifestarem intensamente durante pelo menos dez minutos, caracterizando um período de intenso temor ou desconforto, acredita-se estar experimentando um ataque de pânico (American Psychiatric Association, 1994). Esse quadro, classificado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais — hoje em sua quarta versão —, pode sugerir o diagnóstico de transtorno do pânico, caso pelo menos um dos ataques seja seguido por um mês de preocupação com a possibilidade de novos ataques ou com as consequências do ataque ou, ainda, por alterações comportamentais significativas.

Já para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, pelo menos três dos seguintes sintomas devem estar presentes por, no mínimo, seis meses, associados à ansiedade e expectativa apreensiva: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular, perturbações do sono. Participam também do grupo dos transtornos de ansiedade classificados pelo DSM IV a fobia social (a ansiedade relacionada a situações sociais ou de desempenho)

e a fobia específica (a ansiedade diante de situação ou objeto específico). O conjunto dos transtornos de ansiedade contém ainda o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno do estresse pós-traumático, o transtorno de estresse agudo e o transtorno de ansiedade sem outra especificação. Este último diz respeito a alguns quadros sintomáticos que, apesar de não preencherem os critérios dos transtornos de ansiedade classificados e enunciados acima, ainda assim são contemplados pelo manual como categoria diagnóstica. É o caso, por exemplo, do transtorno ansioso-depressivo misto, que reúne sintomas de ansiedade e de depressão que não satisfazem critérios para qualquer outro transtorno de humor ou de ansiedade específicos (APA, 1994).

Por sua vez, o conjunto dos transtornos do humor é composto pelo transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno bipolar I. O transtorno depressivo maior pode ser diagnosticado diante da manifestação de um único episódio depressivo maior e se caracteriza pela reunião de, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas, presentes durante um período mínimo de duas semanas: perda ou ganho de peso, aumento ou diminuição do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva (inadequada), capacidade diminuída de pensar ou indecisão, pensamentos de morte, ideação suicida. Pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou irritável (em crianças e adolescentes) ou perda do interesse ou do prazer. Se, durante um período de dois anos, algum dos sintomas do episódio depressivo estiver presente ininterruptamente por dois meses, pode ser diagnosticado um transtorno distímico.

A classificação dos transtornos de humor conta ainda com o transtorno depressivo sem outra especificação, em que são contemplados os sintomas depressivos que não respondem aos critérios para os outros transtornos do humor. Nesse item, são classificados transtornos como o disfórico pré-menstrual, diagnosticado diante da manifestação de humor deprimido, ansiedade, instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades, durante a maioria dos ciclos menstruais. Já o transtorno depressivo menor é um diagnóstico que se justifica pela presença de menos de cinco dos itens exigidos para o transtorno depressivo maior, por pelo menos duas semanas. Ainda, o transtorno depressivo breve recorrente é diagnosticado em caso de sintomatologia depressiva manifestada durante o período de dois dias a duas semanas, pelo menos uma vez por mês, por 12 meses (APA, 1994).

Esse pequeno recorte das classificações diagnósticas dos transtornos mentais permite observar a proliferação de categorias nas quais o sofrimento psíquico pode ser classificado. Percebe-se facilmente como os sintomas dos transtornos de ansiedade e de depressão reúnem uma variedade de sofrimentos bastante comuns

como, por exemplo, o sentimento de insuficiência e a preocupação excessiva. Ou seja, parece que grande parte do sofrimento durante o prolongamento temporal da vida dificilmente não corresponderia aos critérios psicopatológicos contemporâneos, funcionando como uma peça de um jogo cujas regras são estabelecidas pelos manuais diagnósticos. Dito de outro modo, quase sempre, algum sofrimento subjetivo pode ser interpretado como sintoma de um transtorno mental. E quase todo sintoma, submetido ao fator tempo, pode ser classificado em alguma categoria de transtorno mental. Ou seja, o mal-estar não é normal e não há lugar para ele no ideal de vida experimentado hoje.

