

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Medicalização da Vida como Cuidado de Si:
Pondera 20mg/10mg- Repasso 10 cx, por um ótimo preço!

Erliane Miranda da Rocha Ferreira

Recife-PE,
Fevereiro de 2009.

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Medicalização da Vida como Cuidado de Si:
Pondera 20mg/10mg- Repasso 10 cx, por um ótimo preço!

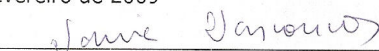
Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do
Título de Mestre em Sociologia

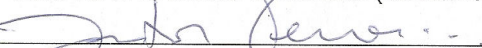
Autora: Erliane Miranda da Rocha Ferreira
Orientador: Prof. Dr. Jonatas Ferreira
Co-Orientadora: Prof^a. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte

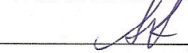
Recife-PE,
Fevereiro de 2009.

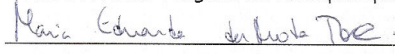
Ata da Sessão de Arguição de Dissertação de **ERLIANE MIRANDA DA ROCHA FERREIRA** do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

Aos vinte dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e nove, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da Comissão designada para o **Exame de Dissertação de ERLIANE MIRANDA DA ROCHA FERREIRA**, intitulada: **MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COMO CUIDADO DE SI: PONDERA 20mg/10mg – Repasso 10 cx. Por um ótimo preço!**. A Comissão foi composta pelos Professores: **Prof. Dr. Jonatas Ferreira (Presidente/Orientador)**; **Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte-Titular Interna (PPGS/UFPE)**; **Profa. Dra. Maria Eduarda da Mota Rocha-Titular Interna (PPGS/UFPE)** e **Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi- Titular Externo (UFPB)**. Dando início aos trabalhos o **Prof. Dr. Jonatas Ferreira**, explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida passou à palavra a autora da Dissertação, para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa da candidata. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em secreto deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornar o **Prof. Dr. Jonatas Ferreira**, presidente da mesa e orientador da candidata solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão **aprovando a Dissertação por unanimidade**. E, nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada por mim, secretária do Programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pela candidata. Recife, 20 de fevereiro de 2009


Vânia Maria de Oliveira Vasconcelos (Secretária)


Prof. Dr. Jonatas Ferreira

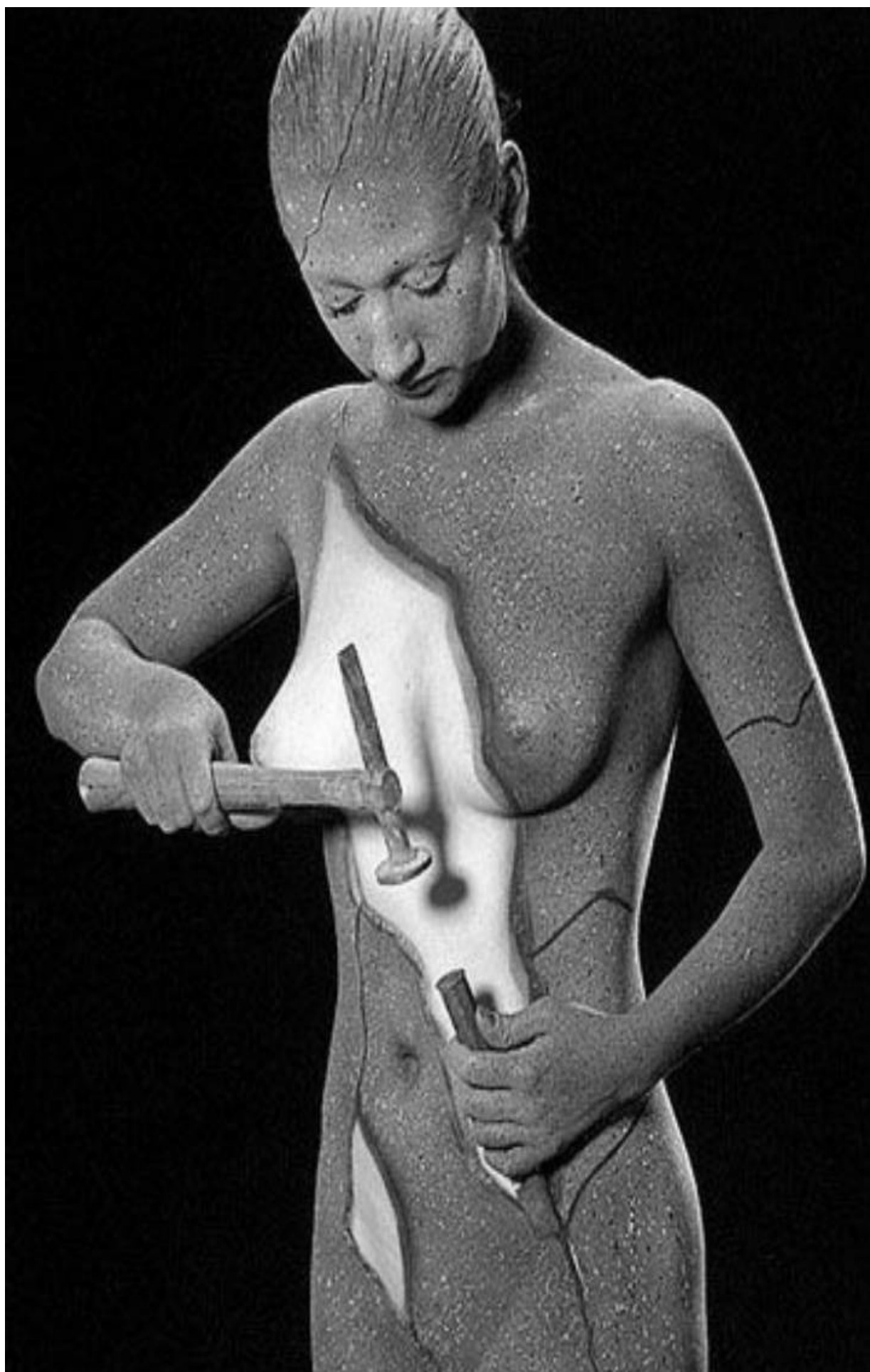

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi


Profa. Dra. Maria Eduarda da Mota Rocha


Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte


Eriane Miranda da Rocha Ferreira

Para minha família, meus amigos e meus mestres,
“com carinho”.



Agradecimentos

Agradeço a CAPES, pelo financiamento da bolsa de estudos que me possibilitou dedicação exclusiva à formação de mestre em sociologia e a esta pesquisa; a tod@s @s colegas e informantes que sentiram, vivenciaram, acompanharam, compartilharam, criticaram e instigaram meu interesse sobre o cuidado de nós mesmos; obrigada Jorge Barbosa, Alexandro Silva de Jesus e Marina Ferreira.

Obrigada Professores Remo Mutzemberg, José Carlos Wanderley e Professoras Cilene Alves e Maria Lúcia Simas, pelo conhecimento compartilhado e orientado durante o curso de Mestrado em Sociologia.

Meus agradecimentos especiais à Claudinete por todo carinho e atenção; a Professora Maria Eduarda Rocha e ao Professor Artur Perrusi pelo “hélío” de antes para sempre e a Maria Ester Oliveira, Marina Félix de Melo e Wilne Fantini pela correspondência e elo. Obrigada Professora Cynthia Hamlin pelo aporte teórico no curso de Mestrado e pelo apoio determinante nos 45 minutos do segundo tempo deste trabalho. Obrigada Professora Eliane da Fonte pelo ensino e co-orientação.

Obrigada meu mestre Professor Jonatas Ferreira pela orientação, estímulo e desafio já de algum tempo, pela confiança e respeito investidos na minha formação.

Obrigada a minha irmã Elciani e ao meu irmão Geyson pela retaguarda, ao meu pai Guaracy pelo exemplo de persistência e a minha mãe Élcie por todos os “despertares”.

*Cuide-se bem,
perigos há por toda parte,
e é bem delicado viver,
de uma forma ou de outra,
é uma arte, como tudo.*
*Cuide-se bem,
tem mil surpresas à espreita
em cada esquina mal-iluminada,
em cada rua estreita,
em cada rua estreita do mundo.*
*Pra nunca perder esse riso largo,
e essa simpatia estampada no rosto.*
*Cuide-se bem,
eu quero te ver com saúde,
e sempre de bom humor
e de boa vontade,
e de boa vontade com tudo.*
(Arantes, 1976).

Resumo

Essa dissertação tem como objeto o consumo contemporâneo de psicofármacos dos tipos ansiolítico e antidepressivo. A abordagem focaliza três temas para pensar esse objeto: i) o cuidado de si; ii) a medicalização da vida; iii) a cultura do consumo. Orientada em suas linhas gerais pelos estudos da sociologia da técnica, da saúde e da modernidade, a noção de cuidado de si de Michel Foucault é tomada como o eixo a partir do qual se busca entender o controle paulatino dos estados psicoafetivos humanos a fim de se compreender o significado contemporâneo do consumo de psicofármacos. Neste sentido, o objetivo geral dessa pesquisa foi investigar em que medida o consumo de psicofármacos corresponderia a uma forma de cuidado de si ou meramente um meio para a “docilização dos corpos”. O resultado obtido com a investigação empírica foi de que, embora o consumo de psicofármacos contenha elementos que remetem ao cuidado de si, especialmente no que diz respeito à inquietação que produz a reflexividade, algo se perdeu no processo de modernização. Diferentemente do cuidado de si, que depende da aprendizagem pelo erro e pela dor para a construção de uma subjetividade calcada na reflexão e na possibilidade da transformação de si, a reflexividade associada ao consumo de psicofármacos é contingente e localizada, impondo limites à reflexão e, portanto, ao autogoverno.

Palavras chaves: Subjetividade; Cuidado de si; Psicofármacos; Reflexividade; Cuidar-se.

Abstract

The subject-matter of this dissertation is the contemporary consumption of psychopharmacs such as anxiolytics and anti-depressants. We deal with the subject based on three different themes: i) the care of the self; ii) the medicalization of life; iii) the culture of consumption. We try to understand the meaning of contemporary consumption of psychopharmacs by analyzing the historical increase in the control of human psychoaffetive states. This is done via Foucault's notion of the care of the self, as well as based on studies on the sociology of technics, of health and of modernity. Thus, the general aim of this research was to investigate to what extent the consumption of psychopharmacs refers to the care of the self or, alternatively, it is merely a means to the docilization of bodies. We conclude that although the consumption of psychopharmacs contains elements which can be related to the care of the self, particularly the restlessness that produces reflexivity, something has been lost in the modernization of societies. Whereas the care of the self generates a type of subjectivity based on learning through error and pain, i.e., based on a type of reflexivity that makes self transformation possible, the reflexivity associated with the consumption of psychopharmacs is contingent and localized. This puts limits to reflexivity and thus to the self-government of subjects.

Key Words: Subjectivity; Care of the Self; Psychopharmacs; Reflexivity; Self Care.

Sumário

Agradecimentos	6
Epígrafe	7
Resumo	8
Sumário	9
Capítulo 1. Introdução	10
Capítulo 2. Aspectos metodológicos	18
2.1. Métodos e técnicas	18
2.2. Metodologia	18
2.2.1. Das entrevistas	20
2.2.2. Do tratamento dos dados	21
• Caracterização dos informantes	23
Capítulo 3. O Cuidado consigo: Do Cuidado de Si ao Cuidar-se	25
3.1. O cuidado de si em Foucault: corpo e subjetividade	26
3.2. Dos movimentos do cuidado de si	34
3.2.1. Só Deus salva (!)	35
3.3. Um solo para a modernidade	36
3.3.1. Do eu religioso ao eu racional: o hiato do <i>corpus</i>	37
3.4. Subjetividade e modernidade	40
3.4.1. Reflexividade: uma reedição do cuidado de si (?)	45
Capítulo 4. A medicalização dos estados psicoafetivos	51
4.1. O psicofármaco no cenário contemporâneo	55
4.2. Psicofármacos: medicalização da doença ou doença da medicalização (?)	57
4.3. Sujeito-consumidor e psicofármaco: eu me potencializo, tu te idealizas, ele é feliz, nós consumimos, vós vos adaptaís, eles “cuidam-se” (...)	59
4.4. Percepções destiladas do cuidar-se: o campo do cuidado consigo	63
4.4.1. Uma era proteofóbica – o campo da medicalização	74
Capítulo 5. A Cultura de Consumo e o Medicamento-Mercadoria: “A gente é química!”	84
5.1. O trajeto do consumo como cultura	84
5.2. Da cultura de consumo moderna à sociedade do “hiperconsumo” - tempos de alta modernidade	86
5.2.1. Narciso	88
5.2.2. Dionísio	89
5.2.3. Super-Homem	90
5.3. A medicalização consumida como mercadoria de uma cultura	91
5.3.1. O ambiente do consumo psicofarmacológico e a Terceira cultura	95
5.4. Os imponderáveis da vida real: o campo do consumo	99
Capítulo 6. Conclusão	105
Referências	107
Anexos	112

Capítulo 1. Introdução

A noção de subjetividade se firmou com a modernidade embora a elaboração de formas de subjetivação, caracterizadas pela busca do sujeito de um acesso à verdade (Foucault, 2004b), já estivesse presente na prática constitutiva do cuidado de si do pensamento grego antigo. Com o advento do Iluminismo o ser humano tornou-se sujeito de si, assumindo-se como responsável por seus atos, por sua vida e por seu destino. A partir das grandes transformações culturais e filosóficas que se instauraram na Europa a partir do século XVIII, no bojo do qual uma revolução científica foi gestada, deu-se início a uma mudança epistemológica em que este sujeito se colocou como ser livre no mundo. Para Weber, por exemplo, esse sujeito construiu os alicerces de uma vida nova orientada pela razão e, por isso, uma das principais marcas da sua constituição é a consciência da responsabilidade de si sobre sua vida moral. Essa consciência pode ser representada pelo *ethos* protestante, não mais voltado para a fuga do mundo terreno, mas para uma ética intramundana, racionalizadora, calculadora. Assim como o sujeito weberiano, o sujeito contemporâneo sabe que a administração da sua vida para ser eficiente precisa subordinar sua própria identidade às normas disciplinadoras impessoais e objetivas, não apenas na vida pública, mas também na vida privada, cotidiana, e teme a falta de controle sobre essa administração. Podemos dizer, então, que paralelamente à idéia de liberdade como um valor fundamental da existência do indivíduo, cresceu a idéia ascética da vigília de si, de autocontrole, de autodisciplina. O sujeito moderno tornou-se responsável por si. (Foucault, 2004b; 2007c; Birman, 2007a).

Nesse âmbito de responsabilidade, o cuidado corporal se sobressaiu como uma dimensão fundamental na administração da vida. O indivíduo constatou que sua funcionalidade dependia do desempenho do seu corpo; que era preciso adaptá-lo não apenas às rotinas burocrático-administrativas, nas quais se centrou Weber, mas também

às demandas técnico-industriais, de um modo mais amplo. Em tempos de “fábrica”, o corpo tornou-se uma extensão das máquinas, tanto dinâmica como esteticamente. Foi preciso higienizar o corpo para que mazelas não interferissem em sua dinâmica, bem como torná-lo apto à plástica técnica. Medidas e condicionamento figuraram “moedas de troca” para a adaptação necessária e assim, desde o século XIX, o cuidado consigo passou para o âmbito do interesse político no qual se instauraram regimes de cuidados padronizados voltados, sobretudo, para a produção de corpos dóceis, disciplinados, úteis e controláveis. Nesse contexto, o panóptico, atuante tanto como um dispositivo de controle objetivo como um controle que se subjetiva, equivaleu a um modelo correspondente às expectativas de uma economia capitalista industrial e demandou, concomitantemente, uma radicalização dos cuidados com o corpo em benefício da otimização de seu desempenho, ou seja, de sua performance (Foucault, 2007c; Ehrenberg, 1995), em benefício de uma economia da produção então vigente. O discurso médico se casou com vários propósitos sócio-políticos, em muitos momentos a “medicalização da vida” - processo de apropriação da medicina como dispositivo político para regulação, reparo e manutenção dos seres humanos (Illich, 1976), foi admitida como um meio para a medicalização do social e imposta, tanto à percepção individual como coletiva (Luz, 1998), e isso corroborava com o modelo panóptico.

Esse processo de cunho higienista também demandou uma observação mais afincada sobre os comportamentos humanos e, conseqüentemente, uma tolerância menor sobre qualquer manifestação que reverberava, por exemplo, na subtração do sujeito da lógica produtivista moderna, como no caso de acometimento da loucura. A este respeito, localizamos, de uma perspectiva epistemológica, dois conceitos que, em dado primeiro momento, dialogaram com a loucura, mas, posterior e paulatinamente foram destituindo-a da condição de elemento chave em um referencial para a formação

do *corpus* capaz de garantir a observação, o diagnóstico e o cuidado necessários para o funcionamento pleno dos indivíduos: psicose e neurose.

O termo psicose foi empregado pela primeira vez em 1845 pelo psicólogo austríaco Ernst von Feuchtersleben, para designar o comprometimento psicopatológico de “toda a personalidade”, originado de alterações “tanto de processos físicos quanto de processos psíquicos”, que sustentou e norteou a noção de insanidade até a metade do século XIX (Tonelli, 2001). Em 1892, o neurofisiologista Paul Julius Möbius imputou ao conceito de psicose uma alteração importante quando o dividiu em duas ordens, “orgânica” ou “exógena” – derivada de fatores exteriores ao organismo e “funcional ou “endógena” – hereditária, ou seja, parte de uma predisposição inata do indivíduo; esta alteração seguiu-se várias outras, até chegar à proposta de substituir os termos exógeno e endógeno por “psicoses de fundamento corporal conhecido e desconhecido”, ancorada na compreensão de que “todas as psicoses eram orgânicas” (Schneider) e de que todas as doenças mentais “possu[iam] um substrato neurofisiológico de base” (Almeida; Miguel Filho *apud* Almeida, OP; Laranjeira, RR; Dratcu, L, 1996: p. 148).

Já o termo neurose, apesar de ter sua origem no grego (*neuron* (nervo) e *osis* (condição doente ou anormal), foi fortemente assimilado pela cultura ocidental sob as égides de duas áreas de conhecimento mais recentes: i) da psiquiatria - herdada do que foi elaborado pelo médico escocês William Cullen, no século XVIII, para indicar “afecções (nervosas)” (Lopes, 2001: p. 29); ii) da psicanálise, concebida por Sigmund Freud e que, em termos gerais, compreende a neurose como “transtornos sem substratos anatômico detectável e cuja sintomatologia está ligada ao conflito intrapsíquico entre idéias fantásmicas inconscientes, associadas ao complexo de Édipo^[1] e às defesas que

¹ “O termo “complexo de Édipo” designa a rede de desejos e de movimentos hostis cujos objetos são o pai e a mãe, e de defesas que se lhes opõem. Ele é, segundo Freud, o “complexo nuclear das neuroses”;

elas suscitam” (Drossart *apud* Mijolla, 2005: p. 1243).

A passagem da compreensão da loucura como sinônimo “geral” de uma patologia que alienava o sujeito, desconsiderando, muitas vezes o seu estado de sofrimento mental, emocional, psicoafetivo, enfim, subjetivo, para a adoção dos conceitos de psicose e neurose, ilustram bem as atualizações ocorridas durante os processos de mudanças sobre as abordagens etiológicas das doenças mentais e que incitou, por exemplo, o esforço entre as comunidades médica e científica em procurar uma unidade sobre as patologias e, conseqüentemente, sobre os diagnósticos, fazendo usos instrumentalizados desses conceitos, para nortear manuais especializados para a lida com a dimensão subjetiva dos seres humanos².

Hoje, dois Manuais de Psiquiatria guiam o profissional de saúde mental – e demais profissionais - como argumentaremos especialmente no quarto capítulo desse trabalho, “A medicalização dos estados psicoafetivos”, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, em sua quarta versão (DSM IV) e o de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua décima versão (CID-10). No DSM IV, a neurose recebe a definição de “Transtornos Ansiosos que correspondem aos “estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica desempenha papel fundamental”” e elenca os transtornos de: ansiedade generalizada, pânico ou ansiedade episódica paroxística, fóbico-ansiosos (fobias específicas ou isoladas, agorafobia, fobias sociais), obsessivo-

trata-se, além disso, da estrutura central do funcionamento psíquico humano” (Roger Perron *apud* Mijolla, 2005: p. 371).

² O primeiro ensaio para uma classificação sistemática das doenças, o *Synopsis nosologiae methodicae* (Sinopse de métodos nosológicos), que constituiu um auxílio para os estudos estatísticos de morbidade que se realizavam no século XVIII (Silva; Leite, 2010, p.4), data de 1785. Este ensaio, posteriormente, serviu de base para a composição da *International Classification of Disease* (Classificação Internacional de Doenças) que foi publicado em 1898 para servir de parâmetro internacional com fins de gestão, uso clínico e controle epidemiológico com apoio da OMS (Silva; Leite, 2010: p.4).

compulsivo e misto ansioso e depressivo (Gentil; Lotufo Neto *apud* Almeida *et al.*, 1996: p. 361). Diferentemente, no manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na décima versão (CID-10), “o termo “neurótico” ainda é mantido para uso ocasional”, apesar de os transtornos estarem “agora arrançados em grupos de acordo com os principais temas comuns e semelhanças descritivas” (CID-10, (1993) [2008]: p. 3), para representar uma “miscelânea de transtornos não orgânicos, não psicóticos, que incluem “reações a grave estresse”, “transtornos de ajustamento, dissociativos (ou conversivos), somatoformes (somatização, hipocondria, etc) e outros transtornos neuróticos (neurastenia, despersonalização, desrealização, entre outros) (Gentil; Lotufo Neto *apud* Almeida *et al.*, 1996: p.361). Ainda na sociedade moderna, os humores passaram a significar valores tão essenciais quanto os elementos físicos – como peso elevado e envelhecimento já significavam e, nessa medida, emergiu a necessidade de dar conta do comportamento, da subjetividade humana (Lasch, 1983; Lipovetsky, 2007; Lefèvre, 1991).

No século XX surgiu a categoria psicofarmacológica de medicamentos – inicialmente proposta para tratamento de doenças mentais, que logo foi apropriada para uma “abordagem biológica da vida numa escala ampliada” - ora, uma “medicalização da existência” (Pelbart, 2007: 4). Em meio à satisfação com a inauguração da possibilidade de um cuidado pontual e imediato sobre si, os psicofármacos hoje polarizam opiniões, sobretudo, nas áreas das ciências da saúde e das ciências humanas, enquanto seu consumo cresce exponencialmente. Mas, afinal, o que os psicofármacos dos tipos ansiolítico e antidepressivo significam hoje para seus consumidores – uma terapia medicamentosa em benefício da saúde ou um instrumento de potencialização do estado psicoafetivo desejado?

A relevância do tema desta pesquisa pode ser ilustrada pela constatação do Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências (IPPAD), de que a cidade do Recife-PE, localizada no Brasil, é a capital com a maior percentagem de uso de ansiolíticos entre as 27 capitais deste país, com uma prevalência de 6,8%, em contrapartida à cidade de Belém - com a menor prevalência de 1,9%³. Outra ilustração relevante pode ser a notícia veiculada, no ano de 2005 pelo Portal de saúde do Governo Federal, que no primeiro mês de funcionamento das Farmácias Populares de Pernambuco, foi o ansiolítico Diazepan[®] 10mg o medicamento mais vendido em Olinda-PE⁴. Esse contexto, entretanto, não é particular à Região Metropolitana do Recife e segue uma perspectiva muito mais ampla, já que em 2006 o site *Doctor life* noticiou que um verdadeiro ‘salto’ na venda de genéricos no Brasil, deu um salto de 22%, com o auxílio do lançamento do Fluoxetine[®], medicamento antidepressivo análogo ao Prozac[®] (recordista de todos os tempos de venda na categoria psicofarmacológica de medicamentos)⁵. Diante desse contexto, como compreender se o sujeito-consumidor desse tipo de medicamento está exercendo um cuidado consigo por meio da busca de um equilíbrio de si ou se está almejando, simplesmente, uma otimização do seu bem estar da produção de um sujeito que ele não é, mas que deseja ser? Essa pesquisa foi realizada com o objetivo principal de investigar o consumo

³ Resultado do V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas referentes ao ano de 2004, com dados oriundos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

Disponível em: <http://www.ippad.com.br/ippad/site/principal/material.asp?var_chavereg=100>

Acesso: 16 ago. 2007.

⁴ Disponível em:

<http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/farmacia_popular_arquivos/conteudo/noticias/20050427_02.htm>

Acesso: 05 jul. 2006.