É interessante notar que, apesar do sofrimento subjetivo ser o objeto capturado pela cultura do mal-estar, é o corpo que aparece como objeto a ser burilado por importantes ferramentas contemporâneas de administração da vida. Para compreender o papel desempenhado pelo corpo em nossas sociedades, é preciso entendê-lo como um objeto historicamente constituído. Winograd lembra que “não há um corpo, mas vários. São corpos-conceito que talham e retalham corpos-acontecimento, dando-lhes identidade, subjetivando-os” (Winograd, 2006, p. 179). Partindo da formulação foucaultiana segundo a qual, a partir do final do séc. XVIII, o corpo humano tornou-se objeto privilegiado de incidência dos bio-saberes-poderes que o converteram em realidade biopolítica (Foucault, 1976/2007, 1979/2007), a autora explica que a imagem maquínica do corpo, inicialmente vinculada de modo marcante aos discursos médicos, foi posteriormente estendida em um projeto de naturalização do psiquismo em curso desde, pelo menos, os anos 1980 (Winograd, 2006).

De modo semelhante, Freire Costa (2004) chama a atenção para o papel decisivo da ciência e dos avanços das tecnologias médicas na valorização do corpo na formação das identidades contemporâneas através da produção de saberes que destacam certos desempenhos do corpo físico implicados no bem-estar orgânico, emocional e moral. Esses saberes sobre o corpo pretendem fornecer um repertório semântico legítimo para o sofrimento humano, inscrevendo-se no projeto de naturalização do psiquismo e ilustrando a cultura somática atual. Em outras palavras, com a promessa de detectar e, conseqüentemente, extirpar o sofrimento, o conhecimento da materialidade corporal constituiu-se como a principal via de acesso à natureza humana.

As políticas da vida e a medicalização do mal-estar no séc. XXI

Como consequência de o corpo ter se tornado objeto privilegiado de saber no campo da saúde, os indivíduos têm sido progressivamente incitados a se

tornarem consumidores ativos e responsáveis de serviços médicos que vão desde produtos farmacêuticos (dentre os quais os psicofármacos são o foco central deste ensaio) a tecnologias reprodutivas e testes genéticos (Rose, 2007).

Até o início do séc. XX, o campo de referência geral da economia política tinha como objetos básicos os mecanismos de produção, os mecanismos de troca e o consumo no interior de uma estrutura social dada. Por sua vez, no século XX, o objeto da economia neoliberal é mais abrangente, pois passou a envolver a análise da racionalidade interna dos comportamentos humanos (Foucault, 1979/2008, p. 306). Análise da racionalidade interna do comportamento humano, “da programação estratégica da atividade dos indivíduos” (Foucault, 1979/2008, p. 307), e não mais análise da lógica histórica de um processo. Assim, também o trabalhador passou de objeto da análise econômica para sujeito economicamente ativo no interior da análise econômica neoliberal. Ora, esta racionalização da sociedade e da economia promovida pelo neoliberalismo considerou que a sociedade fosse formada por unidades-empresas, nas quais o *homo oeconomicus* do neoliberalismo fosse um empresário de si mesmo. Indivíduo-empresa que, ao condensar em si seu capital, seu produtor e sua fonte de sua renda, deixou de ser um mero consumidor e tornou-se produtor de sua própria satisfação (Foucault, 1979/2008). O salário, por exemplo, não se encontra mais diretamente relacionado ao trabalho, mas sim à competência. Assim, o comportamento passou a ser analisado “em termos de empreendimento individual, de empreendimento de si mesmo com investimentos e renda” (Foucault, 1979/2008, p. 317). De tal modo que as políticas econômicas, sociais, culturais e educacionais dos países desenvolvidos, funcionando nos moldes do neoliberalismo americano, passaram a se orientar pelo incremento do capital humano. Generalização absoluta e ilimitada da forma do mercado que, então, passou a funcionar como princípio de inteligibilidade, de decifração das relações sociais e dos comportamentos individuais, promovendo uma “análise economista do não econômico” (Foucault, 1979/2008, p. 334).