⁵ Disponível em:

<<http://www.doctorlife.com.br/artigo.asp?IdArtigo=34>>

Acesso: 20 set. 2006.

contemporâneo de psicofármacos e verificar se esse consumo ainda corresponde, em alguma medida, à noção clássica do cuidado de si, e segue assim estruturada:

No primeiro capítulo apresentamos o nosso problema sociológico, nosso objeto de pesquisa e introduzimos o leitor no universo do tema pesquisado; No segundo capítulo apresentamos e justificamos os métodos e técnicas utilizados, situamos o leitor sobre os procedimentos éticos adotados nesta pesquisa e abordamos a metodologia adotada; No terceiro capítulo priorizamos por uma caracterização teórica da noção do cuidado de si no pensamento foucaultiano como contraluz sob os ideais gregos de autoformação, calcados numa “arte da existência” e na construção de uma subjetividade que se baseava na busca prática da verdade, caracterizados por uma visão integrada de si. Na sequência, abordamos de forma ampla a trajetória do sujeito ocidental e constatamos que esta visão integrada foi se fragmentando a partir de dois rompimentos: entre a filosofia e a teologia, por um lado e entre a espiritualidade e a filosofia, por outro. Esta última, em particular, fez com que o sujeito deixasse de se perceber como um ser dotado de uma dimensão integrada. Notamos que a concepção de um sujeito constituído por partes foi fortalecida com o advento do cartesianismo que estabeleceu firmemente o dualismo, entre o corpo e a alma, que promoveu na modernidade a compreensão do corpo como um bem natural do sujeito. À medida que a verdade passou a ser exclusivamente identificada à razão, emergiu um projeto de *self* - que discutimos amparados na noção contemporânea de reflexividade giddensiniana. Neste capítulo, primamos por uma leitura dos principais fenômenos que contribuíram para a transformação do cuidado consigo, da Idade Antiga até a contemporaneidade; No quarto capítulo procuramos identificar os significados que os psicofármacos assumem na vida contemporânea. A partir de uma breve revisão da origem do medicamento, abordamos o psicofármaco e a extensão de seu uso no mundo atual, assim como o consumo na

Região Metropolitana do Recife. A idéia foi descrever a problemática relativa ao consumo atual de psicofármacos por meio, por exemplo, da caracterização da relação médico-paciente, de como eles são prescritos e, de forma geral, tentar estabelecer sua legitimidade. No quinto capítulo inquirimos a origem da medicação psicofarmacológica e a relação contemporânea entre o seu uso, a cultura de consumo e os perfis dos sujeitos narcisista, hedônico e performático - comumente associados aos consumidores do medicamento do tipo psicofarmacológico - e, a fim de reconstruir alguns dos significados do uso de psicofármacos, buscamos elucidar os principais motivos atribuídos ao uso de ansiolíticos e antidepressivos pelos sujeitos-consumidores destes medicamentos, informados em nosso campo. No sexto e último capítulo tecemos a conclusão desta pesquisa e reconhecemos que um dos traços mais fortes percebido no cuidado consigo contemporâneo, foi o do exercício de uma reflexividade contingente, incapaz de pensar a subjetividade como processo de formação, uma ascese, ou mesmo uma terapêutica que possa fortalecer esta subjetividade. Todo processo terapêutico, de ascese, de cuidado consigo ou de autoformação, pressupõe o confronto com o próprio erro, com a errância da vida e com a dor, sem os quais um investimento subjetivo não pode ser imaginado. Embora tenhamos diante de nós um campo bastante restrito, acreditamos que lançar essa hipótese tenha sido nossa conclusão mais ampla.

Capítulo 2. Aspectos Metodológicos

2.1. Métodos e técnicas

Nesta pesquisa privilegiamos a dimensão qualitativa porque precisávamos perceber o sentido que o sujeito-consumidor empregava ao consumo do psicofármaco. Utilizamos a técnica de entrevista com roteiros semi-estruturados para coleta de dados e a seleção de informantes por “acessibilidade”, utilizando-nos do sistema de bola-de-neve - em que um informante indica outro, para configurar uma rede de informantes. Optamos pela técnica da análise de conteúdo para reconhecimento de frequência dos sentidos que mais se manifestaram nas falas dos informantes e a análise temática - que considera que “qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso” (Minayo, 1999: 209), para compor os núcleos de análises e trabalhamos a contextualização do material empírico “a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante” de sua produção (Minayo, 1999: 231), seguindo, portanto, os passos de uma hermenêutica-dialética.

2.2. Metodologia

De acordo com o desenho proposto desde o projeto do qual se originou esta pesquisa, mantivemos como recorte a Região Metropolitana do Recife-PE. Entre os meses de novembro e dezembro de 2008 realizamos dezoito entrevistas que ocorreram em dias, horários e locais de acordo com a disponibilidade dos informantes (residência, local de trabalho ou de estudo, em horários agendados). Dos dezoito informantes, dezessete são naturais da Região Metropolitana do Recife e um é natural de São Paulo, capital, residente em Recife há cerca de seis meses. Todas as observações do campo estão registradas em um diário no qual foram assinaladas, para além das nossas

observações sobre cada informante, também a percepção do ambiente e do contexto no qual os encontramos para a realização de cada entrevista.

É importante registrarmos que o projeto inicial desse trabalho contemplava uma análise de sujeitos-consumidores de psicofármacos dos tipos ansiolítico, antidepressivo e regulador de humor. A escolha desses tipos específicos de medicamento se deu em função de terem sido os mais citados no estudo exploratório desta pesquisa. Contudo, como na nossa bola-de-neve não chegamos a nenhum informante que relatasse o consumo de regulador de humor, contemplamos nesta pesquisa apenas sujeitos-consumidores de ansiolíticos e antidepressivos.

Considerando o propósito da investigação e a possibilidade de uma reação defensiva, protetiva e/ou silenciosa dos informantes, antes do início de cada entrevista apresentamos aos informantes o objetivo da pesquisa, a carta de anuência da Universidade Federal de Pernambuco e o ofício do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (CEP/HUOC) – este último assegurando que questionário, termos de ciência, de consentimento livre e esclarecido e de confidencialidade, foram apreciados e aprovados por este comitê. Essas precauções asseguraram a legitimidade desta pesquisa perante os informantes e ajudaram a estabelecer a confiança necessária para que as entrevistas fluíssem de forma confortável. Todos os modelos de termos citados foram devidamente assinados por cada um dos informantes e se encontram nos anexos deste trabalho.

No decorrer do campo duas entrevistas deixaram de ser realizadas: a primeira porque o informante tinha 17 anos e não pressupomos abordar menor de idade, ou seja, menor de 18 anos; a segunda porque ao chegarmos ao local combinado para a realização da entrevista – residência do informante - deparamo-nos com uma pessoa em claro

desconforto emocional⁶. O procedimento adotado diante deste evento foi o de cancelar a entrevista e nos a entrevista.

2.2.1. Das entrevistas

As entrevistas aplicadas seguiram um roteiro que foi baseado em um modelo já utilizado em nossas entrevistas exploratórias. Dessa forma, tivemos condições de otimizar o primeiro modelo, a fim de que o roteiro proposto ao campo empírico se apresentasse tanto mais fiel aos propósitos desse trabalho, como mais eficiente para o processo de identificação e classificação dos argumentos em unidades temáticas, para posterior realização da análise do objeto. O roteiro de entrevista foi elaborado com uma só base e duas ramificações a partir da oitava questão: uma como continuidade elaborada para o caso de sujeitos-consumidores de psicofármacos que obtivessem seus medicamentos por prescrição médica; outra para aqueles que adquirissem seus medicamentos sem esta. Ainda que de acordo com o campo exploratório, bem como com os próprios informantes, seja prática corrente obter medicamento sem o devido acompanhamento médico, nenhum dos informantes, durante a realização da entrevista, admitiu estar consumido qualquer medicação sem prescrição médica.

As entrevistas tiveram uma variação de tempo em relação à média prevista de vinte minutos, compreendido entre entrevistas breves, com cerca de dez minutos, e entrevistas extensas, que chegaram a durar cerca de uma hora e trinta minutos. Ocorreu que o tema da pesquisa, para alguns informantes, suscitou momentos de tensão, sobretudo, em função de fazê-los recordar momentos de desconforto emocional. Apenas

⁶ O procedimento adotado nesta ocasião foi o cancelamento imediato da entrevista e o chamado, de acordo com a indicação do próprio informante, de uma pessoa de sua confiança para lhe fazer companhia e lhe apoiar. Assim que o acompanhante solicitado pelo informante chegou à sua residência, asseguramos junto a este que ele sabia do que se tratava o mal-estar ocorrido e deixamos a residência do informante. Posteriormente, o informante em questão entrou em contato conosco e se dispôs a dar sua entrevista, mas, já havíamos encerrado nossa pesquisa de campo e isto foi exatamente o que lhe explicamos.

um informante solicitou que a entrevista fosse interrompida, porque queria falar sobre algo que não desejava registrar; depois de, aproximadamente quinze minutos, o informante permitiu a continuidade da gravação da entrevista, concluindo, assim, todo o roteiro previsto.

Devido ao objeto estudado, foi comum a bola-de-neve ser esgotada na primeira ou na segunda indicação, sendo necessário recomeçá-la. O universo alcançado, portanto, acabou se configurando heterogêneo. Isso ampliou nosso campo de visão e possibilitou a captura de particularidades inesperadas em relação à distribuição de idade, sexo, religião e ocupação.

A delimitação do *corpus*, proposta desde o projeto dessa pesquisa foi de quinze a vinte e cinco sujeitos-consumidores. Realizamos dezoito entrevistas.

2.2.2. Do tratamento dos dados

Demos início ao tratamento dos relatos captados nas entrevistas realizadas, a partir do roteiro proposto, ordenando as falas de cada informante por tema. Para tanto, foram construídas três tabelas: a primeira, com os recortes mais significativos das respostas às questões propostas nas entrevistas; depois, uma tabela por ocorrência, ou seja, pela frequência de semelhanças encontradas nos relatos individuais; por último, uma tabela composta de recortes sobre assuntos e temas diversos, que muitas vezes não estavam contemplados no nosso roteiro de entrevista, mas que acabaram compondo um material rico para a análise do campo. Esses temas não previstos emergiram em duas circunstâncias: i) em discurso livre dos informantes; ii) em momentos de retomada de suas falas, diante da nossa solicitação de algum esclarecimento sobre estas.

O passo seguinte foi o cruzamento das falas captadas nas três tabelas elaboradas para a formação de agrupamentos. Na sequência identificamos as semelhanças entre as falas de todos os informantes e realizamos seus agrupamentos.

Como a amostra por acessibilidade não representa a totalidade da população a que ela se refere e tem limites na sua capacidade de generalização, a partir desses agrupamentos foi possível apenas a composição de modelos interpretativos que nos permitiu a conformação de perfis que posteriormente submetemos à análise dos temas que orientaram nosso questionário: o cuidado consigo, a medicalização contemporânea dos estados psicoafetivos e a cultura de consumo.

Com a conformação dos perfis elaborados a partir dos resultados da análise do nosso campo, pudemos dar prosseguimento ao trabalho de investigação sociológica. Todos os capítulos desse trabalho seguem estruturados com abordagens teóricas seguidos de uma discussão entre a teoria abordada e campo, ou seja, cada capítulo fecha com sua análise temática.

Questionamentos sobre motivos que levaram os sujeitos ao consumo de psicofármacos, meios de obtenção de medicamento dos tipos ansiolítico e antidepressivo, assiduidade do uso desses medicamentos e percepção dos sujeitos dos efeitos positivos e negativos deste consumo, acabaram se tornando um meio para o descortinamento de uma realidade de representações, estigmas, novas necessidades e formas de um cuidado consigo contemporâneo, que nomeamos de “cuidar-se”. Esse cuidado emerge em um tempo de mudanças sociais, sendo também emblema de uma mudança de autopercepção e reconhecimento do sujeito.

A partir da análise de dados como idade, gênero e ocupação dos informantes, foi possível traçarmos um perfil sócio-econômico cultural da rede trabalhada. Contudo, por não termos proposto previamente nenhum tipo de corte sobre esses dados, a possibilidade de uso generalizado dos resultados obtidos foi limitada e não possibilitou a formação de categorias. De um modo geral, podemos dizer que a rede obtida é composta em sua maioria por mulheres de classe média com idades entre 22 e 62 anos

(professoras de ensino médio e universitário, nutricionistas, bancárias, estudantes e donas-de-casa e diaristas), dentre as quais seis tem formação superior - completa ou em andamento, cinco tem formação média completa e uma tem formação fundamental. Ao todo, entrevistamos doze mulheres e seis homens. Quanto aos homens, quatro tem formação superior - completa ou em andamento, um tem formação média completa e um tem formação fundamental, também pertencem, em geral, à classe média e possuem entre 22 e 46 anos. Para efeito dessa pesquisa, demos nomes fictícios aos informantes e ilustramos, no quadro abaixo, suas principais características:

✓ **Caracterização dos informantes**

Nome (fictício)	Sexo	Idade	Ocupação	Psicofármaco consumido	Relato do informante
Paulo	Masculino	46	Professor Universitário e doutorando em Ciências Humanas.	Rivotril® e Valium®	Depressão e pânico.
Edson	Masculino	44	Pintor (serviços gerais).	Lexotan®	Ansiedade.
Valdir	Masculino	40	Cabeleireiro.	Fluoxetina e Rivotril®	Pânico e depressão.
Mário	Masculino	33	Psicólogo.	Fluoxetina e Alprazolam	Depressão e ansiedade.
Caio	Masculino	29	Professo do Ensino Médio e mestrando em Ciências Humanas.	Paxan® e Rivotril®	Ansiedade e anorexia.
Felipe	Masculino	22	Graduando em Ciências Exatas.	Rivotril®	Agorafobia e depressão.
Norma	Feminino	62a	Dona de casa.	Rivotril®	Insônia.
Gilma	Feminino	62a	Dona de casa.	Bromazepan	Ansiedade e agorafobia.
Arlinda	Feminino	56	Dona de casa.	Lorax®	Ansiedade.
Cassandra	Feminino	53	Professora Universitária aposentada e auditora hospitalar.	Paroxetina	Distímia.
Sílvia	Feminino	46	Professora do Ensino Médio.	Fluoxetina	Pânico.
Bia	Feminino	40	Diarista (serviços	Amitriptilín®	Ansiedade.

			domésticos).		
Rosa	Feminino	38a	Bancária e graduanda em Ciências Humanas.	Lexotan [®]	Enxaqueca.
Sônia	Feminino	38b	Dona de casa.	Rivotril [®] e Fluoxetina	Pânico e depressão.
Verônica	Feminino	34	Graduanda em Ciências Humanas.	Sertralina e Rivotril [®]	Depressão e ansiedade.
Dilma	Feminino	32	Nutricionista.	Fluoxetina	Depressão.
Jeane	Feminino	27	Dona de casa.	Fluoxetina	Depressão Pós-parto.
Diana	Feminino	22	Graduanda em Ciências Humanas.	Fluoxetina	Auxiliar em dieta para perda de peso com inibidor de apetite.

O resultado desta pesquisa não anuncia o indício de generalização da realidade social, mas antes concebe esses resultados como uma interpretação de um dos desdobramentos do fenômeno contemporâneo da medicalização da vida, ou seja, como uma leitura sociológica do consumo contemporâneo de psicofármacos dos tipos ansiolítico e antidepressivo. Nossa intenção é a de que os resultados aferidos com essa pesquisa possam contribuir para uma reflexão sociológica acerca do consumo de psicofármacos como uma estratégia de um cuidado consigo nos moldes contemporâneos, ou seja, de um cuidar-se.

Capítulo 3. O Cuidado consigo: Do Cuidado de Si ao Cuidar-se

O cuidado de si era uma ocupação que tinha início na formação de cada cidadão e se estendia como prática, ou arte de uma existência, por toda a sua vida “numa espécie de exercício permanente” (Foucault, 2007b: 54). Todo um *corpus* delimitador de autoconhecimento, como formas de reflexão, atitudes e práticas, fizeram do cuidado de si “uma espécie de fenômeno extremamente importante” que ultrapassou a importância no campo da história, noções e teorias para a “própria história da subjetividade” ou para “a história das práticas da subjetividade” (Foucault, 2004b: 15).

A época que se deve considerar como “idade de ouro da cultura de si, da cultura de si mesmo, do cuidado de si mesmo” é aquela compreendida entre os séculos I e II d.C. da nossa era, embora também se considere relevante, em termos de contribuição para essa época, toda a elaboração filosófica e médica realizada no século IV a.C, na cultura grega clássica (Foucault, 2004b: 41).

Entre termos e signos gregos do pensamento antigo, Michel Foucault resgatou elementos importantes para a investigação sobre o cuidado de si: em *A hermenêutica do sujeito* (2004b), esse autor tematizou a ascese do período helenístico-romano como aquela na qual o sujeito realizava uma prática de si enquanto prática de liberdade; na *História da sexualidade 2 - o uso dos prazeres* (2007a), a partir de um estudo sistemático sobre o comportamento sexual da época antiga, ele abordou várias técnicas de si utilizadas na cultura de si; na *História da sexualidade 3 - o cuidado de si* (2007b), Foucault realizou uma investigação sobre as modificações na existência do sujeito a partir do cuidado de si como uma arte. Assim, tomamos como recorte do pensamento foucaultiano, essas três obras como referência para apreendermos o que constituía o

cuidado de si e a partir disso seguir em nossa pesquisa na busca pela compreensão sobre como chegamos à noção do cuidado de si que temos no presente⁷.

3.1. O cuidado de si em Foucault: corpo e subjetividade

Iniciamos a abordagem ao cuidado de si no pensamento filosófico antigo, lembrando a função de Sócrates de incitar os indivíduos⁸ a se conhecerem seguindo o preceito délfico “conhece-te a ti mesmo”, que podemos compreender como uma maneira de dizer ao indivíduo: ponha-te no teu lugar, saiba que tu não és Deus e que, portanto, deves procurar realizar com moderação tua vontade. Para Foucault, o uso desse preceito foi percebido como determinante na construção de um conhecimento que sedimentou no pensamento antigo a pretensão da alma apreender, simultaneamente, a si mesma e ao “elemento divino” (Foucault, 2004b: 552). Contudo, Foucault percebeu que esse preceito, quando observado a partir de um “quadro mais geral”, figurava como subordinado ao princípio “cuida-te a ti mesmo”, uma vez que conhecer-se a si mesmo, estava inserido em uma espécie de “aplicação concreta” que tinha início na própria ocupação de si para consigo (Foucault, 2004b: 07).

No pensamento de Alcebíades, Foucault identificou o “ponto de partida de um estudo consagrado ao cuidado de si”, como um cuidado de si essencialmente apoiado no exercício de um olhar sobre si mesmo (Foucault, 2004b: 600-601). Trata-se da primeira percepção da idéia de conversão de si, isto é, de autotransformação como uma tarefa para a vida, tanto como no cuidado de si ou no “ocupar-se consigo para si mesmo”, como pré-requisito indispensável para qualquer um que pretendesse, mais tarde, “ocupar-se com os outros” (Foucault, 2004b: 600-601). Ainda que só uma filosofia

⁷ Para elucidação do cuidado de si no pensamento foucaultiano, tomamos, para efeito deste trabalho, uma sequência lógica de sua abordagem e não cronológica da publicação de suas obras.

⁸ Em função do sistema escravocrata da época Antiga, recortamos para efeito deste trabalho apenas indivíduos livres dessa época.

ulterior tenha consagrado esse cuidado a uma “cultura de si” (Foucault, 2007b: 50), o cuidado de si no cerne da antiguidade era compreendido como um exercício de apreensão de si por si que se convertia em uma prática permanente de toda uma “conduta racional, em forma de vida que pretendesse, efetivamente, obedecer ao princípio da racionalidade moral” (Foucault, 2004b: 12-13).

Os estudos foucaultianos sobre a antiguidade mencionam práticas cotidianas que orientam a relação do sujeito consigo mesmo e que podem, em certa medida, ser percebidas como verdadeiras técnicas do cuidado de si. Tais práticas se constituíam em meios para uma existência quase sempre dedicada a uma conduta ou um governo de si, que priorizavam não a apreensão nem o simples conhecimento fortuito de si, mas antes a transformação de si através de formas de reflexividade capazes de promover o domínio de si (Foucault: 2004b). Interessa-nos, primeiramente, o exercício dessas técnicas que, naturalmente, eram dois lados de uma mesma moeda: subjetividade e corpo.

Na leitura foucaultiana dos pensadores antigos que exerceram um papel importante na elaboração de técnicas de si para o cuidado de si, sobressai-se o conferido a Epiceto⁹, filósofo que se ocupou com a elaboração de exercícios para seus alunos, os quais Foucault chamou de “controle das representações”. Esses exercícios eram inspirados em desafios sofisticos¹⁰ e “no lugar de lançar [os alunos], uns aos outros”, os

⁹ Epiceto foi um dos grandes mestres do Estoicismo - doutrina filosófica que propunha viver de acordo com a lei racional da natureza e aconselhava a indiferença em relação a tudo que fosse externo, a obediência à lei natural e ao reconhecimento de si como uma peça na grande ordem e propósito do universo (século III a.C.). Epiceto acreditava que a meta principal da filosofia era ajudar as pessoas comuns a enfrentar positivamente os desafios cotidianos e a lidar com as inevitáveis perdas, decepções e mágoas da vida.

¹⁰ Os desafios sofisticos tinham como objetivo o exercício do desvelamento de um objeto dissimulado, ou de uma ilusão de verdade, apresentados sob esquemas que aparentavam seguir as regras da lógica.

colocavam à frente de “certas situações” as quais estes deveriam reagir¹¹ (Foucault, 2004b: 611). Nesta prática é possível identificar a exploração da imaginação associada à memória e, por conseguinte, a perspectiva dessa experiência incitar o sujeito a um uso claro das faculdades humanas orientadas pela razão. O uso mnemônico provia o sujeito de uma preparação para o enfrentamento de dificuldades, vividas ou testemunhadas, e tinha um propósito existencial e não pragmático: desenvolver a dignidade do governo de si (Foucault, 2004b: 557). A partir da reflexão desse exercício os sujeitos deveriam avaliar suas atitudes em acontecimentos passados, para que pudessem remediar e extirpar acontecimentos iguais, ou semelhantes, no futuro. A prioridade não era processar especulações sobre experiências, situações ou conflitos não vividos: o porvir era visto com desconfiança pelos gregos, ao contrário da memória.

Para a maioria dos gregos, o porvir preocupava e “pré-absorvia” o espírito inutilmente, à medida que se fundamentava no predeterminado ou na imaginação assentada no nada. O porvir colocava “em jogo” o cuidado de si porque promovia, justamente, “as duas coisas contra as quais é construída toda a arte de si mesmo, toda a arte do cuidado de si”: o domínio do que se é “em face do que se passa” (Foucault, 2004b: 564). Todavia, alguns pensadores a exemplo de Sêneca, que se dedicava a vigilância diária de si como exercício para viver bem (Foucault, 2007a: 54), defendiam a idéia de que se limitar ao presente era o mesmo que se reduzir ao campo das satisfações (Foucault, 2004b: 567). Cria-se que no porvir repousava a possibilidade de exercitar o enfrentamento do medo para que, quando este se desse, o sujeito tivesse intimidade com a prática da “regra pior”. Entretanto, a exemplo do próprio Sêneca,

¹¹ “O filho de alguém morreu. – Responde-se: isto não depende de nós, não é um mal. _ O pai de alguém o deserdou. Que te parece? – Isto depende não de nós, não é um mal... – Ele afligiu-se com isto. – Isto depende de nós, é um mal. – Ele valentemente o suportou. – Isto depende de nós, é um bem”. (Epiceto *apud* Foucault, 2004b: 611).

também se hesitava sobre a “artimanha” de o porvir prender o indivíduo pela esperança¹² e, por isso, atribuía-se ao passado ou à memória a posse mais segura das faculdades humanas. De maneira diferente, para os epicuristas¹³ o uso da memória associado à imaginação representava a possibilidade de voltar o pensamento “sobre todos os prazeres” que pudessem “algum dia advir” da existência, ainda que essa atitude estivesse dentro da concepção de um exercício cuja função consistia “afastar as representações ou os pensamentos sobre o infortúnio” para depois exercitar a “lembrança dos prazeres que outrora conhecemos” (Foucault, 2004b: 568-569). O olhar sobre si, aí, era compreendido como um exercício de se provar como sujeito da verdade, através da indagação ou do questionamento. Os epicuristas eram adeptos da prática da premeditação ou presunção dos males¹⁴ e criam que o homem sem disposição do discurso-socorro da memória se tornaria “permeável” aos acontecimentos porque não estaria preparado para reagir a determinados acontecimentos “como convém” (Foucault, 2004b: 569). Tais exercícios, portanto, tinham a função de preparar os indivíduos para a existência de uma subjetividade consciente de si, mas não era circunscrita a isto. Platão, por exemplo, recomendava nas *Leis*, que o bom cidadão deveria ser formado tanto em sua coragem física e moderação, como no domínio de si, pois o corpo era tido como um instrumento através do qual as virtudes se manifestavam. Cuidado, ocupação e

¹² Sobre “esperança”, a interpretação foucaultiana foi fundamentada claramente numa perspectiva de derivação, ou sentido figurado de “esperar” (não agir), e não numa perspectiva denotativa de uma expectativa de boa fé.

¹³ Epicurismo - sistema filosófico proposto e ensinado pelo filósofo ateniense Epicuro de Samos (IV a.C.). A idéia principal desse filósofo era a de que o homem precisava de três coisas para ser feliz: liberdade, amizade e tempo para meditar. A teoria epicurista (que era chamada de canônica) é fundamentada no empirismo. A memória tinha, nesta teoria, um valor especial, pois, cria-se que eram as repetidas experiências dos sentidos, preservadas por ela, que davam nascimento às antecipações equivalentes às noções gerais ou conceitos.

¹⁴ Foucault considerou esse exercício, também, como um concomitante exercício da morte e exame da consciência.

exercícios eram orientados para o corpo e nisso se configura a ascética¹⁵ (Foucault, 2004b: 516-518). Assim, os exercícios físicos tinham dois objetivos: “formar e reforçar a coragem”, preparando os indivíduos para resistir a acontecimentos exteriores, bem como aos infortúnios e a todos os rigores do mundo, e “formar e reforçar aquela outra virtude [...] que é a capacidade de moderar a si” – promovendo aos indivíduos a possibilidade de se conhecerem para que estes pudessem reger e dominar seus próprios movimentos interiores. Entretanto, e apesar de a preocupação sobre os exercícios físicos, ou sobre a “ginástica” àquela época¹⁶ demandarem técnica, força e temperança¹⁷, a força, propriamente dita, desaparece e o alcance dos objetivos requeridos pelo exercício do corpo acaba por ser atrelado à resistência ao se desprender da “ascese física ou psicomoral” e se voltar para a ocupação com a formação de um corpo de paciência, resistência, abstinências (Foucault, 2004b: 516-518). O treino da resistência também era destinado a elaboração da subjetividade, na medida em que se ocupava, especialmente, da lida com adversários em si mesmos - “mestres” ou “mestras” invisíveis como a “preguiça, [a] lassidão da alma, [a] incúria, [...] a gula, a embriaguez, a lubricidade, e as ambições loucas e custosas”, capazes de promover a desgraça tanto do corpo do sujeito como da sua casa (Foucault, 2007a: 143).