Isso quer dizer que passou a interessar aos economistas todo tipo de investimento capaz de constituir capital humano, ainda que esse investimento não seja monetário, mas afetivo, por exemplo. Além disso, o capital humano também produz um tipo de renda não exclusivamente monetária: a renda psíquica, ou seja, a satisfação subjetiva. Dessa forma, mesmo a relação entre mãe e filho pode ser analisada em termos de investimento, de benefício do capital investido, de benefício econômico e de benefício psicológico. Noutros termos, o objeto da análise econômica neoliberal foi estendido a todo corpo social, inclusive a elementos não diretamente envolvidos em relações monetárias, chegando a

ser identificado por Foucault “a toda conduta finalizada que implique, grosso modo, uma escolha estratégica de meios, de caminhos e de instrumentos: em suma, identificação do objeto da análise econômica a toda conduta racional” (Foucault, 1979/2008, p. 367). Como consequência, o governo passou a ser regulado, não mais pela racionalidade do indivíduo soberano, mas pela racionalidade dos que são governados. Ou seja, a racionalidade dos governados passou a servir de princípio de regulação para a racionalidade do governo. Para Foucault (1979/2008), o que caracterizou a racionalidade liberal é o fato de ela fundar o princípio de racionalização da arte de governar no comportamento racional dos que são governados. Governo aparentemente paradoxal, na medida em que prioriza a autonomia dos governados e os meandros de seu comportamento.

Essas transformações nas racionalidades e tecnologias do governo envolveram uma ênfase crescente na responsabilidade dos indivíduos em administrar seus próprios interesses, preocupações, questões, para assegurar sua própria segurança prudentemente, tendo em vista o futuro. Ênfase na autonomia a caminho da performance. Assim é que as políticas da vida do séc. XXI não se limitam aos polos doença/saúde, nem à eliminação da patologia para proteger o destino da nação. A preocupação recai, principalmente, sobre as capacidades crescentes de controle, administração, reformulação e modulação das capacidades mais vitais dos seres humanos, como criaturas vivas. Por isso, Rose (2007) propõe se tratar de políticas da vida ela mesma (*politics of life itself*), para as quais novas técnicas em biomedicina contribuem ao permitir que poder seja anatomizado ao nível molecular e que a vida seja engenhada (projetada, construída e controlada). Nesse nível, tudo é considerado inteligível e, portanto, potencialmente sujeito a intervenções calculadas segundo os desejos sobre o tipo de pessoa que se quer ser.

O sociólogo Ehrenberg (2005) observa que, nas sociedades ocidentais atuais, também a autonomia se tornou um domínio de ação generalizada, o que quer dizer que a responsabilidade de si ingressou no repertório dos costumes que constituem as condutas. Nos anos de 1970, um movimento de emancipação da lei (percebida como forma de dominação) e a ideia de que cada um é proprietário de sua vida começaram a se impor sociologicamente. O que se passou desde então é que as regras tradicionais de enquadramento dos comportamentos individuais deixaram de ser aceitas em favor do direito de escolher a vida (Ehrenberg, 2008). Nesse contexto, a noção de interdito ou proibição foi assimilada à de repressão social, em reação à qual se deve obedecer somente à norma de autonomia. Mesmo assim, os indivíduos não deixaram de se preocupar com a aprovação do outro: o que se impõe de maneira

enfática do exterior é o imperativo de como é preciso se conduzir. O indivíduo sociologicamente instituído nesse contexto acredita ser seu próprio soberano. Mas isso não o tornou livre de sofrimentos. Supostamente emancipado e livre da dominação disciplinar, ele foi conduzido pelos e se conduz para os dramas nos quais a responsabilização e a ação estão envolvidas. Tarefas como projetar, sentir-se motivado e comunicar-se de maneira satisfatória são frequentemente experimentadas com um sofrimento característico do imperativo de autonomia (Ehrenberg, 2008). Autônomo, o indivíduo atual se encontra intimado a identificar e a corrigir os déficits de sua performance, o que faz das figuras do déficit e do bem-estar – em evidência nesse contexto de transformação normativa – personagens do processo de constituição das subjetividades.

Ehrenberg (2005) percebe como a linguagem psicológica se sobrepõe às linguagens política e social na abordagem dos problemas cotidianos, culminando em uma generalização da subjetividade. Noutros termos, a subjetividade se tornou uma questão do coletivo, situação que promoveu a proliferação das formas de governo do mal-estar. Os produtos de autoajuda, por exemplo, sintetizam as demandas de autonomia e de performance em uma modalidade de consumo que caracteriza diversos segmentos: de categoria literária aos programas de televisão que orientam os cuidados de si. Vê-se facilmente como, nesta sociedade da autonomia generalizada, além de indicar que ser normal é ser bem-sucedido na vida, a norma da autonomia também impele a corrigir os déficits relacionados à perda da autonomia (espontaneidade, confiança e coragem). Assim, o mal-estar subjetivo banal e ordinário, presente em toda parte, tornou-se objeto de intervenções provenientes de horizontes institucionais os mais diversificados: religião, ciências, televisão, decisões de justiça, organizações humanitárias, revistas de saúde etc. Mais profundamente, o cuidado de si adquiriu a forma da regulação do sofrimento psíquico correlata da demanda de saúde mental que, supostamente, garantiria o melhoramento das performances individuais. Associadas à norma de autonomia apoiadas no conhecimento da materialidade corporal e integrando o projeto de naturalização do psiquismo, vários discursos científicos prometeram oferecer meios de aperfeiçoar a existência e corrigir suas insuficiências, tarefas que culminaram na medicalização da existência e na medicamentação do mal-estar psíquico (Ehrenberg, 2008).

Wannmacher (2007) definiu a medicalização como a expectativa da medicina de que existam medicamentos para aspectos da vida não reconhecidos como doenças, tais como: envelhecimento, tristeza, solidão, insônia. Já a medicamentação se refere a um fenômeno cultural amplo que diz respeito às interseções entre droga, me-

dicina e sociedade e inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento. Mbongue (2005) propôs o termo medicamentation para descrever o uso de produtos medicinais para tratar problemas que foram medicalizados, ou seja, trata-se do uso de drogas para problemas que anteriormente não requeriam sua utilização. De modo que o termo medicamentation diz respeito ao uso de medicamentos ao nível social, não necessariamente médico, como, por exemplo, o doping esportivo ou o uso de drogas para alívio ou melhoramento de estilo ou condição de vida. Esse nível social do uso de medicamentos parece ser induzido menos pela ocorrência de doenças e mais pelo apelo da indústria farmacêutica. Podemos perceber que a medicamentação diz respeito a um fenômeno amplo que inclui a expansão do processo de medicalização para campos extracientíficos.

Já nos anos 1980, Canguilhem (1980/1993) chamava a atenção para o fato de que os conhecimentos produzidos sobre o cérebro tenham se transformado em técnicas de intervenção e deixado de ser puramente teóricos. Após analisar a história das ideias na qual cérebro e pensamento tornaram-se estreitamente vinculados, o historiador das ciências sublinha o fato de que nenhum neurologista conseguiu explicar como um sujeito advém em um cérebro. É que a questão é mais de produção de sentidos (significação) do que de neurônios e não se pode condensar o sujeito em um de seus órgãos. Para Canguilhem (1980/1993), o entendimento do pensamento como não mais do que uma secreção cerebral é uma questão ética e política que não deve ser negligenciada. Trata-se de resistir, intelectual e existencialmente, a este reducionismo fisicalista (teórico e prático) que é tão somente expressão de um projeto de naturalização do pensamento com vistas à produção de corpos e mentes dóceis.

Não por acaso, durante o séc. XX, neurobiologia e psicologia aproximaram seus interesses, inaugurando uma série de disciplinas híbridas inscritas no campo das neurociências. Esse campo seria composto, segundo Ehrenberg (2004), por dois programas gerais, um programa fraco e um programa forte. O programa fraco teria como objetivo avançar na investigação e no tratamento das doenças neurológicas através da produção de conhecimentos sobre os aspectos neuropatológicos das doenças mentais. O programa forte, por sua vez, visaria identificar, filosoficamente falando, conhecimento do cérebro e conhecimento de si e, no plano clínico, pretenderia fundir neurologia e psiquiatria. Nota-se que, ao fundir neurologia e psiquiatria, o programa forte vai muito além da investigação das doenças mentais do ponto de vista neuropatológico: ele indica ser o cérebro o verdadeiro sujeito das experiências. A intenção de igualar o conhecimento do cérebro ao conhecimento de si revela que, mais do que procurar algum substrato

neuroológico das doenças mentais, trata-se de reduzir a própria experiência subjetiva ao aspecto objetivo do funcionamento cerebral. Basta perceber a utilização corrente de expressões como “biologia do espírito”, “neurobiologia da personalidade”, “biologia do indivíduo”. O dispositivo teórico-metodológico é relativamente simples: a partir de observações e experiências a respeito de determinado recorte da realidade, parte-se para a construção de uma explicação da realidade como um todo (Ehrenberg, 2004).