¹⁵ A “ascética” constitui, para Foucault, um “conjunto mais ou menos coordenado de exercícios disponíveis, recomendados, até mesmo obrigatórios, ou pelo menos, utilizáveis pelos indivíduos em um sistema em moral, filosófico e religioso, a fim de atingirem um objetivo espiritual definido” (Foucault, 2004b: 505). Esse conceito é, portanto distinto do de “ascese” que ele usa para se reportar a “um exercício particular, quer comprometendo o indivíduo com uma série de exercícios dos quais ele poderá esperar ou seu perdão, ou sua purificação, ou sua salvação, ou uma experiência espiritual qualquer, etc.” (Foucault, 2004b: 504).

¹⁶ Foucault observou, ao abordar o “regime dos atletas”, que Platão nas *Leis* considera que só o atleta “que possuía em sua alma a técnica, e a força com a temperança” obtinha sucesso em seu treinamento (Foucault, 2007a: 109).

¹⁷ “A temperança é representada com grande regularidade entre as qualidades que pertencem – ou que pelo menos deveriam pertencer – não a todos e a qualquer um, mas, de forma privilegiada, àqueles que têm posição, *status* e responsabilidade na cidade” (Foucault, 2007a: 58). Quando aborda o exercício do *logos* na temperança, Foucault cita Sócrates na sua definição do temperante “como aquele em quem as diferentes partes da alma estão em amizade e harmonia, quando aquela que comanda e as que obedecem, estão de acordo para reconhecer que é a razão que deve comandar e que elas não disputam mais sua autoridade” (Foucault, 2007a: 80) [sic].

A importância do cuidado com o corpo também se constituía numa prática individual e privada que se transpunha ao interesse coletivo—social e político, como no “cuidado com a progenitura”, que zelava pelos dois principais objetivos da procriação: sobreviver através dos filhos e contribuir para a salvação da cidade (Foucault, 2007a: 110-113). Futuros genitores deveriam assegurar vigor por meio de uma dieta dos prazeres: para os homens exercícios físicos e para as mulheres regime alimentar. Ambos deveriam sucumbir aos cuidados com suas almas e evitar qualquer risco, como o do estado de embriaguez, que pudesse incorrer na falta de concentração “no momento do ato sexual” e colocar suas almas em estado de agitação, porque se cria que isto afetava a formação da prole (Foucault, 2004b: 110-113).

Os antigos prezavam pelo equilíbrio e se opunham ao excesso. As dietas ou regimes promoviam o equilíbrio para a melhor qualidade de uma vida e não o seu prolongamento ou “mais alto possível desempenho” (Foucault, 2007a: 96). A dietética, à semelhança de todas as demais técnicas de si, era incorporada pelo indivíduo como uma prática refletida de si mesmo e de seu corpo (Foucault, 2007a: 92-96), configurando-se, assim, em uma cultura. Assim, embora houvesse diferenças opostas, naturais, “indissociáveis” e determinantes nas aptidões desempenhadas por homens e mulheres, e os papéis de gênero¹⁸ fossem conferidos por divindades, o domínio de si, “não era um traço pertencente especificamente ao homem ou a mulher”, mas uma virtude comum a ambos (Foucault, 2007a: 144) e, a partir da própria habilidade em se desenvolver enquanto sujeito desses papéis, homens e mulheres tinham oportunidades iguais de se tornarem os melhores governantes e as melhores donas “obedientes” de suas casas. Sobre a liberdade é importante sublinhar da idéia de que o *status* podia

¹⁸ A mulher era dotada de “ternura” para se ocupar com os filhos, assim como de um “corpo menos resistente” e lhe cabia o espaço interior da casa; o homem, “bravo”, cria-se dotado do dom de “suportar o frio, o calor, as caminhadas”, e lhe cabia o espaço exterior da casa e a cidade (Foucault, 2007a: 142-144).

colocar o indivíduo em determinado campo de relações, mas que cabia a este o seu autogoverno¹⁹. Desta maneira, a economia do tempo que era dedicado a si podia ter seu resultado positivo percebido tanto na preparação de si para a sua lida consigo, como para com os outros; daí que Foucault inferiu que práticas de si não constituíam “uma exigência de solidão, mas uma verdadeira prática social” (Foucault, 2004b: 650), ou seja, uma “busca do que permite manter a relação de si para consigo como princípio, regra das relações com as coisas, com os acontecimentos e com o mundo” (Foucault, 2004b: 651).

Como prática individual, as técnicas de si podem ser entendidas também como fonte de prazer e segurança, sobretudo, por se tratar da única posse que não se coloca à disposição, a não ser de si mesmo, uma vez que sorte, fortuna, pobreza, temor, doença, tudo foge ao controle do indivíduo: a relação de si para consigo constitui a “única parte de nossa vida que é sagrada e inviolável, que escapa a todos os acasos humanos” (Sêneca *apud* Foucault, 2007b: 70). Por isso para os antigos era através do olhar de cada indivíduo sobre si mesmo, que cada qual deveria compreender-se como sujeito de si e nisso se comprazer: o gozo de si repousava em se ser o que se era como resultado do mais íntimo labor de si.

Todas as técnicas de si faziam parte do processo de subjetivação; não se concebia a idéia de separação entre corpo e alma. Na cultura de si as práticas eram elaboradas sem medidas exatas para que cada indivíduo se desvelasse em si e para si. As técnicas de si significavam um exercício de inquietação permanente que garantia a liberdade do próprio movimento do indivíduo e o formava num “hábil e prudente guia de si mesmo, apto a conjecturar como convém sobre a medida e momento” de interferir

¹⁹ Plutarco afirmava que “cada um é artesão de sua própria moralidade; quanto aos empregos, o acaso os dispõe” (Foucault, 2007b: 100).

sobre si (Foucault, 2007a: 125). Também, neste sentido, o comportamento sexual ou o regime da erótica era apreciado como busca pela estilização de cada um, antes da subordinação de uma dieta única e elaborada para todos.

Com efeito, o cuidado de si, na perspectiva de uma modulação da maneira de viver, bem como a consideração da dietética como “toda uma arte de viver” (Foucault, 2007a: 93), pode ser constatada também em noções médicas antigas como a de que o mal estado de saúde do corpo podia onerar no esquecimento e até na loucura. É legítimo atentar para o fato de que, para além dos meios da cura de uma enfermidade, variáveis como localização geográfica, estações do ano, atividades cotidianas - desde exercícios físicos, relações sexuais até passeios - banhos e idade, eram consideradas pelo “médico sábio” que elaborava os nortes para o uso e o comedimento do que se compreendia como propício e eficaz para a saúde humana, que corresponda à “armação racional para o conjunto de uma existência” (Foucault, 2007a: 96-97). O cuidado de si não estava circunscrito às atitudes de renúncia nem de mortificação – que caracteriza o ascetismo, nem a nenhum exercício particular que previsse alguma experiência espiritual do tipo que salva, purifica ou promove o perdão. O cuidado de si compreendia-se em uma ascética.

Como parte de uma elaboração de si, o cuidado de si não era imposto por leis nem por nenhuma obrigação de cunho religioso - tratava-se de uma decisão das pessoas “por si mesmas” que se fundamentava na opção de fazer de suas próprias vidas “um objeto para uma espécie de saber, uma técnica, uma arte” (Foucault *apud* Dreyfus; Rabinow, 1995: 270). A constituição do sujeito não era circunscrita a um sistema simbólico, mas era, antes, “práticas de verdade” que devem ser compreendidas como uma tecnologia na constituição do si, que era capaz de “perpassa[r] os sistemas simbólicos ao utilizá-los” (Foucault *apud* Dreyfus; Rabinow, 1995: 275). Vê-se, assim,

porque na “idade de ouro do cuidado de si” não havia conversão sem movimento de si para consigo através da forma do amor ou do trabalho – esta última, compreendida como uma “transformação progressiva de si para consigo” na qual o sujeito se convertia “[n]o próprio responsável por um longo labor que é o da ascese” (Foucault, 2004b: 20).

O cuidado de si exigiu o que “deve ter sido um exercício extremamente doloroso no início”, devendo-se, portanto, considerar a valorização cultural que todo o processo de uma cultura de si legitimou como digna para seus indivíduos (Foucault *apud* Dreyfus; Rabinow, 1995: 276).

3.2. Dos movimentos do cuidado de si

Foucault chamou de “momento cartesiano” a circunstância em que, a partir da obra *Meditações* de Descartes, ocorreu uma requalificação da filosofia na qual se deu um duplo movimento: a requalificação do princípio “conhece-te a ti mesmo” e a desqualificação do “cuidado de si” (Foucault, 2004b: 18). Nisto se fundamenta a sua proposta de que se chamasse de filosofia a “forma de pensamento que se interroga [...] sobre o que faz com que haja e possa haver verdadeiro e falso”, e de “espiritualidade” o conjunto de ascetes que se negocia em troca da verdade, como as purificações ou as renúncias (Foucault, 2004b: 19).

De uma perspectiva do processo de subjetivação como parte constitutiva de um cuidado consigo na Idade Média, Foucault identificou o rompimento entre a espiritualidade e a teologia - atribuindo à teologia o trabalho de “desconexão” do sujeito cognoscente da necessidade espiritual de um trabalho sobre si mesmo - como o indício do conflito que antecedeu o rompimento definitivo entre a espiritualidade e a ciência. Trata-se do momento em que o pensamento ocidental passou a crer, fundamentado em Santo Tomás, na escolástica, etc. (Foucault, 2004b: 559), que a constituição do sujeito

deveria encontrar em Deus “seu modelo, seu ponto de realização absoluto, seu mais alto grau de perfeição e, simultaneamente, seu Criador” (Foucault, 2007b: 36).

3.2.1. Só Deus salva (!)

O enxergamento dessa mudança do sentido de conversão dos antigos para o cristianismo representou um elemento importante para compreendermos a importância do rompimento promovido pela teologia, sobretudo, no que toca a substituição de uma transformação de si, contínua e ciente de sua responsabilidade sobre si mesmo, para uma conversão que admitia a possibilidade de uma transformação súbita. Apesar de também ser consignada a uma espécie de preparação para ser alcançada, essa mudança não teve suas bases em nenhum trabalho de si nos moldes de uma “cultura de si”, mas sim em um momento metafísico que promoveu a passagem “da morte à vida, da mortalidade à imortalidade, da obscuridade à luz, do reino do demônio ao de Deus” (Foucault, 2004b: 259-260). A conversão deixou de ser um trabalho permanente de si e passou a ser operada através de uma ruptura no interior do sujeito, da renúncia de si, tratando-se, portanto, da idéia do nascimento de outro sujeito (Foucault, 2004b: 261).

A verdade como elemento essencial para a constituição do sujeito, entretanto, não saiu de cena com essa mudança, ao invés, promoveu-se uma transferência do poder do próprio sujeito para a hierarquia cristã, que passou a orientar a busca da verdade pelas Escrituras Sagradas e a reconhecer a competência para a interpretação dessas escrituras apenas aos que gozavam de “qualidades religiosas” legitimadas pela Igreja na forma de um “poder pastoral” (Foucault *apud* Dreyfus; Rabinow, 1995: 237). A passagem pelo conhecimento eclesiástico constituía o único caminho para que os indivíduos pudessem se entregar nas mãos de Deus. Ao Poder Pastoral foi atribuída a legitimidade de saber sobre a consciência das pessoas a fim de dirigi-las (Foucault *apud* Dreyfus; Rabinow, 1995: 237). Isto demarca, tanto simbólica como praticamente, a

mudança de sentido daquilo que na “idade de ouro do cuidado de si”, compreendia-se como autogoverno.

O cristianismo se apropriou de muitas das práticas da ascética²⁰ do cuidado de si e, especialmente de suas técnicas, mas não dos mesmos princípios. Para os cristãos o uso das técnicas de si, por exemplo, consistia a possibilidade deles se defenderem de si mesmos, ou dos próprios pensamentos, para interpretar a incitação de Satã, a fim de protegerem suas almas. Não se tratava mais, portanto, do uso das técnicas de si para um autogoverno, mas, ao contrário, de operar uma abertura que lhes permitissem ser governados, ou seja, tratava-se de uma ascese²¹.

3.3. Um solo para a modernidade

Das transformações ocorridas na Idade Média, àquelas ligadas à dimensão cultural – a exemplo das vividas em universidades nas quais se retomou o estudo greco-romano “que contribuiu para o desenvolvimento do renascimento” – foram as que mais corroboraram com o “deslocamento de uma explicação do mundo mais antropocêntrica e racional, ao invés de uma perspectiva mais transcendental do mundo” (Fantini, 2007), bem como com a saída das relações políticas, religiosas, econômicas, sociais e culturais - que promoveu o adentramento às esferas da vida pessoal. No universo já feudal do século XV, no qual crises promovidas pelas críticas ao sistema vigente se acentuaram e decorreu o surgimento de um absolutismo monárquico²², deu-se o enfraquecimento da nobreza daquela época, bem como da Igreja. Um dos resultados de todo esse movimento foi a Reforma Protestante (XVI), que poderia ser investigada como “uma

²⁰ “Em certo sentido a questão ascética, do conjunto do sistema das ascetes-exercícios é essencialmente uma questão técnica. Pode-se analisá-la como uma questão técnica” (Foucault, 2004b: 505).

²¹ “[...] “ascese” que se reporta quer a um exercício particular, quer ao comprometimento do indivíduo com uma série de exercícios dos quais ele poderá esperar ou seu perdão ou sua purificação, ou sua salvação, ou uma experiência espiritual qualquer, etc.” (Foucault, 2004b: 504).

²² O Absolutismo Monárquico consistiu na concentração de poderes nas mãos dos reis, desde o comando de exércitos até a arrecadação de tributos.

grande crise da experiência ocidental da subjetividade”, a partir da “necessidade de ter uma participação direta na vida espiritual, no trabalho de salvação, na verdade que repousa nas Escrituras”, ser percebida como promotora de uma “luta por uma nova subjetividade” (Foucault *apud* Dreyfus; Rabinow, 1995: 236).

3.3.1. Do eu religioso ao eu racional: o hiato do *corpus*

Entre meados do século XVI e final do século XVII, teve início o movimento chamado de *a* Revolução Científica. A partir da revisão de concepção do universo surgiu a criação de uma ciência natural, fundamentada no racionalismo e no empirismo, que promoveu o desenvolvimento do “método científico” baseado em observações, dados e hipóteses, bem como a percepção da necessidade de elaborar testes e experimentos para legitimar este método.

Destas transformações emergiu o pensamento de perspectiva racionalista do francês René Descartes (1596-1650) - emblemático da Idade Moderna²³, no qual a razão humana foi situada como fonte de conhecimento. Para Descartes o homem era composto de uma dualidade: *res cogitans* e *res extensa*²⁴. O corpo aí passou a ser reconhecido como isolado da alma e suas funções passaram a ser compreendidas à semelhança de uma máquina: uma “perfeita conexão entre as partes” que compunha um todo (Fantini, 2007).

O projeto cartesiano consistia na objetivação da natureza em oposição ao sujeito, a fim de promover sua ordenação, dominação, manipulação e divisão, tanto quanto “possível” (Fantini, 2007). Para Descartes não era concebível que o corpo “pensasse”. Todos os tipos de pensamento pertenciam ao domínio da alma (Descartes,

²³ Optamos pelo pensamento cartesiano como referência para pensar a idade moderna por uma questão de afinidade com o tema da medicalização da vida, mas, reconhecemos como expoente de igual força desta idade o pensamento de origem inglesa e de perspectiva empirista, proposta por Bacon (1561-1626).

²⁴ *res cogitans* (coisa pensante); *res extensa* (coisa extensa).

2005a: art. 4). Ações do corpo, como as de comer e respirar, eram compreendidas como involuntárias, tanto para o homem como para os outros animais. À alma, era creditado o poder sobre o pensamento e comando das vontades humanas:

[...] a alma está realmente unida a todo o corpo, e não se pode dizer propriamente que esteja em alguma de suas partes com exclusão das outras, porque ele é uno e, de uma certa forma, indivisível, em razão da disposição de seus órgãos, que se relacionam todos um com o outro de uma tal maneira que, quando algum deles é retirado, isso torna defeituoso todo o corpo (Descartes, 2005a: art. 30) [sic].

O cartesianismo cria no corpo constituído por matérias e formado por “acidentes”. Por isso algumas de suas partes eram expostas às mudanças e ao perecimento e ele, o corpo, não era dotado de racionalidade nem imortalidade como a alma²⁵. A doença no sujeito cartesiano era atribuída a um estatuto “quase” ontológico: um ser estranho que se manifestava no corpo e causava lutas internas. Essa perspectiva se mostrou completamente nova diante dos médicos da época que ainda compreendiam a doença à semelhança de um desequilíbrio entre os órgãos do organismo – como na Teoria os humores²⁶, embora ainda resistissem outras formas de concebê-la (Canguilhem, 2006: 11)²⁷.

A alma estava localizada “em uma região interna do cérebro, numa glândula muito pequena, denominada de glândula pineal”. Tal explicação se dava em função da noção, admitida por Descartes, de que “todos os órgãos de nosso sentido, e também as partes do cérebro, são duplos” (Fantini, 2007). A mesma glândula que acomodava a alma também acomodava os *espíritos animais* (Descartes, 2005a: art. 10), que tinham o

²⁵ “Ademais, não existem outras causas que destruam a alma, por isso conclui-se que ela é imortal” (Descartes, 2005b: 58).

²⁶ A Teoria dos humores pertence à doutrina hipocrática, segundo a qual a “saúde é a harmonia no sistema de humores e o equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo” – os humores seriam uma espécie de extensão dos quatro elementos essenciais do universo (calor, frio, secura e umidade) ao corpo humano em quatro tipos: o sangue, o fleuma, a bile amarela e a bile negra (Pessotti, 2001: 48).

²⁷ “[...] havia aquelas [correntes médicas] que receberam o legado platônico, que pôde chegar até a modernidade graças ao resgate dos pensadores árabes. O pensamento do filósofo ateniense, referente à dualidade corpo-alma, presente na filosofia de alguns filósofos posteriores, como Descartes, estendeu-se para muitas áreas do conhecimento humano, abrangendo, inclusive, o campo médico” (Fantini, 2007).

poder de dilatar o cérebro e podiam, em estado de ausência ou pouco fluxo, induzir ao sono e aos sonhos e despertar a recepção sensorial da alma. Como tais espíritos não tinham outra propriedade “além de serem corpos muito pequenos” que se moviam “muito depressa”, era a equivalência deles em relação ao corpo no qual eles se manifestavam, levando em conta, número, forma e movimento, que dava aos sujeitos os diferentes temperamentos (Fantini, 2007).

O cartesianismo operou a dualidade corpo e alma e, embora Descartes não tivesse ainda excluído a metafísica do seu método para chegar às conclusões que levaram à certeza dessa dualidade, foi esse pensamento que convenceu o mundo ocidental de que o acesso à verdade deveria ser buscado através do conhecimento objetivo da realidade. O método cartesiano operou a ruptura entre a filosofia e a espiritualidade e enalteceu o princípio do “conhece-te a ti mesmo”, em detrimento do “cuida-te a ti mesmo”: de um lado a filosofia como caminho legítimo para o conhecimento de si, ou acesso à verdade; do outro lado o cuidado de si, ou a espiritualidade. Depois da substituição de Descartes da ascese pela evidência, o sujeito não precisou mais da ascese para ter acesso à verdade, ele passou a se constituir “através das [próprias] práticas de si” (Foucault *apud* Dreyfus, Rabinow: 1995: 277).

O método cartesiano possibilitou a institucionalização da ciência moderna, na qual o surgimento da anatomoclínica assinalou a passagem de uma medicina clássica para uma medicina moderna, especialmente, com o nascimento da clínica. A anatomoclínica pode ser reconhecida como o principal instrumento promotor da substituição de uma “botânica dos sintomas” que perguntava “o que” o indivíduo tinha para uma “gramática dos signos” - que passou a questioná-lo sobre “onde” doía, e figurou a chegada à noção moderna da doença como portadora de vida própria que deu origem as formas patológicas. (Foucault, 2004a: Prefácio XVI).

Com a verticalização e transformação das práticas médicas em práticas clínicas, o diagnóstico passou a ser verbalizado diante de qualquer objeto conceitual e se abandonou a percepção da doença através da audição do discurso largo, subjetivo e suscetível à imaginação do doente (Foucault, 2004a: Prefácio XVI). Definiu-se a idéia do controle sobre o corpo pautado no conhecimento médico limitado a uma atuação sobre o “mundo dos objetos a conhecer” (Foucault, 2004a: Prefácio VII). O doente não foi mais considerado em sua essência abstrata, ou no seu caráter anímico.

A partir da idéia de controle sobre o corpo, o cuidado consigo foi assinalado, ao mesmo tempo, como uma responsabilidade individual e como instrumento capaz de promover o controle do espaço social. A necessidade moderna de dispor de corpos úteis e dóceis corroborou com a extensão da doença da esfera individual para dimensão política. Assim, a utilização de “*disciplinas – do corpo e do saber–, o biopoder*”^[28], bem como a conversão das “tecnologias da experiência de si”, convergiram em prol da conversão do corpo em elemento indispensável para uma programação política (Rose *apud* Buges: 2003) (Grifos originais) e a doença passou significar um problema clínico tanto como sócio-político.

3.4. Subjetividade e modernidade

O que é modernidade? Como uma primeira aproximação, digamos simplesmente o seguinte: “modernidade” refere-se a estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência. Isto associa a modernidade a um período de tempo e a uma localização geográfica inicial, mas por enquanto deixa suas características principais guardadas em segurança numa caixa preta (Giddens, 1991: 11).

²⁸ Biopoder: refere-se a uma categoria de poder elaborada por Foucault, para designar o poder que se exerce sobre a vida, a partir do momento que esta se torna objeto político. O biopoder manifesta-se sobre a vida através do seu domínio: gestão, regulação, disciplinamento e controle. Ver: Foucault, 2003. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.

Podemos iniciar uma abordagem à modernidade pensando numa “era” das máquinas, na passagem da técnica para a tecnologia ou, ainda, como um evento que interferiu na subjetividade humana - tanto ao suscitar o homem à semelhança da máquina, como ao colocá-lo em concorrência para com a própria “máquina”, uma vez que à Revolução Científica, operada pelo cartesianismo, seguiu-se a Revolução Industrial.

Sobretudo no século XIX, a evolução da relação que o homem desenvolvia com a técnica – antes destinada a organizações “temáticas” como da agricultura, do transporte e da construção, passou por profundas mudanças. A partir de sua própria natureza dinâmica - aberta sempre ao aprimoramento, e cumulativa – na qual repousa sua base empírica, a técnica começou a receber incentivos da ciência e se desenvolveu como tecnologia, ou seja, uma sofisticação científica de si mesma.

Enquanto alguns teóricos atribuem ao desenvolvimento do transporte (linhas férreas) ou da comunicação (telégrafo) o grande mérito da possibilidade do advento moderno ter sido universalizado como “um novo modo de vida” ou como uma “organização social emergente”, Jaques Ellul teceu uma crítica sócio-cultural relevante a este respeito. Para este filósofo da técnica, a análise de invenções e inovações tecnológicas elaboradas sem pressupor a racionalidade intrínseca na relação entre o homem e a máquina, não pode conceber a tecnologia como fruto de contextos político-geográficos porque a tecnologia consiste num efeito da lógica utilitarista que se desdobra, justamente, entre o homem e a máquina (Ellul, 1967). Corroboramos com Ellul. Percebemos que o próprio acréscimo do sufixo “logia”, que denota consciência, confere à passagem da técnica para a tecnologia a substituição de um uso raso e intuitivo do conhecimento do sujeito para um uso discursivo e sistemático deste mesmo conhecimento. Por isso qualquer que seja nossa consideração sobre a origem da

técnica²⁹, o produto será sempre uma nova forma de pensar e agir apoiada no critério da eficácia como uma categoria.

Marx, em *O Capital*, observou atentamente que enquanto se atribuía à máquina o “mérito” da Revolução Industrial, todo um processo na relação entre homem e máquina revelava um cenário muito mais que revolucionário, inédito. Para Marx a máquina consistia em força, transmissão e instrumento; não era ela “em si” que havia sido modificada enquanto ela mesma, mas antes, a apropriação que o homem passou a fazer dela, foi o que lhe promoveu uma mudança extraordinária. O homem explorou da máquina-instrumento o movimento mais fácil, repetitivo e depreciou a “mão de obra” humana (Marx, 1982: 54-89). A máquina, diferentemente do homem, não tem humor, não tem os limites “vivos”, ela não depende dos caprichos da natureza: a hidráulica, por exemplo, promove a possibilidade do homem encontrar, subtrair e armazenar a água independentemente de haver ou não chuva para provê-la. Elementos como portabilidade, conveniência de programação e controle, fez da máquina na era moderna um expoente de eficiência.

O uso da máquina como “sistema” de gestão de uma nova vida logo transbordou do âmbito industrial e operou um processo crescente de substituição da mão de obra humana pelo trabalho mecânico ou tecnológico. O sujeito moderno paulatinamente abandonou o trabalho do tipo ofício para se adaptar a velocidade e ao desempenho ditados pela potência da máquina que passou, ironicamente, a reger seu tempo.