Dito de outro modo, a partir de interpretações das relações observadas entre o funcionamento psíquico e o funcionamento cerebral, o programa forte em neurociências reduz o primeiro ao segundo. Daí decorre logicamente que, se um distúrbio psíquico corresponde a uma disfunção bioquímica, incidir sobre a química cerebral seria o melhor remédio para o sofrimento psíquico. Supostamente, sanar a dor mental passou a ser possível, e a realização dessa tarefa tornou-se rapidamente função dos psicofármacos. Esperança que só pode ser formulada a partir da ideia de que a verdadeira e, finalmente, única causa do sofrimento psíquico é a disfunção neuroquímica — como visto acima, eis a ideia central do projeto de naturalização do psiquismo.

O prestígio de tais drogas é visível em diversas especialidades médicas cujos profissionais prescrevem-nas sem titubear e é traço marcante de uma psiquiatria fortemente biologizada e biologizante, a tal ponto que, principalmente a partir da década de 70, a “psicofarmacologia se transformou no referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica” (Birman, 1999, pp. 180-182).

Conclusão

Com a expansão do domínio da psiquiatria contemporânea (que passou a abordar diversos aspectos do sofrimento subjetivo para além das doenças mentais) e com o consequente alargamento do conceito de patológico, a intimidade ingressou na vida pública pelas mãos dos meios de comunicação, revelando o impacto social da indústria farmacológica (Ehrenberg, 2008). Nesse contexto, sofrimento psíquico e doença mental estabeleceram uma relação paradoxal: o sofrimento psíquico não carrega o estigma de doença mental, mas também não pode ser considerado apenas como fraqueza moral, sendo-lhe atribuído o caráter de desordem mental ou déficit a ser corrigido (Ehrenberg, 2005, 2008).

Ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos psicotrópicos contribuiu para as questões do conforto e do sofrimento psíquico ao engendrar o alargamento da noção de droga também para o campo do consumo. Esse movimento estreitou os laços entre o uso de drogas lícitas e o uso de drogas ilícitas, ambos voltados para o melhoramento das performances individuais através

do doping, o estilo de uso da droga predominante nas sociedades da autonomia generalizada. Graças à mágica desempenhada pelos psicofármacos, as individualidades suportam cada vez menos sofrimento psíquico e recorrem à medicamentação em uma escala sem precedentes. Dito de outro modo, interferir no funcionamento cerebral tornou-se uma ação possível e almejada como promessa de contenção de desordens psíquicas que, segundo a lógica do programa forte das neurociências, equivalem à desordem orgânica. Eis o que garante o sucesso popular das neurociências: elas oferecem uma resposta naturalista para os problemas formulados pelo nosso ideal de autonomia individual generalizada, eximindo-nos de toda e qualquer responsabilidade pelas nossas dificuldades e fracassos.

Em resumo, o projeto de naturalização do psiquismo atende a uma demanda de normalização da subjetividade humana e permite, ou pelo menos promete, uma possibilidade de controle de aspectos cada vez mais elementares da vida, como, por exemplo, o mal-estar subjetivo. O processo de medicamentação do mal-estar psíquico tornou-se peça fundamental de um mecanismo de poder sobre a vida próprio do contemporâneo, em que os valores de autonomia e eficácia prevalecem na constituição das subjetividades. Nesse contexto, os saberes e as práticas no campo da saúde mental têm sido um dispositivo essencial para o exercício do poder que se caracteriza pela engenharia da própria vida em níveis tão cotidianos e banais quanto elementares.

Parece que Canguilhem (1980/1993) estava certo: a questão de saber como pensamos e sentimos já deixou manifestamente de ser puramente teórica, pois um número cada vez maior de poderes está interessado não apenas em nossa capacidade de sentir e pensar, mas, mais profundamente, em nosso sofrimento. Normas têm sido estabelecidas e, aos que não se enquadram, a medicação é o remédio. Ora, como o historiador da ciência soube ver, a vida (orgânica e psíquica) inclui valores negativos: ela só se faz conhecer através dos seus limites, de sua incompletude constitutiva. O sofrimento, a doença e a morte não são acidentes exteriores que é preciso erradicar. São formas consubstanciais ao próprio processo de cada vida e de sua história singular. De tal modo que, também no campo da saúde mental, a distinção entre o normal e o patológico, imposta por certos comportamentos individuais discordantes, só vale relativamente às histórias dos sujeitos individuais considerados em sua singularidade essencial.

Referências

- American Psychiatric Association – APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Birman, J. (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Borba, F. S. (2002). *Dicionário de usos do português do Brasil*. São Paulo: Ática.
- Canguilhem, G. (1993). Le cerveau et la pensée. In G. Canguilhem, *Philosophe, historien des sciences* (pp. 11-36). Paris: Albin Michel. (Original publicado em 1980)
- Canguilhem, G. (2002). La santé: concept vulgaire et question philosophique. In G. Canguilhem, *Écrits sur la médecine* (pp. 49-68). Paris: Seuil. (Original publicado em 1990)
- Canguilhem, G. (2007). *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense Universitária. (Original publicado em 1966)
- Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Ehrenberg, A. (2004). O sujeito cerebral. *Esprit*, 309, 130-155.
- Ehrenberg, A. (2005). *L'Individu Incertain*. Paris: Hachette.
- Ehrenberg, A. (2008). *La fatigue d'être soi*. Paris: Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. & Lovell, A. (2001). *La Maladie mentale en mutation*. Paris: Odile Jacob.
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo dicionário da língua portuguesa* (3ªed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fonseca, S. (1926). *Novo diccionario encyclopedico illustrado da lingua portugueza*. Rio de Janeiro: Garnier.
- Foucault, M. (2007). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. São Paulo: Graal. (Original publicado em 1976)
- Foucault, M. (2007). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. (Original publicado em 1979)
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1979)
- Houaiss, A. & Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Landeira-Fernandez, J., Cruz, A. P. M., & Brandão, M. L. (2006). Padrões de respostas defensivas de congelamento associados a diferentes transtornos de ansiedade. *Psicologia USP*, 17(4), 175-192.
- Macherey, P. (2009). *De Canguilhem à Foucault: la force des normes*. Paris: La Fabrique.
- Mbongue, M. (2005). "Medicamentation" of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 61, 309-313.
- Michaelis, L. (1998). *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself*. Princeton: Princeton University Press.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (1964). *Constitution of the World Health Organization*. Acesso em 23 de abril, 2010, em http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Acesso em 23 de abril, 2010, em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2010). *History of WHO*. Acesso em 23 de abril, 2010, em <http://www.who.int/about/history/en/index.html>
- Vieira, D. (1871 – 1874). *Grande dicionário português ou Tesouro da língua portuguesa*. Porto: Ernesto Chardron e Bartholomeu H. de Moraes.
- Wannmacher, L. (2007). A ética do medicamento: múltiplos cenários. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*, 4(8), 1-6.
- Winograd, M. (2006). Psicanálise, ciência cognitiva e neurociência: notas para uma interlocução sobre o corpo pensante. *Psyche*, 19, 179-195.

Recebido em: 01/05/2010

Revisão em: 26/10/2010

Aceite em: 15/01/2011

Barbara Paraíso Garcia Duarte da Rosa é Psicóloga clínica, Mestre em Psicologia Clínica e Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Email: barbaradrosa@gmail.com

Monah Winograd é Psicanalista, professora Assistente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. Endereço: Rua Marquês de São Vicente 225. Edifício Cardeal Leme, sala 201. Gávea. Rio de Janeiro/RJ, Brasil. CEP 22453-900. Email: winograd@uol.com.br

Como citar:

Rosa, B. P. G. D. & Winograd, M. (2011). Palavras e pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 37-44.