²⁹ Mumford considera que a técnica surgiu do desenvolvimento do controle militar – ver: MUMFORD, Lewis. 1967. *Technics and Civilization*. 9º ed. Londres: Routledge & Kegan Paul LTD; diferentemente, Postam considera que a técnica surgiu da busca do homem por uma melhor qualidade de vida - ver: POSTMAN, Neil. 1994. *Tecnopólio: a rendição da cultura à tecnologia*; traduzido por Reynaldo Guarany. São Paulo: Nobel.

Giddens nota que a percepção de “tempo”, herdada da pré-modernidade, estabelecia-se no cálculo da vida à luz da natureza que demarcava as horas de trabalho e que o espaço era compreendido à semelhança de “lugar”; ambas as noções se fundamentavam na idéia de um cenário físico, geográfico. As noções de tempo e lugar atrelavam a noção do “quando” ao “onde” no zoneamento do cotidiano e nisto, constituíam os pré-marcadores “sócioespaciais” da era pré-moderna (Giddens, 2002: 23). Na modernidade, através da instituição de um calendário universal e da padronização regional do tempo, operou-se o pré-requisito necessário para a dissociação entre o tempo e o espaço. Com as novas possibilidades de deslocamento se extinguíram limites para encontros, por exemplo, antes consignados à coincidência do cenário físico e geográfico com o tempo. Isto possibilitou a relação entre “ausentes” e promoveu à sociedade moderna uma nova forma de organizar conexões independentes de hábitos e práticas locais (Giddens, 2002: 27-29).

No auge da modernidade, ou da dinâmica da “potência sobre potência”, o homem perdeu seu espaço para a máquina. Isso implicou na desvalorização da sua mão de obra e incidiu em mudanças culturais substantivas, como no ingresso forçado de mulheres e crianças no mercado de trabalho (Marx, 1982: 90-105). Enquanto a visão filosófica “desespirtualizada”, herdada do cartesianismo, compreendia um homem que coordenava a máquina para a obtenção de um fim desejado, Marx questionou o fato de a máquina haver tomado a coordenação do homem, tanto individual como coletivamente, destituindo-o de sua condição de sujeito autônomo no cenário moderno à medida que incorporou a figura de um complemento vivo de um mecanismo morto³⁰. Todo esse

³⁰ Nesta introdução contamos notas tomadas da aula de 01 de dezembro de 2003, ministrada pelo Professor Dr. Jonatas Ferreira na disciplina “Tecnologia e Sociedade” à turma de 5º período do curso de Bacharelado em Ciências e Sociais da Universidade Federal de Pernambuco: Do homem máquina ao homem genoma.

processo de racionalização se diluiu na cultura comum do Ocidente e passou a operar uma economia, tanto sobre a subjetividade como sobre o corpo, já que àquela altura se cria nestes em tais elementos separados no homem. A necessidade de competir com a máquina ou de “se fazer” à sua semelhança, suscitou ao homem moderno um novo modelo de ser humano que deveria ser essencialmente trabalhado em sua matéria, uma vez que seria da força e da resistência do seu corpo que lhe seria conferido algum valor. O corpo não podia mais adoecer porque para o ser humano já bastava o prejuízo, em relação à máquina, da sua animalidade ser dotada de uma alma. Nesse sentido cabe notar que a racionalização era um processo que começava a ser operado pelo Estado e chegava ao indivíduo, convertendo o sujeito ao mesmo tempo em ponto de partida e chegada – ela não saía do seu interior. Além de operar sobre o indivíduo, a racionalização também operava sobre as populações que passaram a ser reguladas em relação às suas distribuições demográficas, estimativa de longevidade de seu povo. Tudo passava pelo processo de racionalização: o corpo-máquina suportava o aparelho biológico e se voltava para procedimentos anatomopolíticos que visavam disciplina, utilidade e docilidade; o corpo-espécie prezava a suscetibilidade da espécie humana e figurava o meio para aplicação de técnicas que regulamentasse a vida da população (Foucault, 2007c). Não havia mais espaço para problemas de ordem da alma.

O poder que emergiu da circunstância do processo de racionalização pautava-se numa nova forma de subjetivação fundamentada não mais no olhar do sujeito para dentro de si, mas no olhar do sistema sobre o sujeito e, conseqüentemente, do sujeito sobre seus pares. Individualmente, o sujeito deveria “saber” que “um corpo disciplinado é à base de um gesto eficiente” (Foucault, 2007c: 130) para que coletivamente essa disciplina individual resultasse num batalhão de indivíduos com corpos, uma vez domesticados, também plásticos (Foucault, 2007c: 118). O Estado Moderno interligava

os indivíduos sob a condição inédita de que esta mesma individualidade, por ele concedida, fosse atribuída como uma “nova forma” de submissão a eles mesmos: um “conjunto de modelos específicos” (Dreyfus; Rabinow, 1995: 237). Essa forma de poder exercida pelo Estado constituía-se numa reedição do Poder Pastoral e, como este, promovia a racionalização dos indivíduos através de um conjunto de técnicas disciplinares que operava de uma só vez sobre os processos de “individualização e totalização” (Dreyfus; Rabinow, 1995: 239). Para Giddens isso remete à associação realizada por Weber “entre o puritanismo e o surgimento do capitalismo” e a sinalização do surgimento de “um mecanismo de formação de consciência” – à medida que a consciência moral se converteu em “parâmetros intrínsecos de ação socializada”, que permitiu a exploração de “novos modos de comportamento” e posteriormente viabilizou o rompimento com práticas tradicionalmente estabelecidas (Giddens, 2002: 144). Flexibilidade e preocupação com a interação com o próprio meio, por exemplo, atuaram em detrimento da fixidez e da imutabilidade e corroboraram com a formação do sujeito moderno agêntico que, apesar de passível de ser modificado pela estrutura que o antecedia, reconhecia-se como também potencialmente capaz de mudá-la (Giddens, 2002: 11). Assim, a disciplina adotada pela modernidade dispensou a ascética dos antigos: sobretudo depois da proposta cartesiana da evidência, aos modernos bastava a ascese.

Ao sujeito moderno não interessava, como ao sujeito antigo, um cuidado como cultura, ao contrário, o que lhe interessava era justamente a “minúcia dos regulamentos” (Foucault, 2007c: 121). A ascese dos modernos não se distingue, entretanto, apenas pela busca da verdade. No que toca, ainda, às diferenças entre a ascética dos antigos e a ascese dos modernos, também a autocrítica se sobressai como expoente relevante aos exercícios comuns da ascética e da ascese. É possível constatar que enquanto a ascética

se dava como resultado do cuidado de si e, por isso, no fim representava a busca de uma estetização da vida que ia ser gozada e apreciada pelos seus pares, na ascese moderna passou a ser autocrítica, solitária, punitiva - tal como experienciada pelos cristãos, e a se caracterizar pelo comedimento e distanciamento afetivos (Taylor, 1997: 287-288). Verifica-se, ainda, que mesmo que a autocrítica enquanto uma ascese moderna pudesse trazer algum benefício em vida ao seu praticante, tal benefício não poderia ser apreciado pelos seus pares como uma conquista sua, mas sim, como o cumprimento de uma obrigação.

3.4.1. Reflexividade: uma reedição do cuidado de si (?)

Esse processo de declínio de uma estetização da vida foi apreciado por Giddens como parte de uma transformação que culminou na estilização que passou a pautar construção, manutenção e prática de vida dos sujeitos modernos (1999; 2002). Com a instauração do dinamismo moderno, novas formas de relacionamento foram sendo instauradas e o sujeito se adaptou ao exercício constante de observação sobre o mundo que o cerca. Através da promoção simultânea de possibilidades de ação, interação, adaptação, mudança e amparo o sujeito moderno passou a operar em si o eu que se constitui em “um projeto reflexivo” pelo qual se tornou responsável (Giddens, 2002: 74). Isso é reflexividade.

Observamos na dinâmica do exercício reflexivo trabalhada por Giddens (1991; 2002), dois elementos que chamam especialmente atenção pela semelhança com a prática do cuidado de si: a segurança ontológica e a consciência prática.

A “segurança ontológica” corresponde à “crença que a maioria dos seres humanos tem na continuidade de sua autoidentidade e na constância dos ambientes de ação social e material circundantes” (Giddens, 1991: 95). Para o sujeito reflexivo isto diz respeito à referência que os antigos tomavam, para si, de cultura e isso fica claro

quando se espera que a segurança ontológica atue como um “manto protetor” para o sujeito reflexivo em situações de fracasso, frustração e o oriente na lida com eventos inesperados. É calcado na segurança ontológica que o sujeito constrói reflexivamente sua autoidentidade e conta com uma espécie de socorro - ainda que não discursivo como ao que recorriam os epicuristas - para interpretar o seu passado e elaborar estratégias para se reencaixar no mundo (Giddens, 2002: 75; 83; 124).

A “consciência prática” correspondente à parte “integrante do monitoramento reflexivo da [própria] ação” (Giddens, 2002: 39). É esta modalidade de consciência que possibilita ao sujeito reflexivo a expressão e o exercício de diversos modos de subjetivação do sujeito, em articulação com seu meio. Muitas estratégias podem ser identificadas como desenvolvidas especialmente pelo sujeito moderno e, sobretudo, como supra-desenvolvidas pelos sujeitos contemporâneos em circunstâncias de alta modernidade - para assegurar o exercício da reflexividade, dentre as quais destacamos a da “rotina” e a do “planejamento de vida”.

A rotina amparada na consciência prática é assimilada por Giddens como algo indispensável à reorganização da vida psíquica dos indivíduos. A corporificação passou a ser o meio pelo qual o sujeito reflexivo controla e mantém sua biografia e autoidentidade e, portanto, mostra-se para o mundo (Giddens, 2002: 59). No que se refere à manutenção de uma conexão com mudanças pessoais e sociais constitutivas do processo reflexivo, o trabalho estabelecido entre consciência prática e segurança ontológica provê os sujeitos contemporâneos - fragilizados pela dessecularização do conhecimento filosófico e desprovidos de “atitudes naturais”, de respostas a questões existenciais (Giddens, 2002: 49). Isto possibilita que movimentos de desencaixe, ou de captura de desalinhamentos, seguidos de reencaixes – apropriação ou remodelação de relações desencaixadas (Giddens, 1991), promova ao sujeito reflexivo a garantia de um

“amparo” consciente-cognitivo, frente a disjunções de situações não previstas, e a estabilidade inconsciente-emocional, da qual ele necessita enquanto ser-no-mundo (Giddens, 2002: 40). Assim, a reflexividade contempla um “eu” que forja autoidentidades, ou performances, que são criadas e sustentadas na rotina de atividades reflexivas de cada indivíduo em seus cotidianos. Embora a compreensão reflexiva do sujeito, em termos de biografia, possa ser buscada no Eu que guarda uma referência do próprio sujeito, em termos cognitivos aquilo que é compreendido como uma interpretação do indivíduo, só é acessada através da análise de sua autoidentidade, principalmente, na medida em que é a sua corporificação que se torna cada vez mais objeto de mobilidade reflexiva e menos “dado” extrínseco, conferindo-lhe materialidade, ou modo de expressão. Giddens concebe que é à medida que os indivíduos forjam suas autoidentidades, que estes também concorrem com “influências sociais que são globais em suas conseqüências e implicações” (Giddens, 2002: 09-15).

É nesse contexto que identificamos o planejamento da vida como outra estratégia relevante para o exercício pleno da reflexividade, pois, é ele que disponibiliza ao sujeito reflexivo o “conteúdo substancial da trajetória reflexivamente organizada do eu”, ou dito de outra forma, viabiliza “a construção reflexiva” de sua autoidentidade e com isso o apoio necessário para uma interpretação do passado (Giddens, 2002: 83). As estratégias da rotina e do planejamento da vida revelam-se importantes para o sujeito reflexivo que goza de uma vida “estruturada em torno de “limiares abertos de experiência” e não mais de passagens ritualizadas” (Giddens, 2002: 138). É através desse movimento que o sujeito reflexivo desenvolve condições para lidar com uma das mais distintivas características da vida moderna, que é a desestabilidade (Giddens, 2002: 126) e evita reações proteofóbicas, caracteristicamente promovidas ou

intensificadas pela dinâmica moderna com a emergência, por exemplo, de eventos como o da globalização e o da virtualização da vida³¹.

A partir do estudo do cuidado de si rumo à uma investigação de como se constitui a reflexividade contemporânea e de um cotejo das principais semelhanças e disparidades dessas duas noções, ficou evidente que a percepção que o sujeito tem do que significa cuidado consigo passou por um processo de transformação: novamente é entregue ao ele a responsabilidade do próprio monitoramento e zelo de si e a reflexividade é condição para que o sujeito contemporâneo possa tomar parte no mundo das aparências normais no qual se exhibe e com o qual interage (Giddens, 2002: 98-103).

De uma maneira geral, o cuidado que o sujeito contemporâneo dedica a si mesmo não é mais vivido em termos foucaultianos, nos moldes de uma cultura. Ainda que alguns resquícios desse cuidado, como o de reverter o medo em exercício de domínio, ou autodomínio – no cuidado de si com exercícios como o da premeditação ou presunção dos males e no ambiente contemporâneo com planejamento estratégico - a expectativa anterior de viver bem como um objetivo final sofre uma transformação radical que corresponde a uma espécie de estratégia de sobrevivência. O que inferimos de uma leitura foucaultiana do cuidado de si, passando pela observação de mudanças importantes da percepção do sujeito sobre espaço, tempo e corpo, seguido de uma leitura giddensiniana da condição contemporânea do sujeito reflexivo, é que este sujeito não se coloca mais no mundo como uma obra que precisa ser “acabada”; antes, ele se ocupa da interação com seu meio, porque sabe que é por este que precisa ser aceito e, portanto, reconhecido (Giddens, 2002: 177). Nesse sentido corroboramos com Giddens

³¹ A proteofobia corresponde a sensações de mal estar resultante da perda do controle sobre o espaço social em decorrência da ruptura de regras de conduta postas em um contexto no qual a inabilidade com esse tipo de conflito que passou a ser caracterizada como despotencialização pessoal, bem como, assimilada como algo capaz de promover o desencadeamento de um comportamento fóbico (Bauman: 1997; p.188).

sobre a idéia de que para compreender a modernidade, a alta modernidade e seus efeitos, é necessário perceber não o que foi retirado, mas sim o que foi transformado. Disto, seguimos a pista de que o projeto do Eu moderno se instalou “sob condições fortemente influenciadas pelos efeitos padronizadores do capitalismo mercantil”, bem como pelo “estabelecimento de padrões regulares de consumo, promovidos pela propaganda e outros métodos” (Giddens, 2002: 182), para continuar a busca de compreender a relação entre o cuidado consigo, a medicalização contemporânea dos estados psicoafetivos e a cultura de consumo.

Capítulo 4. A medicalização dos estados psicoafetivos

De uma perspectiva “técnico-científica” o medicamento é objeto de estudo da história da farmácia que o traz no “centro do seu significado” e se ocupa “[d]a relação homem-medicamento” (Dias, 2003:05), com uma abordagem dividida em duas perspectivas: i) a das “transformações sofridas pelas teorias e conceitos científicos relacionados com os medicamentos”, correspondente à “História das Ciências”; ii) a das “transformações ocorridas na relação “profissional-medicamento-sociedade”, correspondente à “História Econômico-Social” (Dias, 2003: 05-06).

Na farmácia a origem o medicamento é, desde seus primórdios, relacionada tanto à botânica, ou seja, à elaboração de antídotos polifármacos - fórmulas que, apesar de únicas se cria capazes de solucionar diversos males e sofrimentos da saúde humana, bem como ao desejo de diversas sociedades de desfrutar de “independência das matérias-primas” para a confecção de seus fármacos – tanto por questões políticas que visavam uma autonomia técnica, como por questões econômicas e intento de lucrar com a comercialização do medicamento, sobretudo a partir do século XVIII, (Dias, 2003: 27; 38-39).

Pesquisadores e autores contemporâneos da disciplina da farmácia notam que para além dos medicamentos elaborados para o cuidado com a dimensão física da saúde humana, há “indícios pré-históricos de que a humanidade consumia drogas psicoativas³² quando ainda era nômade” (Guimarães; Graeff, 1999: Prefácio). Mesmo na atualidade, muitas dessas drogas ainda fazem parte da dieta do nosso cotidiano e promovem efeitos ansiolíticos – como a cerveja, o vinho ou a aguardente, bem como psicoestimulantes –

³² A Organização Mundial da Saúde (OMS/1981) define drogas psicoativas como “aquelas que alteram comportamento, humor e cognição”. São drogas agem preferencialmente nos neurônios, afetando o Sistema Nervoso Central (SNC).

como o café, o chá, os refrigerantes do tipo cola e a guaraná ou a nicotina (Guimarães; Graeff, 1999: Prefácio). É nesse contexto, portanto, que diversas literaturas que abordam a história dos psicofármacos também mencionam o uso antigo do haxixe no século II a.C por chineses para efeito anestésico, ou do *laudanum* (ópio), para sedar e da mandrágora para obter efeito afrodisíaco (Sabbatini, 2001; Dias, 2003).

[...] a ingestão de substâncias químicas que alteram a mente figura entre as necessidades humanas fundamentais, e a proibição ou a aprovação de determinadas drogas variam conforme a época e o grupo social [...] o uso terapêutico [de substâncias psicoativas] não é recente, pois extratos de plantas medicinais contendo princípios psicoativos figuram na farmacopéia tradicional de vários povos (Graeff; Guimarães, 1999: Prefácio).

De uma perspectiva, do que hoje se toma por terapêutica-medicamentosa, “a grande inovação” no uso de drogas psicoativas foi o “aparecimento da farmácia química, que surgiu em oposição à farmácia tradicional, a galênica, baseada na utilização de substâncias de origem vegetal e animal” (Dias, 2003: 41) [sic]. Pois, embora haja registros da indicação de Freud de uso da cocaína para o tratamento de dependentes de morfina (Sabbatini, 2001)³³ - bem como da sua expectativa em relação ao uso de substâncias químicas para o auxílio de sujeitos acometidos de sofrimento psíquico já na modernidade, é a dois momentos do desenvolvimento da farmácia química que se reconhece o atrelamento do medicamento às grandes transformações da medicina do século XIX: i) em relação com as instituições e práticas médicas que correspondem à Medicina Hospitalar e ao desenvolvimento da anatomoclínica, na primeira metade do século; ii) com a virada para a Medicina Laboratorial e o “desenvolvimento dos programas ligados à patologia celular, fisiopatologia e etiologia, que procuravam apoiar a Medicina nas ciências físico-químicas e biológicas modernas” (Dias, 2003: 46).

³³ “O futuro poderá nos ensinar como exercer uma influência direta nas quantidades de energia e na sua disposição no aparelho mental, através de substâncias químicas específicas” (Freud *apud* Almeida; Miguel Filho *apud* Almeida, OP; Laranjeira, RR; Dratcu, L, 1996: p. 148).

Em tempos atuais, reconhece-se que a interação entre as dimensões política, econômica e científica, intensificadas no século XIX, teve implicações cruciais, especialmente no Brasil, na “reorientação” da medicina, sobretudo, no que diz respeito a seus “objetos e métodos” (Antunes, 1999: 247): aí, fomentou-se o projeto de “transformação do desviante” que culminou na “medicalização da sociedade” e fortaleceu a perspectiva de que o cuidado com a saúde deveria não apenas “controlar” os males que afligiam a sociedade, mas ser revertido em meio para normatizá-la (Machado: 1978: 155).

A medicalização da sociedade promoveu o “deslocamento da doença para a saúde” que incidiu na perspectiva de que a intervenção urbana através de uma medicina social, tornara-se o meio para “de maneiras diversas, formar ou reformar física e moralmente o cidadão” (Machado, 1978: 155; 280) e promover uma orientação da vida social ou coletiva em acordo com as noções médico-sanitaristas. No senso comum da população brasileira, entretanto, a idéia de “cura” que implicava no cuidado com a saúde, ainda se mantinha circunscrita à emergência da doença e a idéia do consumo livre de medicamentos capazes de solucionar vários “males” a partir de um só “produto” - como no caso do “Neuro Fosfato Eskay”, propagado na década de 1950 como um “fortificante completo para o sistema nervoso e todo o organismo”, capaz de desentupir narinas, cortar resfriado³⁴ e potencializar a memória (Santos, 2006: 55; Temporão, 1986).

No que toca os medicamentos indicados para os cuidados relativos à saúde mental, ainda na esteira da “medicalização da sociedade”, dois eventos inauguraram o

³⁴ Ver propaganda original de 1950:
Disponível em: <<http://www.seculovinte.com.br/pt/produtos/produto.php?codigo=216>>
Acesso em: 05 abr. 2006.

período que é considerado como o verdadeiro início da psicofarmacologia³⁵: i) a descoberta do Ácido Lisérgico (LSD), ou mais precisamente a associação das propriedades dessa substância associada à mescalina, para a prática da oniro-análise (PSICMED)³⁶; ii) o reconhecimento de que a clorpromazina “melhorava a condição de pacientes esquizofrênicos” (Graeff; Guimarães, 1999: Prefácio). Contudo, este cenário se dividia com o “*boom* ‘psi’” – restrito às camadas sociais mais abastadas, pautado na compreensão de que “o mundo das relações pessoais” deveria ser “interpretado em termos psicanalíticos” (Rossi *apud* Féres-Carneiro; Ponciano, 2005) e o tratamento por via de intervenções químicas comumente aplicado à população em tratamento de regime internato – por meio da administração de medicamentos, por exemplo, do tipo antipsicótico como os neurolépticos utilizados desde a década de 1950 para inibir sintomas característicos da esquizofrenia (Graeff; Guimarães; Zuardi, 1999: 74). Na década de 1980, com o avanço científico e descobertas como a de que uma “quantidade muito grande de aminoácidos [...] são a base de formação das proteínas, no cérebro”³⁷, o *boom* psi foi substituído pela súbita expansão das neurociências e os psicofármacos saíram do papel “paralelo” coadjuvante de potencializadores da psicoterapia. De uma maneira geral, o psicofármaco se constituiu parte das drogas do tipo medicamentosa, ou seja, em “agentes químicos capazes de modificar processos biológicos”, mas, distinguem-se de outros medicamentos pela especial potencialidade de induzir a alterações comportamentais (Guimarães *apud* Guimarães; Graeff, 1999: 01).

Hoje, com base nas indicações terapêuticas, pode-se dizer que os principais psicofármacos estão distribuídos entre os tipos antipsicóticos, antidepressivos e

³⁵ Área do conhecimento responsável pela investigação de efeitos e mecanismos de ação de psicofármacos (Guimarães *apud* Graeff; Guimarães, 1999: 01).

³⁶ Disponível em: <http://www.psicmed.com.br/psicofarmacos_26.html>
Acesso: 24 mar. 2007.

³⁷ Disponível em: <http://www.radiobras.gov.br/ct/1998/materia_231098_1.htm>
Acesso: 14 ago. 2007.

estabilizadores de humor, ansiolíticos, hipnóticos e analgésicos de ação central (Graeff; Guimarães, 1999).

Em se tratando de terapias medicamentosas para patologias e síndromes psicoafetivas - ou seja, do estado psicoafetivo não saudável, elencado em sinais e sintomas que podem ser associados a uma patologia específica e nortear a composição do quadro clínico de uma condição médica ou um diagnóstico -, vê-se sobressair à indicação do uso de psicofármaco dos tipos ansiolítico e antidepressivo para o tratamento de mal estares caracteristicamente contemporâneos.

A indicação formal do antidepressivo é mais recorrente em estados depressivos, ansiosos (como Transtorno do Pânico), fóbicos, obsessivo-compulsivos, anorexia e bulimia; já a indicação secundária desse tipo de psicofármaco é em grande parte destinada para o tratamento de estados hipercinéticos (como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)), somatizações, ejaculação precoce, doenças psicossomáticas, enxaqueca e dores neurogênicas (dores originadas do sistema nervoso de fácil localização subjetiva)³⁸.

O psicofármaco do tipo ansiolítico é geralmente indicado para diminuição de ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta (Hollander; Simeon, 2004; Dubovsky; Dubovsky, 2004; Graeff; Guimarães, 1999).

4.1. O psicofármaco no cenário contemporâneo

Para uma ilustração do cenário contemporâneo em uma perspectiva global podemos tomar dados como a notícia “Genéricos vendem mais quatro milhões de embalagens” da INFARMED³⁹, referindo-se ao aumento de venda no ano de 2008 deste

³⁸ Ver: “Dor Orofacial” in *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 7, n. 3, Julho - Setembro / 2005. Disponível em: < http://www.sorocaba.pucsp.br/atg/biblioteca/revistamedica7_3.pdf > Acesso: 22 ago. 2006.

tipo de medicamento, em relação ao ano anterior, que representou um aumento de 14,7% - média de 1,5 embalagens vendidas a cada cidadão português independentemente de sua idade, seguida da constatação que dentre os medicamentos mais vendidos estavam o ansiolítico alprazolam e o antidepressivo fluoxetina. Outra idéia deste quadro mais amplo pode ser percebida na preocupação que o FDA (*Food and Drug Administration*), órgão que controla a comercialização de medicamentos e alimentos nos EUA, compartilhou com o mundo em setembro de 2003⁴⁰ sobre o risco do aumento das incidências de suicídio entre os “usuários” de antidepressivos, seguido de uma crítica à indicação abusiva desse tipo de psicofármaco especialmente às crianças e adolescentes.

O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), também atentou para o fato de que em 2007 o mercado psicofarmacológico brasileiro já se configurava uma potencial “indústria do bem-estar” e chamou atenção para o fato do Prozac[®] - primeira droga a base de Fluoxetina lançada nos Estados Unidos em 1987- ainda, em 2007, ocupar o topo do *ranking* nas vendas dos produtos do laboratório Eli Lilly, respondendo por mais de 30% do faturamento deste laboratório. Hoje contamos com mais de 50 mil referências diretas e indiretas só à Fluoxetina. O segmento de medicamento psicofarmacológico no Brasil movimenta atualmente cerca de US\$ 320 milhões, no ano de 2007 ocupou o quarto lugar nas vendas de medicamentos no País,

³⁹ O INFARMED, I. P. é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimônio próprio, com jurisdição sobre todo o território nacional, sem prejuízo da colaboração dos órgãos próprios das Regiões Autônomas, com sede em Lisboa, Portugal. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/imprensa/clipping/2004/junho/210604.pdf>> Acesso: 20 nov. 2006.

⁴⁰ Disponível em: <http://www.gpuim.ufc.br/ceface2_arquivos/alertas07/n_58_jan_07.pdf> Acesso: 04 abr. 2007.

ficando atrás apenas dos medicamentos que não dependem de prescrição para venda, como antiinflamatórios, analgésicos e contraceptivos e cresce 22% ao ano⁴¹.

4.2. Psicofármacos: medicalização da doença ou doença da medicalização (?)

Os seres humanos se entristecem ou se alegram com facilidade, em decorrência de acontecimentos da vida. Essa experiência, de flutuações diárias em nosso afeto, é universal. Em algumas pessoas, no entanto, estas flutuações se tornam excessivas em termos de intensidade e/ou duração, passando a interferir de forma significativa em seu cotidiano. Nesses casos, encontramos-nos diante de um *transtorno afetivo*. Sintomas depressivos podem estar presente e 13% a 20% da população em um dado momento, e 2% a 3% desta pode se encontrar seriamente prejudicada por um distúrbio afetivo (Guimarães, 1999: 94).

Dados de natureza quantitativa sobre o consumo de psicofármacos, apesar de ajudar a ilustrar esse consumo como um evento contemporâneo relevante, não são o suficiente para uma compreensão sociológica deste fenômeno porque não consideram as motivações de um dos agentes mais importantes desse processo: o sujeito-consumidor desse tipo de medicamento. Disto, atentamos para o fato de que há fragilidade em certos argumentos como, por exemplo, no que reconhece o consumo de ansiolíticos e antidepressivos como uma espécie de consumo perfumaria, uma vez que grande parte das pesquisas utilizadas para subsidiar argumentos desta natureza é, quase exclusivamente, de cunho quantitativo (Galduroz *et al*, 2005; Lucas, A. C. S. *et al.*, 2006; Kerr-Corrêa, Andrade, Bassit *et al.*, 1999). Preocupa-nos igualmente a constatação de que as literaturas encontradas para justificar teoricamente o consumo de psicofármacos estão em sua grande maioria ancoradas em reflexões sobre o mesmo fenômeno em sociedades norte-americanas e européias: corremos o risco de legitimar

⁴¹ Um estudo recente divulgado em 2005 e realizado com o objetivo de estimar “a prevalência do uso de drogas, álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos” nas 107 maiores cidades brasileiras, Galduroz observou que em se tratando de uma expectativa estatística do “uso na vida” de ansiolíticos, ou benzodiazepínicos, enquanto a França e a Finlândia apresentam o número de 0,7%, o Brasil quase dobra essa percentagem, chegando a 1,2% de expectativa de uso na vida deste tipo de medicamento psicofarmacológico e atenta para o fato de que “a porcentagem de mulheres que usam benzodiazepínicos e anfetamínicos é cerca de três vezes maior do que os homens” (Galduroz *et al*, 2005, grifo no original).

afirmações como à de que o psicofármaco hoje corresponde a uma mera autoprodução farmacológica de si para soluções imediatas como a normalização de humores, a um meio ágil de potencialização de performances ou ainda, a um dispositivo prático capaz de promover o autotorpor para o evitamento de sofrimento e/ou enfrentamento de si pela dor (Le Breton, 2006; Lipovetsky, 2007; Ehrenberg, 1991, 1995, 2000).

É fato que no cenário vigente contracenamos, sim, com a eminência de mal estares psicoafetivos que são anunciados insistentemente em manchetes de revistas, jornais impressos, virtuais e televisivos, tais como estresse, ansiedade, pânico, depressão, *bournot*... E que isso, possivelmente, representa um elemento indispensável que deve ser considerado. Afinal, com a gama de diagnósticos e prognósticos crescentes e alarmantes de cada “doença da vez”, o sujeito contemporâneo é quase impossibilitado de não se identificar com, pelo menos, um desses mal estares. Torna-se cada vez mais difícil para a sociedade contemporânea distinguir o estresse da necessidade de tirar férias, o senso de prevenção da ansiedade, a tristeza da depressão, ou desencanto com a própria carreira do *burnout*.

Por outro lado, é relevante atentar para a evidência de que quando a conformação do ambiente social moderno evoluiu da indústria e da fábrica para um mundo organizado pela tecnologia e pela informação, concomitantemente a esse processo se viu ascender uma tendência ao consumo da saúde, como consequência da ausência parcial do Estado na tarefa de prover os cuidados necessários aos seus cidadãos, e que isso acabou por requerer do sujeito contemporâneo o autogerenciamento e o controle absoluto de suas emoções, conflitos sentimentais, morais ou de qualquer ordem existencial, com vistas à otimização de toda forma de eficiência possível: cognitiva, física, psicoafetiva, etc. (Martins, A.L.B., 2005; Dejours, 1991).

No ambiente moderno se fomentou o processo crescente de intolerância aos mal estares cotidianos e no qual a necessidade do equilíbrio psicoafetivo do sujeito na cotidianidade emergiu como uma condição *sine qua non* para um bem viver e instaurou uma preocupação com as sensações orgânicas para além da mera expressão na forma física (Le Breton, 2006).

4.3. Sujeito-consumidor e psicofármaco: eu me potencializo, tu te idealizas, ele é feliz, nós consumimos, vós vos adaptais, eles “cuidam-se” (...)

De um lado, o argumento mais recorrente e próximo da realidade do sujeito-consumidor de psicofármaco é o de que esse tipo de medicamento não figura apenas como possibilidade de potencializar sensações de bem estar e que, ao invés disto, este sujeito crê que sob uma boa orientação especializada, ou seja, médica, o que o psicofármaco promove é uma atenuação dos mal estares cotidianos. Isto implica na percepção do consumo deste tipo de medicamento como meio de obter o equilíbrio dos estados psicoafetivos na vida, sobretudo, com conflitos individuais e/ou interpessoais capazes de interferir, em curto, médio ou longo prazo, na vida de qualquer sujeito (W. Marina, 2006; Lopes, 2007).

Faz pouquíssimo tempo, meu filho me disse que eu só tinha sido mãe na época em que eles tinham sete, oito anos [...] Eu expliquei que foi justo quando fiquei doente, e não tinha culpa de não ter forças por causa da depressão. Racionalmente ele entendeu, mas as marcas emocionais permanecem de uma maneira ou de outra. Sempre fiz tudo que pude, e não pude fazer muitas coisas (W. Marina, 2006: 88-89).

Considerando-se que a questão moderna de “saber quem eu sou é uma espécie de saber em que posição me coloco” (Taylor, 1997: 44) e que esta posição depende do horizonte dentro do qual o indivíduo se encontra no momento de tomar qualquer decisão, incluindo a de interagir ou não com medicamentos psicofarmacológicos, apesar da adesão ao tratamento psicofarmacológico ser, muitas vezes, admitido como um recurso de “última instância” é evidente que a confiança no “perito”, ou seja, no prescritor legitimado pelo sistema vigente – reconhecido como um especialista na vida

com o mal estar psicoafetivo, surte um efeito característico de nosso tempo que é a ““forma de fé”, na qual a segurança adquirida em resultados prováveis expressa mais um compromisso com algo do que apenas uma compreensão cognitiva” (Giddens, 1999: 35).

[...] escutei várias vezes do meu primeiro psiquiatra: “O que precisamos fazer é acertar a medicação”. E quando o olhava com descrença, ele emendava: “É como uma receita de bolo”. Confesso que acreditava, principalmente quando ele escrevia literalmente a receita, ainda que fosse uma receita de medicamentos. Sei que o bolo ficava na minha necessidade de crer numa fórmula mágica (Lopes, 2007: 106).

A fala de Lopes corrobora com a perspectiva de que a adesão à medicalização dos mal estares psicoafetivos corresponde a uma “transferência de fé”, característica da mudança ocorrida na modernidade, que ecoou, também, na “reorganização da vida psíquica” do sujeito, tornando-o conscientes de “alternativas para seguir um curso especializado de ação” e confiante nos sistemas peritos que, tendo suplantado a crença na fatalidade de um ser doente depender de Deus para sua cura, convidam este sujeito a se colocar como co-responsável pela solução de seus mal estares. Contudo, isto não significa dizer que ele não se trabalhe subjetivamente, porque o exercício dessa confiança pressupõe a compreensão do vínculo com o risco de lidar com recursos “humanamente” criados (Giddens, 1999: 28; 39).

Para Alain Ehrenberg desde o final do século XX as questões da subjetividade humana iniciaram um movimento de migração da esfera individual para a esfera pública de uma maneira diferente dos séculos anteriores, especialmente, à medida que foram borradas as fronteiras entre a doença mental e as incertezas existências humanas (Ehrenberg, 1995: 107-110), que, ora, podem ser traduzidas, para efeito deste trabalho, como se entre a doença mental e os mal estares subjetivos cotidianos. Desta perspectiva, uma transferência de fé, assim como a admissão do tratamento com psicofármacos como recurso para a busca de um bem estar psicoafetivo, pode ser compreendida em termos bem próximos dos argumentos giddensinianos, porque à mesma medida que o

indivíduo contemporâneo é posto em confronto com uma “patologia da insuficiência”, também lhe é admitido a iniciativa de busca de soluções para seu mal estar mental (Ehrenberg, 2000: 16). Assim, se drogas tradicionais promoviam alguma evasão da realidade, hoje as drogas são, ao contrário, dispositivos-apoio para o enfrentamento da realidade e demais alívio das responsabilidades, quando estas se tornam muito pesadas.

Embora as demandas colocadas na individualidade estejam crescendo, a preocupação com a auto - a sua imagem e sua capacidade de “assegurar”- é um problema geral para os quais os psicotrópicos fornecem soluções multiuso: ajudam [o indivíduo] a superar o stress diário, os ataques de depressão ou crises de depressão, a desinibir e combater a concorrência social e afirmar sua presença, eles facilitam as relações emocionais e regozijantes, preenchendo o tempo quando o trabalho se torna escasso, etc. (Ehrenberg, 1995: 132) (Tradução livre).

Neste sentido é relevante a perspectiva levantada por Ehrenberg a despeito da legitimidade da atuação dos psicofármacos frente ao temor contemporâneo do vício desses medicamentos e a de outros psicoativos e estimulantes não repousar “[n]o produto, lícito ou ilícito, que está em causa, mas [em] como ele é usado” porque: i) geralmente não se faz distinção entre o consumidor ocasional e o habitual de psicofármacos, especialmente, do antidepressivo e do ansiolítico; ii) embora “a fronteira entre as drogas e a medicina [esteja] cada vez mais embaçada” não se questiona qual a “diferença de fato entre a ação desinibidora da maconha e de um antidepressivo”, mesmo quando ambos promovem o mesmo resultado” (Ehrenberg *apud* Gilbert, 1996). Para Ehrenberg a grande novidade dos psicofármacos está neste tipo de medicamento não onerar em efeitos colaterais como antes, à época dos barbitúricos, por exemplo. Se há um risco no consumo do medicamento capaz de “aliviar o sofrimento humano”, está na possibilidade de se promover a construção de sujeitos obsoletos de si e os eximir, dentre outras coisas, da responsabilidade de lidar com suas frustrações cotidianas sem o aparato químico (Ehrenberg, 1995: 125-127; 1996). Desse contexto, entretanto, emerge questões contemporâneas importantes como a de se de fato há alguma utilidade para o “sofrimento mental” ou de se não seria a hora de mudarmos para uma “concepção da

medicina mental” que se centrasse no “acompanhamento” e abandonasse “a idéia de cura para o benefício de uma normalidade” (Ehrenberg, 1996).

O consumo [de psicofármacos] deve ser menos moralista e não achatar esses problemas porque vivemos, para melhor ou para pior, com todos os tipos de medicamentos e drogas (Ehrenberg *apud* Gilbert, 1996) (Tradução livre).

Na literatura vigente, entretanto, Ehrenberg é um dos poucos pensadores que compreendem o fenômeno da medicalização da psicoafetividade nestes termos. Grande parte das falas dos pensadores contemporâneos converge para o argumento de que os psicofármacos promovem a obtenção de um equilíbrio psicoafetivo em detrimento de uma conquista pelo trabalho de si mesmo, ou seja, defende um argumento que reverbera em uma das maiores críticas sobre o uso desse tipo de medicamento: ele figura uma espécie de “princípio da soberania do corpo”, sobretudo, a partir do momento em que o sujeito “confia sua sorte à acção de substâncias químicas que modificam os seus estados psicológicos «a partir do exterior», sem a análise nem trabalho subjectivo” (Lipovetsky, 2007:48) [sic].

Para Birman o consumo contemporâneo de psicofármacos figura, tal qual o “mercado das drogas pesadas”, como parte do “processo de produção social das toxicomanias” que faz a vez de “alquimias científicas autorizadas pelas neurociências”, que se instala no hiato promovido pela quebra da tradição Ocidental do “sujeito falar de si mesmo” (Birman, 2007a: 192). A ausência dessa fala na elaboração do que incomoda e faz sofrer, significa uma fuga do enfrentamento de si que leva ao abandono à sorte do “mundo das coisas e dos objetos”: o sujeito é esvaziado da prerrogativa de se enxergar como “autor” de sua própria experiência interior (Birman, 2007a: 160-161) e, portanto, de responsabilizar-se por esta. A ausência da fala, portanto, representa um contra-senso à medida que a admissão de uma “impotência subjectiva” promove a renúncia a todo esforço pessoal e faz este sujeito se entregar a “produtos químicos todo-poderosos que

agem sobre ele, [mas] *sem ele*” (Lipovetsky, 2007: 48) (Grifo nosso) [sic]. Outros pensadores como David Le Breton partem da observação de que em tempos em que a existência não prescinde do corpo porque é através dele que se expressar a própria interioridade, a visão do corpo-máquina, passível de manipulação e cultivo, borram a fronteira da subjetividade, justamente, em função do seu campo de representação agora se converter na própria aparência exterior, ou seja, na performance do corpo físico. Logo, muitas dimensões de uma humanidade, antes circunscritas à subjetividade, como a da sexualidade, passam pelo diálogo constante com o corpo físico porque é no seu controle que está, também, a abertura para o controle dos estímulos, da capacidade de força e de produção, como no exercício do ato sexual, que se manifesta o que se entende como um poder de si, ou seja, controle total de si mesmo. Nesse contexto, o humor também emerge como um elemento que precisa ser submetido a uma economia reguladora e a “produção farmacológica de si”, figura um meio para a prática de “modos voluntários de produção de si” que permite ao sujeito fazer de “seu corpo um *alter ego* e se coloca[r] diante de si como *bio engenheer*” e se dedicar a “gerir seu capital físico ou afetivo” (Le Breton, 1999: 66). Contudo, o que apreendemos em nosso campo de investigação não corresponde a tais expectativas, mas, antes, se aproxima muito mais de uma prática reflexiva que, em termos giddensinianos, corrobora com um sujeito reflexivo que se situa no seu tempo e lança mão de possibilidades disponíveis daquilo que lhe é ofertado pelo seu contexto cultural, econômico e social, no cuidado consigo mesmo.

4.4. Percepções destiladas do cuidar-se: o campo do cuidado consigo

O cuidado consigo apreendido entre os informantes do nosso campo, compreende orientação médica, bem como informação de jornais, sites, literatura médica obtida de variadas maneiras, etc. O sujeito-consumidor de psicofármacos sabe

que seu cuidado consigo não depende apenas de uma terapia medicamentosa. Constatamos que este sujeito considera também, e não raro, a necessidade de trabalhar o que lhe faz sentir mal no âmbito subjetivo e isto significa reconhecer que ele pressupõe, em certa medida, aquilo que chamamos ascese, autoformação. Em linhas gerais, portanto, o medicamento é entendido como parte de uma terapêutica mais ampla:

Eu faço bioenergética⁴², mas eu faço bioenergética por uma questão de autoconhecimento, de crescimento. Não é exatamente para o pânico. - Paulo.

Eu precisava de um acompanhamento psicológico com um terapeuta e também fiz o tratamento alternativo com terapias alternativas; fiz yoga, fiz reiki. Mas eu não deixei o remédio. - Valdir.

É possível perceber que, no que guarda relação com o cuidado consigo, o informante Paulo ao mesmo tempo em que procura a bioenergética - terapia de cunho holista⁴³, deixa claro que sua adesão à ela não se dá em função do pânico ou de qualquer outro mal estar de natureza semelhante, mas por uma “questão de autoconhecimento”. O informante Valdir, mesmo recorrendo a terapias alternativas, não abriu mão do seu tratamento psicofarmacológico. É interessante notar, sobretudo, que Valdir, “fez” os tratamentos alternativos, mas continuou com a medicação, ou seja, ele se utilizou das terapias não medicamentosas temporariamente como um apoio, mas foi ao medicamento psicofarmacológico que esse informante conferiu uma eficácia mais segura:

⁴² Trata-se de uma terapia criada a partir do trabalho de Wilhelm Reich, aluno de Freud, que tomou o corpo como ponto de partida para trabalhar as emoções e desenvolveu uma técnica de aprofundamento e liberação de energias através da respiração para o tratamento dos sintomas neuróticos, como a depressão e a ansiedade. Posteriormente, os alunos de Reich ampliaram a técnica desse psicanalista para buscar integração entre mente, corpo e espírito. De uma maneira geral, os profissionais que hoje em dia orientam a terapia bioenergética, compreendem-na como um conjunto de técnicas holistas e se utilizam de técnicas de Reiki Usui Shiki Ryoho, Karuna, Seichim Reiki, Orixá Reiki, Reiki Eloim, Cura Quântica Magnificada, Frequência de Cura dos Cavaleiros da Ordem do Templo, Equilíbrio Interdimensional e Cristaloterapia.

⁴³ As terapias holistas se fundamentam no Holismo, do grego *holos* – que significa “todo”, e têm como crença que toda propriedade de um organismo, como sistema, humano ou não, só pode ser compreendido na soma de seus componentes.

Eu acho que ninguém deve esperar para tomar remédio. Quem sentir qualquer tipo de mudança no seu humor, no seu mental deve procurar um médico e tomar remédio. Eu fiquei vários anos sem tomar remédio só paliativando com alternativas. Se eu tivesse tomado antes, teria melhorado, não precisaria ficar tomando durante tanto tempo. – Valdir.

Ainda que possamos reconhecer elementos claros de reflexividade nesses sujeitos, o âmbito em que esta ocorre apresenta limitações consideráveis. Ora, a reflexividade pode ocorrer sem que se questionem os postulados mais amplos dentro dos quais se confronta problemas afetivos, existenciais, políticos etc., e fica claro que investimentos terapêuticos que não estejam ancorados nas bases de uma economia contemporânea de tempo e benefício, a ser obtido sempre em curto prazo, não figuram para esses sujeitos como “viáveis”, ou desejáveis.

Dos dezoito informantes da nossa pesquisa, um fazia terapia bioenergética paralela ao consumo de psicofármaco; um fazia terapia comportamental cognitiva (TCC); três informantes já haviam começado tratamento psicológico e recebido alta; quatro haviam iniciado o tratamento psicológico e deixado por conta própria; um disse que não fazia nenhuma espécie de terapia não medicamentosa, mas que tinha consciência da necessidade de fazer; quatro atestaram simplesmente que não faziam nenhum tipo de terapia, que não a medicamentosa, e não quiseram dar prosseguimento ao assunto.

Não pretendo voltar ao tratamento psicológico. Eu sei que não vou mais precisar. Queira Deus que não, porque eu estou tomando a medicação e estou me sentindo bem. Quando eu sinto necessidade de conversar eu converso com minhas amigas. Às vezes a psicóloga faz muitas perguntas que a gente não gostaria de responder. Mas, se precisar eu procuro. – Sônia.

A minha psiquiatra queria que eu fizesse terapia com ela, mas eu a acho meio doida. Eu fiz terapia um tempo e enjoiei, acho que os remédios são mais rápidos. - Caio.

É importante notar que os tratamentos terapêuticos pela fala, como os promovidos pela psicologia e pela psicanálise, são colocados pelos informantes como tratamentos de apoio passageiros. É possível, ainda, subtrair de suas falas que o meio de

obtenção de um benefício emocional rápido é um elemento que figura uma das motivações mais relevantes na justificativa pela opção da terapia psicofarmacológica, ou seja, à opção para o tratamento medicamentoso de seus mal estares psicoafetivos. Esse comportamento, intencionado em soluções imediatas, pode ser percebido como um limite da reflexividade nas sociedades contemporâneas - “sociedades dromocráticas” para usar o jargão de Paul Virilio (Virilio, 1996).

Percebemos que formas de constituição da subjetividade como a vivência cultural com seu meio ou a satisfação em atividades que simplesmente lhes propiciem uma experiência reflexiva não são priorizadas pelos nossos informantes. Entretanto, quando questionados sobre atividades lúdicas⁴⁴, dez destes sujeitos-consumidores relataram manter algum tipo de atividade como compor música, mexer com cinema e documentário, fazer bijuterias, ler, ouvir música, ver televisão, ir à praia, ir ao cinema, utilizar computador para navegar na internet, comunicar-se com outras pessoas através de programas que promovem comunicação *on line*, ou simplesmente jogar paciência, fazer palavras cruzadas e/ou fazer artesanato; oito disseram que não praticam nenhum tipo de atividade lúdica, dentre os quais, uma relatou que “não gosta” e que fazia bijuteria parou por conta de dificuldades com a vista; duas pessoas alegaram falta de tempo. Dentre as quais uma relatou:

Eu queria pintar, como remédio para enxaqueca. Se eu tiver uma atividade lúdica dessas, eu vou diminuir o ansiolítico: “ótimo!”. O problema é que nesse mundo que a gente vive ao invés de trabalhar o lúdico, você vai no remédio que é mais rápido. - Rosa.

Em relação a atividades sociais⁴⁵, doze informantes relataram que mantém atividades como dançar, ir à praia, freqüentar barzinhos, sair com amigos para

⁴⁴ Por “atividades lúdicas”, nesta pesquisa, consideramos toda e qualquer atividade recreativa, ou seja, capaz de divertir o informante em questão.

⁴⁵ Por “atividades sociais”, nesta pesquisa, consideramos toda e qualquer atividade que envolve interação do informante em questão com seu meio.

conversar, freqüentar igrejas, sair com os amigos para beber, ir a eventos familiares como festas de aniversário, freqüentar shows, teatros e cinema. Seis informantes relataram não manter nenhum tipo de atividade social, e justificaram isso com falta de ânimo, falta de tempo em decorrência de estudar e trabalhar ao mesmo tempo e uma informante, em especial, justificou “vergonha” por estar acima do seu peso normal (15 kg a mais que o seu peso normal) e sem cabelos (careca) em função de um tratamento quimioterápico:

Eu tenho vergonha, porque ainda não cresceu cabelo. Até descobrir a doença eu saía muito. Eu engordei muito, cerca de 15 kg, é horrível. Dá mais depressão. - Sônia.

Repetidas vezes durante a realização das entrevistas ficou claro que, para muitos dos nossos informantes, atividade social é aquela que é necessariamente “paga”, ou seja, “consumível” e/ou que disponibiliza bebidas alcoólicas. Dos dezoito entrevistados apenas quatro citaram atividades sociais em locais sem álcool e livres do que podemos chamar de um “consumo mínimo”⁴⁶. O informante Mário mencionou “conversar com os amigos”, o informante Edson, citou “futebol” e “pelada”, as informantes Arlinda e Bia, mencionaram a freqüência às suas igrejas, respectivamente, católica e evangélica.

Dois temas que não estavam previstos em nosso roteiro de entrevista, ganharam relevância nas falas dos nossos informantes durante os questionamentos sobre “efeitos colaterais” do tratamento com psicofármacos: o consumo de álcool e a baixa da libido. Ambos os temas acabaram nos proporcionando uma visão mais ampla de como se constitui a vida cotidiana desses sujeitos com a terapia psicofarmacológica num âmbito íntimo. Sobre o consumo de álcool dois informantes revelaram que mesmo durante o tratamento, ou seja, sob o efeito de medicação, fazem uso de bebida alcoólica;

⁴⁶ Compreendemos como “consumo mínimo”, gastos em entrada de shows, cinemas, teatros, partidas de eventos esportivos em ginásios, reserva e/ou mesa em bares e restaurantes.

dois outros informantes disseram que param com a medicação quando se programam, ou desejam beber alcoólico. Ora, esse fato permite inferir certo grau de autonomia dos entrevistados com relação ao uso de psicofármacos no contexto de um processo terapêutico. Pode-se afirmar que a crença num efeito rápido do medicamento coloca em segundo plano a terapêutica e a perspectiva de cura e que o cálculo admitido aí, ainda, esboça uma atitude mais complacente de convívio entre a possível dependência psicofarmacológica e a doença:

Por exemplo, têm dias que eu vou sair para beber num barzinho, aí eu não tomo o Rivotril® para dormir, mas todo dia eu tomo a Fluoxetina. – Valdir.

Às vezes eu passo dias sem tomar, inclusive, por conta de querer ir numa festa; eu me programo de forma que naquele dia eu não tenha consumido nenhum tipo de medicamento. – Paulo.

Sobre a libido, dois dos nossos informantes disseram lidar de forma receosa com esse tipo de empecilho. Uma informante disse que procurava não deixar que seu companheiro percebesse esse efeito e outra até atribuiu certa “opção”, se referindo à possibilidade de ficar “mais tranquilinha”, a despeito dos inconvenientes do medicamento, já que está sem atividade sexual; uma informante demonstrou-se preocupada com os jovens que consomem esse tipo de medicamento sem orientação e/ou esclarecimento adequados; um informante relatou que suspende sua medicação quando deseja “transar direito”.

Eu acho que isso vai melhorando com o tempo. No começo foi uma fase de adaptação. Mas ainda assim, eu acho o sexo diferente quando eu estou de cara [sem efeito de medicamento]. Mas é tão sutil que eu acho que eu consigo não deixar meu parceiro perceber. Não deixo de sentir, mas de cara é melhor. – Verônica.

A única coisa que eu li na bula, que não sei se a gente incorpora psicologicamente, é que ele deixa a gente mais tranquilinha de libido, dá uma acalmada. Para gente que está só, ainda tem essa opção. – Dilma.

Esse grupo jovem tem que ter muito acompanhamento, porque essas drogas agem em cima da libido e isso é péssimo. – Cassandra.

Ainda estou lidando com isso, tem seis, sete meses que eu estou tomando Paroxetina. É chato porque eu tenho parceiro fixo há nove anos e ele tem que ter muita paciência, porque eu realmente perco a vontade de fazer sexo e, quando faço, fico meio sensível.

Sei lá, meu pênis fica muito sensível, demoro a beça para ejacular. Enfim, não sinto muito prazer. Na verdade eu lido com isso parando de tomar a medicação por algum tempo. O que eu não deveria fazer. Eu paro por cinco dias, porque aí o efeito some. Segundo minha psiquiatra, geralmente quando passa de um remédio para outro tem que dar o tempo de cinco dias para o remédio sair do corpo. Aí é quando eu consigo transar legal, transar direito. - Caio.

A “opção” assimilada por Dilma pode ser interpretada como uma reflexividade conformista à medida que essa informante se utiliza dos efeitos da sua medicação, também para ludibriar suas próprias necessidades fisiológicas naturais. Sobre a resposta da informante Verônica, três elementos chamam atenção: i) a percepção de que uma adaptação é possível “com o tempo” de consumo, e isso figura como um meio, percebido pelo sujeito, de dominar em si próprios os efeitos colaterais do medicamento; ii) o da preocupação implícita de “não deixar” o parceiro “perceber” a alteração na sua libido, que podemos assimilar como receio de que um efeito colateral fisiológico seja confundido com o efeito de uma indisposição afetiva; iii) o do reconhecimento de que “de cara é melhor”, ou seja, que o sexo sem a interferência desse efeito colateral é mais prazeroso, a despeito de todo esforço empreendido na elaboração de formas de lidar com esse efeito, ou seja, com a baixa da libido - idéia compartilhada pelo informante Caio.

A economia desvelada a partir das informações sobre a abstinência alcoólica e a baixa de libido não são relevantes apenas para este capítulo da pesquisa. A partir da observação de como estes sujeitos-consumidores lidam com tais efeitos colaterais específicos, tivemos a oportunidade de perceber como eles realizam, também, cálculos de si mesmos. Num contexto no qual os sujeitos desenvolvem mecanismos de proteção para manter, ao mesmo tempo, seu conforto emocional e suas satisfações cotidianas asseguradas, a capacidade de adaptação emerge como uma chave preciosa. Da programação para “beber com os amigos” à busca de formas de um entendimento com seus parceiros e dissimulação para “não deixar perceber” a baixa da libido, percebemos

que a esses sujeitos-consumidores de ansiolíticos e antidepressivos operam, num âmbito íntimo e individual, mais que uma “dieta”, uma verdadeira economia, por exemplo, dos seus prazeres, que acaba acaba sendo indiretamente adotada, também, por terceiros. Apesar de essa economia ter como finalidade a equalização da tensão entre usufruir o bem estar e a segurança, tanto de uma dimensão física como psicoafetiva, proporcionados pelo consumo desses medicamentos e manter certo grau, ainda que baixo, de autonomia sobre seu corpo, percebemos que é no campo da subjetividade que ela surge, ganha importância e é operada, por isso, a chamamos de *economia subjetiva*.

O ansiolítico eu acho que ajuda, eu realmente noto. A Fluoxetina não me agrada, eu a associo ao aumento de peso e ao coração acelerado. – Mário.

Eu sou menos angustiado do que eu era. Os remédios ajudam a controlar minha ansiedade. Há uma coisa ruim, a Paroxetina atrapalha a minha capacidade de concentração, mas tirando isso, eu sou uma pessoa muito mais calma, menos deprimida, penso menos em besteira que eu pensava antes. – Caio.

Esse medicamento é fantástico. Eu consegui passar por certas situações que se eu não tivesse tomando ele não teria conseguido. Vão dizer assim: “ele inibe um tipo de emoção?” Não. Pelo contrário. Ele me deu o equilíbrio para eu viver certas situações. Lógico, não são todas, e você não fica dopada, você sente medo, tem emoções... Passei por uma separação de vinte anos de um casamento e foi assim maravilhosa a separação. Eu posso dizer que eu não sofri nada, ou quase nada. Eu acho que foi porque a Paroxetina me deu equilíbrio, tudo é química. Se a minha química, se a minha endorfinazinha, não está enchendo o baldinho que tem que encher como deveria, derrama metade do baldinho no meio do caminho, eu tenho que fazer esse baldinho encher para que eu fique normal. Porque anormal é ficar estressada, é ficar irritada, é ficar para baixo. - Cassandra.

Percebemos que os nossos informantes realizam cada qual sua economia subjetiva, na qual calculam as vantagens e desvantagens do consumo do medicamento psicofarmacológico e fundamentados em critérios exclusivamente qualitativos, pois, mesmo relacionando a Fluoxetina ao “aumento de peso” e ao “coração acelerado”, o informante Mário não deixou de tomar sua medicação; de forma semelhante o informante Caio colocou o benefício da diminuição da angústia e do controle da sua ansiedade acima do desconforto desse medicamento “atrapalhar” sua concentração. Do depoimento da informante Cassandra podemos inferir que, apesar da metáfora

quantitativa usada do “baldinho”, possibilidades como a de dispor um “equilíbrio” para viver situações difíceis justifica a sua opção de consumir Paroxetina em face dos riscos de ficar “anormal”, ou seja, “estressada”, “irritada” ou “para baixo”.

Os efeitos colaterais mais citados pelos informantes nesta pesquisa foram inchaço, perda de apetite, falta de ar, tontura, boca seca, arritmia cardíaca, ressaca, crise de choro, calafrio, tremor e depressão; três informantes relataram desconforto gástrico com Fluoxetina manipulada; sete informantes disseram que nunca sentiram nenhum efeito colateral:

O desconforto gástrico é muito grande. Eu comecei comprando manipulado que é mais barato que em laboratório, me fez muito mal. – Dilma.

Eu tinha uma angústia que todo mundo falava, inclusive o psiquiatra, que com o remédio ia melhorar. Eu sentia calafrio, as mãos geladas, o coração palpitava, fisicamente era horrível. Psicologicamente eu não imaginava que eu tomando aquele remédio, eu tava pior ainda... Não quis procurar outro profissional para um segundo diagnóstico, eu decidi parar. – Jeane.

Experimentei há muito tempo atrás um chamado Lexotan[®]. Não gostei porque eu acordava com ressaca. – Valdir.

Eu tava inchando, eu ganhei cinco kg a mais. Parei sozinho, sem médico, aí ia precisar de novo tomar, levei uns quatro meses, fui parando de metade. – Felipe.

Com efeito, nossa percepção da economia subjetiva elaborada pelo sujeito-consumidor não representa em termos foucaultiano algo que se possa classificar de ascese no seu sentido pleno. Ainda que a elaboração de estratégias para lidar com um problema que não tem solução prevista denote uma prática de si, sobretudo à medida que requer tanto uma ausência de medidas exatas como uma atenção sobre si e sobre o seu meio, tais estratégias se constituem, claramente, em adaptações necessárias com uma duração limitada e não em algo que se possa tomar por uma “arte da existência” da parte desses sujeitos. Reconhecemos, entretanto, que a economia subjetiva operada por esses sujeitos, tanto de um olhar sobre o cuidado consigo como sobre a elaboração de estratégias para assegurar o consumo eficiente de seus medicamentos, constitui um

exercício de “consciência prática”, ou seja, de uma “parte integrante do [seu] monitoramento reflexivo”, sem empecilhos de barreiras cognitivas ou emocionais (Giddens, 2002:39):

Eu achava essa coisa de horário muito chata. Essa disciplina... Agora ficou uma coisa até automática, Em relação aos efeitos eu sinto uma coisa positiva mesmo em relação ao tratamento porque eu consigo medir isso quando eu deixo de tomar. – Verônica.

Eu tomo sempre depois do almoço, que é uma refeição grande, e meu estômago está mais protegido. – Dilma.

De manhã cedo quando acordo já tem um copo com água na cabeceira. Eu o tomo junto com o remédio de tireóide, da pressão: Tudo junto: É automático. – Cassandra.

Eu tomo de uma forma sistemática, ou mais ou menos sistemática porque, depois de um tempo, eu próprio mudei a própria sistemática. - Paulo.

Eu tomo o Paxan[®] de 2mg todos os dias de manhã e Rivotril[®] de 0,5 e 0,25, mas o Rivotril[®] eu não tomo todos os dias... Geralmente eu tomo quatro, três vezes por semana. É uma adaptação que eu fiz. – Caio.

Sobre a compreensão que nossos informantes têm de um cuidado consigo a partir da relação estabelecida nesta pesquisa com o consumo de psicofármacos, percebemos que esse cuidado é fundamentado nas percepções de seu próprio corpo, tanto como do que é compartilhado no seu cotidiano pelo seu meio como um “cuidar-se”. Não encontramos nenhuma preocupação que nos remetesse a qualquer prática que possa ser relacionada a uma “cultura da existência”. Embora não afirmemos com isso que estes sujeitos-consumidores não exercitem questionamentos existências, antes, constatamos que o argumento geral que justifica esse consumo é de ordem da vida em tempo real.

Durante algum tempo a minha vida foi atrapalhada por isso. Eu sentia uma vontade muito grande de estar com as pessoas, isso era penoso. Mas depois eu comecei a duelar com o pânico, comecei a fazer uso do medicamento. - Paulo.

Elementos que pudessem guardar alguma relação com uma transformação de si, no sentido de conversão dos antigos, como vimos numa cultura de si, a exemplo de uma preocupação com a arte de uma existência ou de legar exemplos com esta arte para

posterioridade, não foram identificados nas falas dos nossos informantes. As motivações para consumir o medicamento psicofarmacológico para uma solução do sofrimento psicoafetivo, emergiram fundamentadas, sobretudo, em preocupações cotidianamente experienciadas, embora seja perceptível a relação que essa preocupação remonte às experiências passadas, assim como acaba exercendo uma espécie de “profilaxia da subjetividade”:

Eu acho que ninguém deve esperar para tomar remédio. Quem sentir qualquer tipo de mudança no seu humor, no seu mental deve procurar um médico e tomar remédio. Eu fiquei vários anos sem tomar remédio só paliativo com alternativas. Se eu tivesse tomado antes, teria melhorado, não precisaria ficar tomando durante tanto tempo. – Valdir.

Tirou aqueles sintomas insuportáveis que vivia e nesse sentido eu acho o medicamento maravilhoso, o adoro. Eu nunca tinha ouvido falar em distímia. Ler sobre distímia me localizou dentro disso: “A síndrome do mau humor”. Eu estava dentro disso, irritada, completamente irritada... Mas não era nem só o mau humor, era o nível de tolerância zero. Eu adorava confusão. Era uma agressividade que vinha de repente. Hoje em dia eu sou muito zen. Tem hora que eu me irrita, mas é uma coisa completamente diferente. Eu às vezes, vejo a pessoa como eu era: “Meu Deus, eu era desse jeito! Que intolerância, que falta de paciência é essa?”. – Cassandra.

Contudo, inferir disso que o sujeito contemporâneo não tem uma posição reflexiva, ou seja, também de resistência frente à possibilidade de uso desses medicamentos para um conforto de seus sofrimentos, não seria uma afirmação correta:

Eu tentei uma melhora. Eu tentei me curar. Porque eu não podia escutar a minha filha chorar que eu não queria ficar perto dela. E eu achei que fazendo aquele tratamento aquele meu sentimento ia mudar. Quando na verdade seria o caso de uma terapia não de remédio. Minha expectativa era que melhorasse. Eu não tive grandes mudanças, continuou para mim na mesma coisa, indo para pior o que eu sentia, eu até piorei. – Jeane.

Agora mesmo faz seis meses que eu não uso. Eu tomava de manhã e à noite para poder dormir porque eu só ficava acordada. E agora com o câncer de mama eu fiquei várias noites acordada. Ele me ajudou. Porque é como eu digo: “A gente passar uma noite acordada, amanhece o dia péssima”. – Norma.

Devemos ainda considerar algumas falas de informantes que ilustram nossa percepção de que o movimento reflexivo de cada um desses sujeitos é contingente, aberto e privado:

O médico disse: “Você demonstra ter ansiedade, porém a dosagem que você toma de 0,25mg não é legal, você vai tomar 0,5mg e se tiver muito nervoso, você passa para 1mg”. E aí ele receitou a Fluoxetina de 0,5mg, porque disse que eu também tinha características de quem tem depressão, que deveria ser acompanhado por um psicólogo para ver o por que dessa depressão e fazer atividade física. Pelo que eu entendi, vai suprir o remédio aos poucos. Eu fiquei até feliz. Eu queria não tomar nada. – Mário.

Vamos dizer, 100% de um grupo está fazendo uso da Paroxetina, depois de um ano, dois anos, se diminui, pára. E a gente vai esperar o que vai acontecer. Desses 100%, 70% liberou, está perfeito, sem depressão, sem nada. 30% precisa continuar o tratamento porque está ainda depressivo. Então esses 30% volta a ser 100% e começa novamente outro tratamento. Quando termina novamente, esses 30% passam a ter que tomar para o resto da vida, como uma medicação que eu tomo para tireóide para o resto da vida, como para a pressão alta para o resto da vida... Eu acho que eu sou desse grupo dos trinta. Eu já tentei deixar, mas eu sou distímica, então, eu começo a ficar mal humorada, irritadíssima. Já provei por mais de uma vez que, talvez, eu pertença a esse grupo dos 30%. - Cassandra.

Se for a profilaxia do ansiolítico eu tomo por dois meses para efeito de enxaqueca. Aí depois eu tomo um comprimido por dia, nesses dois meses, e tenho que parar, de dois a três meses reduzindo... Um todo dia, aí depois, um a cada dois dias, depois um a cada três dias. Aí vou desmembrando até ficar sem nada. – Rosa.

A rede de sujeitos-consumidores de psicofármacos aqui investigada percebe que sua subjetividade é algo mais do que uma estabilidade orgânica que pode ser “retificada” através da interferência de um agente químico. Entretanto, o que apreendemos do cuidar-se contemporâneo, é que fatores de ordem econômica, política e sócio-culturais, interferem tanto na percepção que esse sujeito constrói de si mesmo, como na visão que ele abstrai do mundo. Não se trata de questionar algo que foi “retirado” do sujeito ao longo de sua trajetória, mas sim de perceber o que foi “transformado”. Compreendemos que o cuidado de si, no âmbito de uma estética da existência, foi o ponto de partida para que chegássemos até o projeto de um eu reflexivo.

4.4.1. Uma era proteofóbica: o campo da medicalização

Teorias sobre doenças sempre estiveram localizadas dentro do “repertório cultural de grupos humanos e variam [ou variavam] no tempo e no espaço em consonância com variação cultural”, fossem estas de cunho científico ou religioso,

envolvendo etiologia, diagnóstico, prognóstico, tratamentologia e cura (Queiroz; Canesqui, 1986). Entretanto, pela fala de nossos informantes percebemos que esse repertório que integrava o instrumental médico à pessoa, típico da medicina tradicional, fragmentou-se com o passar do tempo e o desenvolvimento dos fundamentos racionais e empíricos modernos.

A esse respeito, Perrusi observou que como pano de fundo de toda essa inovação, o indivíduo passa, ainda, por um processo de fragmentação da existência na qual:

[...] depende apenas de si mesmo para vencer na vida. Sozinho, produz a construção solitária de sua *performance*. Tenta a todo momento construir a si mesmo. Agora a identidade é uma construção individual, isto é, uma responsabilidade do indivíduo. O destino é uma construção idiossincrática: não tem raiz no passado, nem aponta para o futuro, firma-se no presente, no aqui e agora (Perrusi, 2003: 73) (Grifos no original).

Como a disponibilidade do medicamento como dispositivo desenvolvido para a solução de problemas originados dentro e a partir das circunstâncias em que esse sujeito contemporâneo vive, interage, constitui e pelo qual também é constituído, é acolhido pelo sujeito-consumidor de psicofármacos? Nesse contexto, localizamos o consumo emergente do antidepressivo e do ansiolítico atuando em ambivalência: ora sobre o pessimismo à medida que previne um mal estar; ora sobre a esperança de poder ser livre de qualquer incômodo ou sofrimento que lhe atormente a segurança ontológica. Mas será que isso é suficiente para cogitar que a decisão de consumir a substância “certa” promove ao sujeito-consumidor de psicofármacos uma amenização dos impactos emocionais como uma atuação da sua reflexividade?

Três questionamentos importantes emergem desse contexto: Como se dá o primeiro contato do sujeito-consumidor de psicofármaco com esse tipo de medicamento? Esse sujeito recebe uma orientação adequada do seu prescritor? Caberia supor que uma simulação desse tipo pode disponibilizar tamanha comodidade ao

sujeito-consumidor a ponto de fazê-lo se desresponsabilizar de suas demandas cotidianas, se não mediado pelo uso de um psicofármaco?

O primeiro [consumo] foi independente. Eu tomava Lexotan[®] às vezes, quando sentia que essa angústia tava muito grande. Mas não era regular, era só nesses picos. Eu tomava de vez em quando da minha mãe. Era o Lexotan[®] e o Valium[®]; eu tomava para amenizar essa angústia, principalmente quando tava de TPM. Tomava à noite, para apagar mesmo. – Verônica.

Como minha mãe já tomava os remédios Pamelor[®] e Dienpax[®], aí já houve uma facilidade em casa. Quando eu tava aperreada, tipo assim, uma prova, aí eu precisava dormir e não conseguia dormir aí: “Mainha me dá um teu desses”. Somalium[®] na época fez muita moda, porque as mães sempre tomavam. Teve uma estória muito engraçada: De tanto eu levar para ela, como eu também tomava para minha enxaqueca, aconteceu de eu estar levando o remédio para ela, e no meio do caminho com o copo d’água eu tomar. O vício de você olhar para ele, a ação de estar com o copo na mão, levava a tomar. – Rosa.

Minha mãe tomava. Depois eu senti necessidade de tomar para acalmar. Depois eu tive pânico e tive que começar a tomar regularmente. – Valdir.

Sobre o primeiro contato com psicofármacos: seis informantes disseram ter sido prescritos por médicos psiquiatras; oito informantes revelaram ter sido prescritos por outros médicos, dentre os quais, neurologistas, clínicos gerais, endocrinologistas, médicos do trabalho, geriatras e cirurgiões plásticos e os três informantes com as falas acima, relataram seus primeiros contatos com os psicofármacos, em casa, através de acesso à medicação de suas mães.

Para Giddens “o mundo das “aparências normais”” tem fundamento na “noção de risco [que] se torna central numa sociedade que está deixando o passado, o modo tradicional de fazer as coisas, e que se abre para um futuro problemático”, embora a confiança, mesmo aí, permaneça como um traço básico e elementar das relações humanas (Giddens, 2002: 106-119). Constata-se, portanto, a separação moderna entre o que se compreende nesse ambiente como fatalismo e o que se apreende como fatalidade, sobretudo, a partir do momento que “decisões difíceis podem vir a ser tomadas, mas que elas são manejadas por estratégias desenvolvidas para lidar com elas como parte das atividades correntes da questão” (Giddens, 2002: 107). Compreendemos

que, admitindo a reflexividade como postura de sujeitos contemporâneos, uma atitude tomada não deve ser levada adiante caso esse sujeito assim não o deseje. No caso dos nossos informantes é evidente que muitas teorias de cunhos psicanalíticos e psicológicos poderiam realizar - e provavelmente o fariam - uma leitura diferente da nossa. Admitindo todo o processo de continuidade do eu como um projeto de reflexividade, entretanto, cremos que estes três informantes, a altura de suas entrevistas respectivamente, com 34, 38 e 40 anos de idade, lançam mão do tratamento psicofarmacológico por opção, ainda que o primeiro contato com esse tipo de medicamento tenha sido nos três casos - de forma explícita, fortemente influenciado.

É necessário, ainda, atentar para a possibilidade de um relativismo econômico e considerar algumas disparidades, como aquela entre os custos de terapias medicamentosas e não medicamentosas. Ocorre que uma caixa de psicofármacos que “ampara” um sujeito-consumidor pelo período de um mês, pode algumas vezes custar 5% do que se cobra por uma sessão de terapia não comportamental, a exemplo das terapias analítica, psicológica, cognitiva ou bioenergética⁴⁷.

Sobre uma orientação adequada para o consumo de psicofármacos, chamou-nos atenção o grau de insatisfação, quase geral, constatado entre os informantes, a respeito do atendimento médico especializado:

Geralmente de dois em dois meses, porque sempre compro duas caixas... Já peço porque tenho dificuldade em remarcar, aí ela passa mais de uma logo, geralmente dá para dois meses. – Verônica.

Eu visito o psiquiatra uma vez por mês. Porque meu plano de saúde só cobre uma visita e ela cobra muito caro. Às vezes eu passo dois meses sem ir nela, porque ela me dá tanta caixa de Paxan[®], de Paroxetina, que eu não preciso voltar lá. – Caio.

A informante Verônica frequenta um hospital militar como dependente de seu pai; o informante Caio, consulta endocrinologista e psiquiatra através de um convenio

⁴⁷ Segundo o informante Paulo, uma caixa do Rivotril[®] do laboratório Roche, com 30 comprimidos sublinguais de 0,25mg, tem o preço tabelado de R\$ 3,58, enquanto a sessão de sua terapia bioenergética custa R\$80,00.

de saúde privada. A dificuldade de acessar um especialista capaz de orientar o uso racional desse tipo de medicamento - incluindo na perspectiva de um uso racional, o monitoramento profissional capaz de garantir ao sujeito-consumidor a observação clínica sobre a eficácia da terapia em curso e, conseqüentemente, a orientação para suspensão e/ou mudança na administração do medicamento em uso, manifestou-se, também, como um elemento importante que se relaciona com a percepção destes sujeitos sobre a possibilidade da dependência do psicofármaco. Três de nossos informantes declararam ter medo de se tornarem viciados e isto interfere diretamente na adaptação, por conta própria, de dosagens em desacordo com a orientação médica:

Antigamente eu tomava direto. De mais ou menos uns seis meses para cá, eu parei porque eu não quero ficar viciado mais não. Eu passei uma época assim, só dormia se tomasse o medicamento. Eu ando com um comprimido dentro da minha bolsa. Quando estou atacado mesmo, eu tomo. Tomo meio. O médico passou para tomar um, mas eu tomo meio. – Edson.

Tomo um comprimido por dia, mas eu divido, um pedacinho de dia e o outro pedacinho eu só tomo a noite. Eu estou tentando diminuir sozinha. – Gilma.

Mais uma vez aqui, podemos perceber elementos de uma economia subjetiva.

A decisão de calcular o risco de uma possível dependência passa por um processo de elaboração cognitiva: é quase um cálculo racional. Partindo da premissa da segurança ontológica, a consciência reflexiva atua na elaboração de uma dieta do medicamento, porque o indivíduo sabe o risco que corre em relação à dependência (Giddens, 2002: 40; 133).

Sobre a questão da frequência com que visitam seus prescritores, os informantes responderam: dois que o fazem de dois em dois meses; dois visitam seus prescritores de três em três; um informante relatou a cada 40 dias; um informante uma vez por mês; dois informantes, duas vezes por ano; quatro informantes, quando o remédio acaba ou está perto de acabar:

Olha, a frequência com que eu volto ao médico é quando o medicamento acaba... Se eu vir faltando dois, aí eu corro pro médico para pelo menos botar no estoque, porque eu tenho medo de precisar e não ter. – Edson

O problema é o meu médico. O plano de saúde que eu mudei... Eu ainda fui a uma consulta particular para ele, mas é dispendioso. – Gilma.

Encontramos, mais uma vez, elementos sócio-econômicos que incidem diretamente na opção pelo acompanhamento médico e, além disso, ecoam na forma do gerenciamento do medicamento por conta dos próprios sujeitos-consumidores. Quando a prescrição se faz necessária periodicamente e o paciente não tem garantia de retorno ao médico-prescritor, ele se encarrega de se “abastecer” do medicamento que consome, comprando tantas caixas quanto possa, para até um novo retorno ao médico. É conveniente salientar a relação peculiar que se estabelece entre médico e paciente: qualquer traço de uma terapêutica efetiva que envolvesse o médico num processo de autotransformação e de cura do paciente é apagado diante de demandas marcadas por um pragmatismo estreito (Martins, 2003). O horizonte desse pragmatismo é o curtíssimo prazo e a desumanização das relações médico-paciente – de onde decorrem, evidentemente, que alguns fantasmas, como o da dependência, tornem-se praticamente inevitáveis.

A médica não me explicou nada. Ela até me falou que o medicamento não era controlado. Mostrou até um papel: “Controlado seria se fosse esse”. Só que quando eu fui comprar na farmácia, era controlado, o rapaz me disse que era controlado, não vendia, sem prescrição, porque era controlado. – Bia.

Ele falou mais que eu procurasse não tomar muito para não ficar viciado. Porque esses médicos desses postos... Ele mal conversa com a gente. A gente chega lá, ele muito mal olha para cara da gente e já está escrevendo, não sabe nem o que é que a gente tem. Outros ainda são atenciosos, deixam a gente falar, dizer o problema que a gente tem, têm outros que são tão apressados que nem perguntam. – Edson.

Bia e Edson residem no mesmo bairro e freqüentam o mesmo posto de saúde.

Nas ocasiões relatadas, respectivamente, Bia havia sido atendida por um clínico geral, da mesma forma que Edson, porque na unidade de atendimento do bairro em que eles residem, não tem psiquiatra; Mário foi atendido em clínica privada através do seu plano

de assistência médica. Percebemos que a diferença de orientação sobre a medicação prescrita no caso de Bia, poderia ter causado algum dano maior, a partir do momento que Bia sequer tinha conhecimento do teor do medicamento que lhe foi prescrito, tratando-se de um medicamento controlado e que deve ser administrado com cautela. Tomando o caso de Mário, percebemos uma atitude completamente diferente: seu médico esclareceu que ele não dependerá indefinidamente de medicamentos psiquiátricos para seu bem estar.

O que podemos inferir desse quadro é que a reflexividade no cuidar-se, diferentemente daquela exercida no cuidado de si, é operada em uma circunstância política limítrofe que de um lado contribui para a constituição de um *ethos*, em grande medida, conformista e de outro abre espaço para que os sujeitos contemporâneos necessitem se firmar no “aqui e agora”, através da elaboração de economias subjetivas próprias. A subjetividade que aí sobrevive, entretanto, busca a adequação possível, diante, por exemplo, da indisponibilidade do acompanhamento necessário para uma terapia medicamentosa, devidamente, orientada, e o que ela lega é o fantasma da dependência.

Perguntamos aos informantes sobre a sensação da ausência do medicamento à mão: sete informantes disseram ter sensações negativas, como medo, insegurança; onze informantes, disseram que era indiferente a ausência temporária do medicamento:

É de desespero, num primeiro momento, é de desespero. – Paulo.

Eu tenho sempre para um caso de necessidade. Antes da ansiedade eu tinha medo dele acabar, hoje em dia se acabar fico sem ele e procuro esquecer. Agora, se eu vir que vou sentir qualquer coisa, é melhor me prevenir. – Arlinda.

Se não tiver para tomar também não endoideço, não tomo e acabou. Mas se eu ficar com certeza que eu não tenho ele, para se o pânico aparecer, se eu ficar com certeza que eu não tenho a medicação, aí eu fico nervosa, fico querendo comprar ele para ter uma segurança. Eu me sinto ansiosa, eu quero de todo jeito comprar ele, mesmo que eu não tome... Eu tenho medo de ter o que eu tive, eu invadi um hospital. – Gilma.

Sinto-me bastante incomodado em relação a Paroxetina. Rivotril® não, porque mesmo que eu não tenha, sempre arranjo em qualquer lugar. A Paroxetina, pronto... Eu já estou desesperado porque eu tenho que ir e só estou com quatro comprimidos em casa. Já fico louco, nervoso. Na verdade o medo que eu tenho de ficar deprimido. E assim, depois de dois dias, o medo que eu tenho é de ter pesadelos, mas o medo maior é o de ficar deprimido. – Caio.

Já houve de eu passar quase uma semana sem tomar. E quando eu li também que tem o tempo de desassimilação. Eu meio que tava acobertada nesse período Também, eu sabia que ia tomar logo, imediatamente, não fiquei em pânico, mas preocupada... Essas reações, que eu começo a perceber que são fisiológicas, levam mais tempo [para ocorrerem] sem o remédio. De abstinência, uma semana, dez dias. Aí eu sinto mesmo. Agora, dos primeiros dias, isso é psicológico, eu tenho convicção que é. É como se você tivesse esperando uma cólica menstrual e você ficasse agoniada para ir atrás de um analgésico. - Dilma.

As contradições nas falas são evidentes. O medicamento à mão é sinal de segurança ainda que para “prevenção”. A lembrança da sensação do desconforto emocional, também é recorrente entre os informantes: “Eu tenho medo de ter o que eu tive, eu invadi um hospital!”, ou ainda “Na verdade o medo que eu tenho é de ficar deprimido [...] de ter pesadelos, mas o medo maior é o de ficar deprimido”.

A ansiedade é emoção semelhante ao medo. Porém, enquanto este é fruto de ameaça definida, na ansiedade a fonte do perigo é incerta ou desconhecida (Guimarães; Graeff, 1999:123).

A insegurança e o medo relatados pelos informantes, contudo, não apareceu circunscritos a manifestação de sensações relativas a uma vida privada e possível de ser administrada numa relação curta e direta, como a que se estabelece entre sujeito-consumidor e prescritor, quando este sujeito procura um médico na iminência de ficar sem seu medicamento. Por duas vezes, insegurança e medo também se manifestaram nas falas de nossos informantes, através do relato de sensações relacionadas à vida pública e a violência urbana:

Até o dia-a-dia mesmo de violência [...] As pessoas tão ficando doente, com medo de pegar ônibus, com medo de andar a pé. Pânico, depressão, doença do trabalho. Ultimamente eu acho mais que tomo por causa dessa violência, eu não fantasio, eu vejo com meus olhos, eu tenho que sair para andar muito, pela cidade, se vir alguma coisa por aí, eu sei me controlar, sei como me defender. – Arlinda.

E a violência aí iminente, faz com que você tenha distúrbios neuroquímicos, que uns tem mais facilidades para ter ou não, eu própria já fui assaltada três vezes. - Dilma.

Das três questões que colocamos textualmente para esse capítulo, o que percebemos é que contextos sócio-culturais e econômicos permeiam todas elas e que podemos constatar, especialmente, no caso de Bia, que o sujeito reflexivo contemporâneo tem limitações, como a despeito de mudanças de estruturas já postas.

Ao contrário da noção de que o medicamento psicofarmacológico possa atuar para os informantes desta pesquisa como potencializadores de um bem estar “pessoal”, o convívio com a violência surgiu em nosso campo como um elemento a ser destacado. Na fala de Arlinda, por exemplo, fica claro que o ansiolítico, para além de uma função individual, permeia uma solução política, à medida que ela se prepara com o consumo desse medicamento, também, para lidar com problemas de ordem de uma estrutura social, administrativa, enfim, pública, evidenciando, assim, um dos limites transpostos do uso do medicamento enquanto um dispositivo terapêutico pessoal. Essa resposta de Arlinda responde a última questão colocada, isto é, a ausência desse tipo de medicamento não apenas não faz o sujeito-consumidor se desresponsabilizar de sua vida cotidiana, como antes, poderia ser fraseada - duma perspectiva não muito distante, como a “psicofarmacologização da vida”, já que, assim como a medicalização da vida também pressupõe um alcance político. Assim, ao invés do “risco” considerado por Ehrenberg (Ehrenberg, 1995), do sujeito-consumidor de psicofármaco abdicar da responsabilidade de lidar com suas frustrações cotidianas na ausência de um “aparto químico”, o que constatamos, é que, antes, o risco maior repousa na possibilidade de este tipo de medicamento ser acomodado no papel de um “aparato político”.

O perfil do sujeito-consumidor de psicofármacos que traçamos a partir da nossa rede de informantes da Região Metropolitana do Recife, não coincide em totalidade com nenhuma das tipologias de um sujeito contemporâneo das literaturas importadas, embora identifiquemos vários elementos dessas tipologias e reconheçamos

a relevância de algumas delas, sobretudo, à recorrência. Ainda que percebamos que esse sujeito busca seu bem estar através do consumo de psicofármacos dos tipos antidepressivo e ansiolítico, não reconhecemos que isto esteja, necessariamente, voltado para uma produção farmacológica de si, ou para uma potencialização de capacidades específicas (Le Breton, 1999), bem como não percebemos qualquer intenção genuína na promoção de um esvaziamento de qualquer dimensão do campo de uma experiência interior (Birman, 2007a), ou admissão de uma impotência subjetiva em lidar com dificuldades cotidianas (Lipovetsky, 2007). Percebemos, entretanto, que em nossa rede o consumo do medicamento psicofarmacológico é assimilado como dispositivo para o confronto do sofrimento psicoemocional e com a perspectiva do evitamento da dor (Ehrenberg, 1991, 1995, 2000) e, assim, é à tipologia ehrenberguiana que reconhecemos uma aproximação mais forte com os traços que obtivemos do sujeito-consumidor que investigamos nesta pesquisa.

Capítulo 5. A Cultura de Consumo e o Medicamento-Mercadoria: “A gente é química!”

A cultura de consumo pode ser compreendida como o ambiente no qual o consumo não ocorre mais em função da necessidade de adquirir um “objeto-determinado, que deve ser consumido de forma determinada, à qual a própria produção deve servir de intermediário” (Marx *apud* Taschner, 1996/1997: 278), mas sim no qual se “designa um acordo social onde a relação entre a cultura vivida e os recursos sociais, entre os modos de vida significativos e os recursos materiais e simbólicos, dos quais dependem, são mediados pelos mercados” (Slater, 2001, 17) [sic].

O diálogo desta pesquisa com a cultura de consumo se justifica na medida em que o consumo do medicamento psicofarmacológico vem sendo associado em grande escala a esta cultura. Diante da suspeita de que o consumo do medicamento psicofarmacológico poderia estar compreendido na “estratégia do desejo” que no ambiente de uma sociedade “de consumo dirigido”, promove a “obsolescência da necessidade” através da manipulação das motivações reais (Lefebvre, 1991: 77-95), fez-se necessário investigar argumentos como o de que o psicofármaco incorporou a aura de uma mercadoria simbólica (Lefèvre, 1999) e passou a figurar um “passe” para o alcance da felicidade (Lipovetsky, 2007; Birman, 2007a).

5.1. O trajeto do consumo como cultura

Como uma noção geral do que se pode apreender o trajeto do objeto da cultura de consumo, ou seja, a própria prática de consumir, é possível afirmar que as maneiras com que as mais diversas sociedades o experienciam guardam uma ligação direta com formas distintas de manifestar a subjetividade.

O consumo foi exercido em função do poder de atuar como marcador social de ordem quantitativa e conspícua – sobretudo econômica, na época feudal e migrou para

uma ordem qualitativa, que prestigiava mais o que se mostrava em detrimento do que se possuía na época da corte (Taschner, 1996/1997), até chegar à conformação capitalista moderna, na qual passou a representar um meio de expressar “as “luxúrias”” como “meros “bons costumes”” e os bons costumes como “necessidades” (McKendrick *apud* McCracken, 2003: 37). Para Maria Eduarda Rocha a forma de compreender o que realmente significou a cultura de consumo “ainda não alcançou sua maturidade teórica”, porque os estudos nessa área se revelam limitados à “descrição de processos que transformaram o consumo nas sociedades ocidentais mais desenvolvidas”, faltando ainda uma discussão sobre as características que a define (Rocha, 2002: 37).

No rastro da crítica de Rocha, duas considerações, respectivamente de McCracken e de McKendrick, devem ser consideradas: i) quando se trata do trajeto que se faz do consumo como prática é necessário perceber que o próprio “comportamento social convertia-se em consumo e o indivíduo era mais e mais subordinado a um papel de consumidor” (McCracken, 2003: 40); ii) cabe reconhecer a esta cultura o feito de uma revolução capaz de ter operado “descontinuidades na história” análogas às que foram promovidas pela revolução industrial (McKendrick *apud* Taschner, 1996/1997: 29). A chamada revolução do consumo figurou um evento no qual a conspicuidade foi fortalecida, sobretudo, na modernidade e em função de nesta época “a aparência estética, o valor do uso prometido pela mercadoria” ter surgido “também como função autônoma no sistema de compra e venda” e passado a incorporar dois elementos: “primeiro, o valor de uso; segundo, e adicionalmente, a manifestação do valor de uso” (Haug, 1997: 26-27).

“O aspecto estético da mercadoria no sentido mais amplo – manifestação sensível e sentido de seu valor de uso – separa-se aqui do objeto. A aparência torna-se importante – sem dúvida importantíssima – na consumação do ato da compra, enquanto ser. O que é apenas algo, mas não parece um “ser”, não é vendável” (Haug, 1997: 26-27).

Dentre as muitas transformações sociais que essa revolução contemporizou, está o surgimento das “redes” de lojas que se instalaram no comércio e alteraram o hábito de “agências de mercados, feiras e vendedores ambulantes”, que passaram a se colocar em crescente e maior disposição durante todos os dias da semana à “exceção de domingo” (McKendrick *apud* McCracken, 2003:37). Nesta mesma época surgiu o conceito de *drugstore* que inicialmente figurou uma forma do farmacêutico, que morava nos fundos do seu estabelecimento, incrementar seus negócios com a venda de itens de perfumaria e higiene pessoal, aproveitando a fase da “democratização do desejo” na sociedade que inventou “o consumo-sedução” (Lipovetsky, 2007: 28). McCracken notou que neste contexto, especialmente, sobre o que significou para o sujeito moderno ser definido como “consumidor”, operou-se uma mudança de percepção do indivíduo sobre si mesmo a partir da qual o sujeito passou a supor que podia construir seu *self* por meio do consumo, a mesma medida em que o consumo poderia expressar o seu *self* e as novas noções inauguradas na modernidade, como as de espaço, tempo, sociedade, indivíduo, família e estado que- potencializadas pela dupla e direta atuação da cultura de consumo - acabaram por promover uma nova noção cultural no ocidente de “pessoa” (McCracken, 2003: 21-41). Da transformação do consumo e do mundo, operadas no século XVIII, seguiu-se a criação “de uma interação permanente entre o consumo e a mudança social” que se sedimentou no século XIX (McCracken, 2003: 49).

5.2. Da cultura de consumo moderna à sociedade do “hiperconsumo” - tempos de alta modernidade

Em *A Felicidade Paradoxal – Ensaio sobre a sociedade do hiperconsumo*, Lipovetsky desenvolveu um tipo de espiral panorâmico, dividido em três fases, para tornar inteligível a busca do sujeito moderno pelo prazer e pela felicidade no período que ele chama de “capitalismo de consumo” (Lipovetsky, 2007: 131).

A fase I, localizada no fim do século XIX, corresponde à criação de “um consumo de massa imperfeito, predominantemente burguês”, caracterizado pela produção em larga escala e pela “organização científica do trabalho”, bem como pelo fim do anonimato dos produtos, sobretudo, pela saída da relação pessoal entre vendedor e comprador e pela entrada da “assinatura” no lugar da coisa, ou seja, pela consolidação da “marca” (Lipovetsky, 2007:24-26). À fase II Lipovetsky associa “àquilo que chamamos de «sociedade da abundância»”. Trata-se da fase da “economia fordiana” e da lógica produtivista que visava à distribuição em larga escala, bem como da época das produções de fábricas com a psicologização das massas e a sedução do efêmero, na qual o estímulo, o desejo, a euforia e o culto ao bem estar material, através da privatização dos modos de vida cotidiana, deram início ao destronamento da “antiga modernidade disciplinar e autoritária, dominada pelos confrontos e ideologias de classes (Lipovetsky, 2007: 28-32). A fase III corresponde ao tempo presente, ou seja, a “era do hiperconsumo, [...] da comercialização moderna das necessidades, orquestrada por uma lógica desinstitucionalizada, subjectiva, emocional” (Lipovetsky, 2007: 36) [sic]. Trata-se da fase que substitui a ostentação aparente pelo usufruto da sensação e que, concomitantemente, enaltece a liberdade sensória-emotivo-afetiva e almeja o autocontrole como condição indispensável de socialização e garantia de pertencimento (Lipovetsky, 2007: 131-199) [sic]. A era do hiperconsumo é caracterizada pelo iminente interesse em consumir para si na expectativa de melhorar a qualidade de vida, conservar a juventude, potencializar a saúde e obter um melhor bem estar subjetivo; é uma época que estimula “novas funções” subjetivas de consumo, como a do “consumo emocional” (Lipovetsky, 2007: 39). Seu expoente - o “hiperindivíduo”, é o sujeito que inaugura o movimento de indignação contra a inumanidade, os prejuízos da cotidianidade e defende novas exigências como “segurança, intimidade, desenvolvimento pessoal”,

enquanto, ironicamente, produz, compartilha e consome um “excesso de produtos digitais, de rapidez, de instantaneidade” (Lipovetsky, 2007: 186; 188; 196). Mas este sujeito acumula, também, características das outras fases anteriores e por isso é capaz de dialogar tanto com a cultura de consumo como com outros fenômenos que nela se manifestam, incluindo o da medicalização da vida e dos humores.

Cinco modelos de níveis de abstração paradigmáticos foram desenvolvidos por Lipovetsky para guiar, abstratamente, os perfis que constituem este sujeito, dos quais três - o Narciso, o Dionísio e o Super-Homem - coincidem com perfis elaborados para estampar, respectivamente o auto-centramento exacerbado (Lasch, 1983), a paixão pelo prazer (Campbell, 2001) e a priorização da performance (Le Breton, 2003).

5.2.1. Narciso

O Narciso figura o modelo que representa “a privatização das existências levada[s] a cabo pela civilização consumista” (Lipovetsky, 2007: 132). Na obra *A Cultura do Narcisismo – a vida americana numa era de esperanças em declínio*, Christopher Lasch trabalhou, do historicismo à cotidianidade, passagens que contextualizam grandes mudanças sociais que ocorreram no comportamento social da sociedade norte-americana em meados do século XIX. Com exemplos como o da transferência da responsabilidade da esfera familiar sobre a educação dos filhos para “especialistas”, Lasch mostrou como se estendeu o processo tipificado do modelo de uma organização industrial à administração da vida pessoal e familiar que atuou como um treinamento aquiescente para os cidadãos modernos (Lasch, 1983: 217-224). O consumo, neste contexto, foi assimilado como um meio de realização simbólica entre os indivíduos que trocaram a “introspecção crítica” pelo autoescrutínio e concorreu, em grande medida, para o desenvolvimento de uma espécie de autodefesa desses sujeitos contra o tédio e o desespero para “escapar da sensação resultante de inautenticidade”

(Lasch, 1983: 127; Giddens, 2002:160), características da fase I elaborada por Lipovetsky (2007). O Narciso é utilizado como “uma metáfora da condição humana moderna” (Lasch, 1983: 127), porque se crê que foi em consequência dos traços narcísicos incorporados por esta sociedade que seus indivíduos passaram de um estado natural e saudável de distanciamento do “outro” – necessário para se manter reflexivamente situado no mundo, para um estado exacerbado e patológico.

5.2.2. Dionísio

O Dionísio secular do pensamento ocidental se opõe à razão e exalta os impulsos, as paixões e o êxtase em forma de alegria, festa, orgia e tudo que se relacione à arte e a criatividade. O Dionísio lipovetskiano contemporâneo – que tomamos como referência, entretanto, representa o cosmo das necessidades sobremultiplicadas “como consequência do princípio hedonístico, exacerbação da vida dos sentidos, prevalência dos desejos de desfrutar o prazer aqui e agora” (Lipovetsky, 2007: 132) [sic]. Trata-se de um “Dionísio de segunda categoria”, fruto de uma sociedade “antidionisíaca” que cultiva a expectativa dos prazeres pequenos, cotidianos - como as “pacatas diversões domésticas” (Lipovetsky, 2007: 183), e que se legitima contemporâneo tanto em sua perspectiva cartesiana, como em sua herança das “bases intelectuais da civilização prometeica da felicidade”, mas rejeita naturalmente o sofrimento passivo do seu destino e considera que parte da sua felicidade está contida nas “facilidades da vida”; ele assume como condição *sine qua non* para “a transformação do mundo, a actividade fabricadora capaz de aligeirar o sofrimento, de embelezar a vida, de alcançar cada vez mais satisfações matérias” (Lipovetsky, 2007: 186) [sic]. Por isso, o consumo deste Dionísio é voltado para a aquisição de “dispositivos” que lhe promovam “prazeres sensitivos e emocionais”, como o conforto da casa, a garantia da intimidade, o investimento na segurança, a liberdade de conectividade: seu consumo é regido pela

“emocionalização do conforto” e não mais pelo “caos pulsional” (Lipovetsky, 2007: 188-196). Este Dionísio corrobora, em grande medida, com o hedonista contemporâneo campbelliano que, ao contrário do hedonista tradicional que acionava a memória para um “prazer antecipado” a partir “da experiência passada”, fez do prazer o seu “princípio orientador” (Campbell, 2001: 114-129). O hedonista contemporâneo desfruta de sensações como o devaneio através da fantasia e da construção imaginativa e é, a partir disso que desenvolve a capacidade de transcender, característica da fase II na cronologia lipovetskiana: experiência “a aptidão para tratar dados sensoriais “como se” fossem reais, enquanto sabendo que, na verdade, são falsos” (Campbell, 2001: 114-129).

5.2.3. Super-Homem

O Super-Homem emblema os valores herdados e acentuados do puritanismo e hostilidade aos prazeres sensíveis sob a crença que o mundo que o orienta é “ativista e performativo, e suas palavras-chave são competição, excelência e urgência” (Lipovetsky, 2007: 132) [sic]. Ele se assemelha claramente ao sujeito performático lebretoniano que busca performances para corrigir suas “insuficiências”, não apenas físicas, mas também psíquicas e identitárias (Lipovetsky, 2007:255) e prioriza a “funcionalidade” e a “cosmetização generalizada dos símbolos, dos objetos e dos corpos” (Lipovetsky, 2007: 244-255), características da fase III na cronologia lipovestkiana. Apesar dos modelos paradigmáticos do Narciso, do Dionísio e do Super-Homem representar cada qual uma fase específica da cultura de consumo, é necessário reconhecer que eles também se legam, de maneira atemporal, características singulares de aspirações distintas. Esses traços incomuns se reconfiguram à medida que sofrem influência de outras dimensões que não são, prioritariamente, originadas na ordem do consumo como, por exemplo, as dos desenvolvimentos técnicos e científicos que dão movimento aos “níveis de realidade social” através dos símbolos, dos paradigmas e,

sobretudo, das ligações entre todas estas dimensões (Lefebvre, 1999: 96). Da modernidade em diante, intentamos que para compreender o “agir humano” é necessário entender o curso intelectual que o guia, bem como, identificar o “leque de práticas” que converge, dialoga e promove seu sucesso e suas crises (Taylor, 1997: 41-76; 268-269). Desta perspectiva, partimos para um cotejo destes modelos com o campo investigado nesta pesquisa.

5.3. A medicalização consumida como mercadoria de uma cultura

O usuário de medicamentos é paciente enquanto pertencente à categoria dos indivíduos doentes (crônicos ou agudos); o usuário é indivíduo enquanto membro de uma cultura, de uma sociedade; e o usuário é consumidor, enquanto indivíduo numa relação de consumo de mercadorias. (Lefèvre, 1999:137).

De uma perspectiva sistematizada por Fernando Lefèvre para apresentar a passagem do medicamento “curativo” para o medicamento “mercadoria simbólica”, podemos constatar três dimensões possíveis: i) o medicamento, do ponto de vista social, adquiriu o sentido de um dispositivo moral no que diz respeito ao cuidado com a sociedade; ii) o medicamento, sob a ótica das relações simbólicas mantidas com o medicamento pelo prescritor, assumiu a forma de um dispositivo de controle social; iii) o medicamento, do ponto de vista do indivíduo, incorporou a imagem de um ícone químico da saúde (Lefèvre, 1991). Todas essas formas de relação subsidiam, amparam e fortalecem os laços de dependência do sujeito para com o dispositivo técnico que aparentemente se tornou o medicamento alopático, e que, em função disso, conferiu-lhe o *status* de alteridade, a partir, sobretudo, da imagem concebida pelos sujeitos-consumidores que o internalizaram como um produto-objeto, ou mercadoria.

Enquanto mercadoria simbólica, o medicamento existe – no contexto de uma sociedade de consumo – como mensagem/resposta de saúde no quadro de uma relação de comunicação entre emissor/organismo do indivíduo como fonte de mensagem/necessidade e o seu Ego como receptor (Lefèvre, 1991: 132).

A idéia do medicamento como dispositivo de controle passível de consumo, entretanto, não é proveniente dos tempos do hiperconsumo.

A compreensão do medicamento como produto vem sendo gestada desde a segunda guerra mundial, ou, mais especificamente, desde o momento em que ocorreu uma potencialização do processo da transição da medicalização do espaço instrumental - como na medicina tradicional integrada ao cuidado total da pessoa, para o âmbito da atuação fenomênica – corroborando com a cultura capitalista que converteu os níveis satisfatórios de bem estar e cuidado em possibilidades de consumo, e, portanto, com o modelo paradigmático narcísico (Barros, 2004; Dias, 2003). Esse movimento, característico do fenômeno da medicalização da vida e que Ivan Illich percebeu como um ostensivo e intermitente movimento invasivo da medicina a todos os setores da vida humana (Illich, 1975), contribuiu relevantemente com dois processos: i) a instalação de uma tecnologia médica que considerava toda sorte de problema fisiológico como doença, incluindo aquelas “cuja determinação [eram], em última análise, fundamentalmente, de natureza econômico-social” (Barros, 2004: 51); ii) a ampliação da medicalização da vida, norteadas pela função que a medicina exerceu do plano individual até o plano político nas sociedades de regime disciplinar e que aproximou razão médica e ciência moderna (Luz, 1988).

A transformação do medicamento em mercadoria, bem como a de eventos como o crescimento alarmante de prescrições médicas, podem ser compreendidos, portanto, como influenciados pelos estímulos ideológicos e simbólicos remanescentes da medicalização do espaço instrumental apontados por Barros. Ora, isto corrobora com o argumento de Lefèvre de que o medicamento na sociedade de consumo “existe como mensagem/resposta de saúde”, porque foi na medida que passamos a considerar elementos como o da transição da medicina tradicional para uma medicina fenomênica,

que decisões como a de consumir ou não um determinado medicamento passaram a dialogar antecipadamente com o que se compreende por saúde. Ora, tal compreensão, ainda que marginal ou amadora, é certamente fundamentada no que uma comunidade específica – neste caso a médica-científica, elege como “modelo ou padrão aceito” ou “paradigma” (Kuhn, 2005, p. 43) e legítima no hall dos sistemas peritos, ou seja, no âmbito dos “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje” (Giddens, 1999: 35).

A orientação do pensamento cartesiano à medicina ocidental de prática clínica atuou como elemento determinante na disseminação das superespecializações em detrimento do exercício da clínica geral e, ainda, mantém forte influência sobre o que se compreende como o que é passível de ser “medicalizado” (Barros, 2004). Desde a modernidade, não se pode ou deseja perder tempo com a busca para solução do que se percebe como uma insuficiência que se deseja corrigir, otimizar ou performatizar. Diante do paradigma tecnocientífico vigente, a percepção sobre a saúde segue orientada em duas bases: i) cartesiana, porque admite que para qualquer coisa ser aceita, deve passar por certo método científico redutor (metodologismo) e esse método só aceita o que vem a ser comprovado de forma material (físico-química) e calculista; ii) mercadológica porque se interessa demais pela criação contínua de desejos infinitos e pelo consumo infindável, corroborando com um sistema econômico capitalista que se fez forte à medida que enxergou o ser humano como um ser “plástico”, dotado de um buraco negro de desejos infinitos (Miranda; Monteiro Tenório, 2007: 74-76). O que se identifica, portanto, é a ocorrência de um movimento osmótico entre o paradigma tecnocientífico e a cultura de consumo que, uma vez coadunados, corroborou com a

passagem do medicamento-curativo para medicamento-mercadoria, como percebidos por Lefèvre e Barros.

É provável que a expressão mais acabada das distorções e conseqüências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como medicalização. (Barros, 2004: 50).

Nestas circunstâncias tornou-se recorrente a associação entre capitalismo e cultura de consumo para se referir ao fenômeno da medicalização da vida, bem como a assimilação do medicamento como “um ícone que, metaforicamente, poderíamos chamar de “membro ou órgão químico”” (Lefèvre, 1991: 61). Observa-se, contudo, que o consumo do medicamento, nesses termos, é atribuído com maior ênfase ao sujeito que busca soluções para o sofrimento que não são visíveis a olho nu, como uma lesão física. Tal discurso, portanto, parece desconsiderar os benefícios que são usufruídos por sujeitos acometidos de sofrimentos como os do tipo hipertensivo ou psicoafetivo, embora o acometimento das chamadas doenças invisíveis ou silenciosas seja capaz de causar igual ou maior perigo e desconforto à saúde do ser humano. Este discurso não dialoga com o fato de que formas alternativas para o evitamento dos tratamentos medicamentosos nem sempre são mais condizentes com o ritmo dromológico da vida cotidiana contemporânea e deixam de considerar tanto o sujeito que precisa se submeter ao *fast food* urbano em detrimento da necessidade de manter uma dieta equilibrada de gorduras e sal, bem despreza a consideração de que o sujeito que vive em uma em uma sociedade que adotou o funcionamento *full time* - no qual posto de combustível, academia de esportes, supermercado, consultório médico, dentre vários outros segmentos de serviços, funcionam em sistema de escalas, impõem um novo ritmo ao sujeito contemporâneo. Faz-se necessário sublinhar, portanto, que também o trabalho e as atividades humanas de uma maneira geral sofreram alterações que imputaram ao

sujeito contemporâneo, novas necessidades diante, por exemplo, da impossibilidade do estabelecimento de uma rotina para seu repouso⁴⁸.

No que toca, especialmente, o sofrimento psicoafetivo corroboramos com a sentença de Ehrenberg de que “a medicalização da vida é um fenômeno geral, mas [que] parece levantar problemas específicos na psiquiatria” (Ehrenberg, 2000: 12) (tradução nossa). Mesmo tendo sido possível constatar que a intenção no consumo de psicofármacos pelo sujeito acometido de desconfortos emocionais é, em grande medida, fundamentado no interesse deste sujeito em evitar o sofrimento subjetivo, existencial, de fato, a opção pela imediatez da qual estão revestidos o ansiolítico e o antidepressivo, por exemplo, corrobora, em grande medida, o Dionísio contemporâneo, focado na liberdade sensória-emotivo-afetiva, da qual fala Lipovetsky (2007). Ora, uma vez passado do estágio de associação para o de imbricação em tempo real, o “hipermaterialismo médico” e a “ordem médico-farmacêutica legitimam-se na figura de sistemas peritos, bem como na socialização dos autodiagnósticos, que institucionalizam o suporte químico como “mercadoria”, ou dito de outra forma, naturaliza o medicamento como um velho amigo dos novos tempos (Lipovetsky, 2007: 46-47).

5.3.1. O ambiente do consumo psicofarmacológico e a Terceira cultura

Espaço onde hipocondríacos são levados a sério e podem trocar informações sobre remédios, sintomas, etc. Como diz o ditado: Só porque sou hipocondríaco não quer dizer que não esteja doente.⁴⁹

⁴⁸ “Edward Suarez, professor associado do Departamento de Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Duke University e principal autor de um estudo sobre os efeitos da qualidade do sono e da relação do sono com outros aspectos da saúde humana, atestou em estudo realizado com 210 homens e mulheres o “a má qualidade do sono afeta a saúde cardiovascular” e afirmou que “distúrbios de sono estão associados ao estresse psicológico e ao aumento do nível dos biomarcadores --substâncias biológicas encontradas no corpo-- que indicam risco mais elevado de doenças cardíacas e diabetes do tipo 2”.

Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/ciencia/2008/03/26/ult4729u1999.jhtm>>

Acesso: 06 abr. 2008.

⁴⁹ Descrição da Comunidade “Hipocondríacos” – Orkut, com 1.271 membros.

Disponível em: <<http://www.orkut.com/Community.aspx?cmm=129855>>

Acesso: 04 abr. 2008.

Na era da globalização a Internet tornou-se um veículo promissor no incentivo a comportamentos que rejeitam o curso natural da natureza humana como a velhice, as consequências indesejadas do desequilíbrio ecológico como a poluição, ou mesmo psicoafetivo como as sensações de mal estar causados pelo estresse, a ansiedade e a fadiga. Em relação à psicoafetividade, hoje, através da internet, por exemplo, é cada vez mais comum a especulação sobre um saber especializado, mais profundo, supostamente capaz de orientar qualquer sujeito leigo em um autodiagnóstico ou, no mínimo, “interá-lo” sobre seu diagnóstico e/ou tratamento terapêutico, especialmente, psicofarmacológico. Um exemplo disto é a comunidade virtual “Viva a SERTRALINA!”, com 614 membros, que foi criada por uma artista plástica (na categoria de “Saúde, Bem-Estar e *Fitness*”), e que justifica a criação dessa comunidade da seguinte maneira:

Num bate papo com amigos, decidi criar uma comunidade em que pudéssemos discutir o uso, os efeitos - bons ou maus - do uso da Sertralina. Poderemos discutir os preconceitos existentes em torno de antidepressivos, a melhora de qualidade de vida através de terapias - convencionais ou alternativas. Fica aqui meu convite... entre e não se sintam um PSICADO!!! Hehehe ⁵⁰.

Comunidades virtuais, como essa, promovem através de enquetes e fóruns, espaços onde os seus adeptos podem expressar sua satisfação, indignação, fazer perguntas e trocar todo tipo de informação, como no exemplo da enquete “Você já notou ou percebeu aumentos de pensamentos suicidas durante o tratamento?”, ao que segue algumas das respostas:

Membro 1:

Não - Nenhuma vez em quase seis anos de tratamento. E isso ocorria sempre;

Membro 2:

Não - pelo contrário.. Hoje eu sinto o q é a alegria de viver;

⁵⁰ Disponível em:

<<http://www.orkut.com/CommPollResults.aspx?cmm=294429&pid=769897185&pct=1208181556>>

Acesso: 05 abr. 2008.

Membro 3:

Sim, infelizmente mas eu recomendo esse anti-depressivo por ser muito bom e mais 'limpo' que a Fluoxetina tive pensamentos suicidas varias vezes no inicio do tratamento com sertralina e me envolvi em uma situação de alto risco onde bebi demais e de propósito fiz uma besteira, encaro aquilo como tentativa de suicídio. tenham cuidado ao beber, tem estudos demonstrando que sertralina em pacientes com tendencia a abuso de substancias podem beber demais por causa da sertralina.

Movimentos coletivos dessa natureza foram louvados por Nikolas Rose por minimizar, em grande medida, as barreiras impostas pelos limites de conhecimentos específicos e subsidiar os sujeitos contemporâneos com informações benéficas para o exercício pleno de sua autonomia, que, usando um termo emprestado de Rabinow, chamou esse movimento de “a terceira cultura” (Rose *apud* Buges, 2003).

Abordando a obsolescência do corpo, como parte do processo de uma “desincorporação da subjetividade”, Francisco Ortega reconheceu na fala de Rose a constatação de uma convergência entre “real e imagem” na qual esta última - a imagem – ganhou o estatuto de realidade a partir da percepção de “o corpo é a maneira de exprimir nosso ser no mundo” e, considerando que este também é o ponto de partida e chegada de “uma experiência que implica o conjunto de sentidos e que escapa na mera apreensão visual e objetivante da mídia e das tecnologias de imageamento”, Ortega tomou as palavras do próprio Rose para ilustrar o que tal estatuto representa no exercício subjetivo da autonomia do sujeito contemporâneo:

Numa época em que perdemos a fé na santidade dos códigos morais, em que não queremos nos vincular por imperativos legais e somos coagidos a racionalizar nosso destino através de nossas escolhas, a nova ontologia de nós mesmos, constituída pela medicina, parece nos oferecer uma solução racional, secular e corporal para o problema de qual seria a melhor forma de viver nossa vida, de como poderíamos aproveitar o melhor de nossa vida, adaptando-a à nossa verdade e deixando à medicina esclarecer nossas decisões de como vivê-la (Rose *apud* Ortega, 2005).

Notamos que a teoria da Terceira cultura pode, realmente, figurar como um ganho para sociedade, mas, que, em se tratando de medicamentos psicofarmacológicos, quando se soma a tal movimento possibilidades como a de compra de diversos medicamentos como meros produtos pela internet, e/ou, a de sites nos quais pessoas

comuns e sem formação especializada, descrevem, discutem e incitam o autodiagnóstico, ou, ainda, quando disponibiliza medicamentos sem uma intervenção médica prévia, a prática benigna de uma intenção pode ser controvertida. A este respeito, Jesus (2004) nota que mesmo diante de certos medicamentos, por exemplo, de tarjas vermelha e preta, terem divulgação proibida por lei na mídia de massa (Lei de Vigilância Sanitária nº 6360, de setembro de 1976, atualizada pela Lei nº 9.294, de julho de 1996), tanto o *marketing* realizado pelos laboratórios farmacêuticos como a própria naturalização do consumo destes medicamentos, levam, inelutavelmente, à propagação de seus efeitos.

Mas de que adianta banir esses termos da mídia e permitir testemunhais com artistas famosos afirmando que tomam esse ou aquele medicamento e que estão curados, ou até médicos em propagandas de televisão receitando medicamentos? É contraditório. (Jesus, 2004).

A mídia exerce um poder de “sugestão” – já que, idealmente, espelha as tendências contemporâneas - de mudanças de hábito que não operam limitadamente sobre necessidades terapêuticas, mas numa dupla intenção, por meio da qual pode se perceber a conversão de elementos que antes eram vistos como instrumentos de práticas ascéticas, como o consumo de psicofármacos, em eventos promotores de uma “bioidentidade”.

A percepção humana sobre características intrínsecas, como limite e finitude, acabam se configurando em comunhão com “a possibilidade do surgimento do indivíduo” na condição de “objeto de conhecimento empírico” de si mesmo e isto possibilita que o sujeito passe a ser, ele mesmo, sua própria “condição transcendental” (Ortega, 2003: 62). A formação de uma identidade definida em termos biológicos rompe “com todas as formas anteriores de sociabilização”, porque inaugura uma nova forma de autoprodução “técnica” – a biossociabilidade (Rabinow *apud* Martins, A.L.B., 2005), que, uma vez constitutiva da cultura contemporânea, é dotada de um ascetismo

que promove à medicina, novamente, a oportunidade de “definir o estatuto filosófico do homem” (Ortega, 2002).

Em última instância, trata-se da idéia de que “corpo e *self* tornam-se idênticos” à medida que o corpo passa a representar a “liberdade pessoal, o melhor de nós: “o corpo torna-se o lugar da moral, é seu fundamento último e matriz da identidade pessoal” (Ortega, 2002).

[...] a vontade não está a serviço da liberdade; é uma vontade ressentida, serve da ciência, da causalidade, da previsão e da necessidade, que constringe a liberdade de criação e anula a espontaneidade. Ela está submetida à lógica da fabricação, do *homo faber*, matriz das bioidentidades (Ortega, 2002).

5.4. Os imponderáveis da vida real: o campo do consumo

Será que os sujeitos contemporâneos, imersos na cultura de consumo vigente, buscam o prazer e a excitação do desejo (Campbell, 2001) através do consumo de psicofármacos, assim como do consumo de outras mercadorias?

Seriam os psicofármacos o que já se caracterizou como meio de obtenção da felicidade (Lipovetsky, 2007)?

Estaria o consumo deste tipo de medicamento mais associado à tentativa de anestesiar a dor (Birman, 2007a)? Se for este o caso, qual o significado desta negação da dor? Uma das informantes, ao explicar por que pediu um ansiolítico a sua terapeuta, fornece algum *insight* dos motivos envolvidos em seu consumo:

Teve um dia que eu fui para terapia e minha terapeuta me deu um ansiolítico. Eu estava sem nada e pedi a ela. Ela disse “tudo bem”. Aí eu disse, “Olhe não estou dependente não, é porque eu sei que vou me lascar na enxaqueca hoje. - Rosa.

Outra se refere a algo que se assemelha à busca pelo prazer característico da sociedade de consumo, no entanto, também deixa claro que busca uma dimensão terapêutica associada à negação do sofrimento:

A gente só valoriza as coisas drásticas, o triste. Eu percebi que estava muito intolérante com minha mãe. Com uma irmã estava mais irritada. Ela própria também precisava ser medicada e eu falei: “Minha filha você é deprimida, vá tomar alguma

coisa”. E ela começou a tomar e melhorou. Eu percebi que convivência melhorou. Eu também estou mais tolerante no trabalho. - Dilma.

A dimensão terapêutica no uso de psicofármacos é ainda enfatizada por outros informantes:

Para mim, pesa mais essa proposta terapêutica no tratamento... Eu acredito que possa funcionar, e acredito que eu preciso desse aspecto, mais do que nesse outro aí de ter que comprar um sorriso, uma alegria. - Verônica.

Eu nunca achei que eu tinha depressão porque nunca tive vontade de me matar. Quando eu pesquisei, eu vi que me enquadrava em quase todos os itens... Aí eu procurei um psiquiatra e estou [me] tratando com ele desde julho. - Mário.

Fica claro, portanto, que a simples excitação do desejo não consegue dar conta dos elementos envolvidos no consumo de psicofármacos.

Mas será que no processo de modernização o “jogar-se na vida”, o uso do errar e sofrer como uma forma de ascese etc., foram abandonados.

A fala seguinte ilustra a ambigüidade em relação ao uso do psicofármaco, a medida em que tanto indica este uso como uma muleta emocional, como, ao mesmo tempo, sinaliza certo grau de autoreflexão:

Se pudesse chegar o momento que eu me sentisse seguro, eu não precisaria tomar o medicamento. E acharia extremamente positivo não ter mais essa necessidade. Agora, se eu ainda tenho, se eu ainda não me sinto seguro para abandonar o medicamento, então eu acho que o medicamento acaba tendo em um peso positivo porque ele não inviabiliza meus projetos de vida. Mas ainda bem que eu desenvolvi esse diálogo comigo mesmo e é por isso que insisto que os médicos precisam observar que cada indivíduo é um indivíduo com uma história. – Paulo.

Ainda que diversos informantes se refiram à terapia pela fala como algo necessário para a resolução de seus problemas, isto é, indiquem a necessidade de uma maior reflexão, a perda da ascese, da aprendizagem pelo erro e pelo sofrimento que caracterizam esse tipo particular de reflexividade, de que já falamos, pode ser corroborada com as seguintes falas:

A minha psiquiatra queria que eu fizesse terapia com ela, mas eu a acho meio doida. Eu fiz terapia um tempo e enjoiei, acho que os remédios são mais rápidos. - Caio.

Quando acaba a profilaxia para enxaqueca eu vou de novo para buscar receita. E às vezes eu ligo: “passa uma receita para mim!”. Não vou nem lá. – Rosa.

A gente não pode negar que a química existe, né? A gente é química! Será que eu precisaria de menos medicação? Será que eu não precisaria de mais? Será que minha necessidade do uso da medicação é meio psicológica? Não descartando a bioquímica, mas será que eu aprendi com isso também a me observar ainda mais, de fora, a me tornar mais tolerante? Eu não posso descartar o lado hedônico, mas tem uma coisa de stress. A medicação não é a solução dos meus problemas, é só um subsídio. – Dilma.

Esta última fala revela uma autoreflexão ou autoescrutínio que, por sua ligação com o hedonismo contemporâneo, poderia exemplificar o processo de constituição do sujeito narcísico (Lasch, 1987) e que se tornou possível, dentre outras coisas, pela dissolução dos laços sociais tradicionais. De fato, diversas falas apontam para uma preocupação com a construção de uma (auto) imagem idealizada, ou performance, o que, em certa medida, nega o cuidado consigo pelo uso de psicofármacos do sujeito contemporâneo como cuidado de si e reafirma um cuidar-se:

Às vezes eu também tenho vergonha de dizer que estou sendo acompanhada por um psiquiatra. Aí a assistente social do Hospital do Câncer conversou muito comigo, ela falou para mim: “olhe quem procura psiquiatra hoje é chique”. – Sônia.

Todos passam por essa sensação de que o outro está pensando algo negativo sobre você. Então você acaba não querendo não publicizar seu diagnóstico. Você divide com as pessoas mais próximas porque, por exemplo, sendo professor, o é que os alunos, e até os próprios colegas, pensariam? Existe um rótulo, transtorno de pânico, que incomoda. Depois que eu fui lendo a literatura sobre o assunto, inclusive sobre vários famosos, fui relaxando mais. – Paulo.

Apesar disso, nada nos autoriza a afirmar que isso se dá como forma de compensação pela quebra de laços sociais estáveis que levam o sujeito a voltar-se para si de modo narcísico. Embora a autoimagem apareça como um elemento importante na forma como os informantes se referem ao consumo de seus ansiolíticos e antidepressivos, o que parece estar em jogo é simplesmente uma forma de reflexividade que se revela incapaz de pensar a subjetividade como um processo de ascese, tal como o entende Foucault quando fala de cuidado de si – o elemento de autoformação, autotransformação, ou terapêutico, num sentido mais amplo, já não se encontra aqui. Neste sentido, a concepção do sujeito narcísico não parece dar conta do cuidar-se que caracteriza o sujeito-consumidor de psicofármacos.

Como, então, podemos caracterizar a reflexividade desse usuário? Estaria ela circunscrita à sociedade do hiperconsumo (Lipovetsky, 2007)? O psicofármaco pode ser considerado um bem de consumo como qualquer outro? Seu usuário age com base no impulso hedonista que caracteriza o indivíduo consumista? O que estaria em jogo aqui seria, então, a mera possibilidade de se comprar performances, humores, sensações desejáveis, da mesma forma que se compra produtos de higiene pessoal, roupas, maquiagem? De fato, o “direito à felicidade” parece tornar o consumo do psicofármaco equivalente ao consumo de uma “maquiagem”. Isto pode ser percebido no relato de uma informante que ao se referir aos motivos pelos quais consome ansiolíticos e antidepressivos, estabelece uma associação bastante direta entre essas duas coisas:

Eu trabalho, faço faculdade, trabalho em casa, enfim, tenho que corresponder à demanda de ser mãe, ser esposa, cuidar das coisas da casa, orientar a babá, cuidar do dinheiro... Tudo é comigo, eu administro tudo na casa e ainda trabalho no negócio dele. Eu vou dormir todo dia a 1.30h da manhã. Acordo às 7.30h, a pulso. Aí a gente fica com olheira. Você tem que usar maquiagem para no trabalho ninguém dizer que você está com olheira. - Rosa.

Entretanto, um olhar mais atento à fala dessa mesma entrevistada, revela que existem outras questões em jogo:

Todo o meu processo era por conta da enxaqueca. Depois eu descobri que o estresse provoca enxaqueca, então eu tinha que controlar o estresse. Minha caixinha de remédio sempre tem Migrane[®], Dienpax[®], um pouquinho de Propanolol[®]. - Rosa.

Mais uma vez, o elemento determinante no uso dos psicofármacos parece ser a supressão da dor que, por seu imediatismo, ocupa o espaço antes destinado ao “jogar-se na vida”, à aprendizagem pelo erro e pelo sofrimento, enfim, o espaço da ascese como prática de reflexão que caracteriza o cuidado de si. A estratégia da informante de ter uma “caixinha de remédios” sempre ao alcance poderia indicar uma espécie de otimização da supressão da dor emocional. Entretanto, os informantes não parecem buscar a potencialização de uma sensação de prazer, de “tornar-se melhor”, mas de “permanecer bem”, isto é, não sofrer (Ehrenberg, 1995).

Outro elemento, já abordado, que corrobora com a finalidade terapêutica do consumo de psicofármacos, é a presença constante de uma espécie de “fantasma” da dependência, a propósito de uma economia da subjetividade que contabiliza as implicações características do tratamento medicamentoso alopático:

Eu fiquei com medo do Rivotril[®]. Fiquei com medo de ficar dependendo dele toda vida para dormir, porque é muito ruim você sentir vontade de dormir e não conseguir.
– Sílvia.

O médico falou na dependência: “Essa medicação, se você tomar durante sete dias, você já pode ficar com dependência”... Eu leio né? Vejo na televisão, presto atenção nas informações. - Gilma.

Este “prestar atenção”, aliás, manifesta-se em diferentes graus, de acordo com a realidade, com o meio e as condições de acesso à informação de cada sujeito-consumidor:

Peguei uns Cds⁵¹ com uma prima minha que é médica. Assisti todos. - Dilma.

Foi o acesso mais rápido, com pesquisas mais recentes. Se eu fosse procurar um livro poderia estar desatualizado. Fui no Google e procurei sobre depressão também na Isto É, Época, Veja, revistas mais sérias. – Mário.

Como defende Nicolas Rose (Rose *apud* Buges, 2003), a informação, de fato, constitui parte importante do cuidar-se do sujeito-consumidor de psicofármacos, sobretudo, à medida que na modernidade se legitimou o compromisso sem rosto por meio de agentes de competência técnica ou profissional reconhecidas, ou seja, de sistemas peritos (Giddens, 199; Temporão; 1986).

Por tudo isso, não faz sentido pensar no consumidor de psicofármacos como um hedonista (em grande medida produzido pela sociedade de consumo), nem como um agente guiado por uma mera ânsia de ser “feliz”. Embora a reflexividade exercida no cuidar-se não tenha a mesma extensão que a do cuidado de si, é importante pensar que a subjetividade moderna não surge do nada: o cuidar-se contemporâneo aparece como uma versão do cuidado de si.

⁵¹ Dvds da série “Pânico em cena” distribuído pelo laboratório Roche em eventos da área médica e afins.

O problema aparece na medida em que o consumo dos psicofármacos deixa de ser um meio para se refletir acerca da própria existência (sua dimensão terapêutica) e passa a constituir um fim em si mesmo, ainda que com alguns lampejos de inquietação que podem levar à reflexão, ainda que contingente, que lide apenas com a superfície dos problemas.

Capítulo 6. Conclusão

Da investigação sobre a relação entre o consumo de psicofármacos e o cuidado consigo chegamos à constatação do declínio de uma “arte da existência” e da emergência de um projeto de *self* fundamentado em outro tipo de reflexividade, mais superficial, dado que baseada no processo de racionalização que caracteriza a modernidade: o que constatamos frente aos sujeitos-consumidores informantes desta pesquisa foi um cuidado consigo contemporâneo que chamamos de cuidar-se. Este cuidado pode ser caracterizado, especialmente, por uma reflexividade contingente e, via de regra, conservadora, demonstrada, sobretudo, na dificuldade considerável de conceber o psicofármaco como parte de uma terapêutica em que o amadurecimento do sujeito, e a ascese que esse amadurecimento demanda, sejam valorizados.

De uma perspectiva empírica depreendemos que o que é usualmente teorizado como constituindo uma postura consumista entre os usuários de medicamentos psicoterápicos não se verificou entre os nossos entrevistados. Primeiramente, é necessário afirmar que a idéia de narcisismo se mostra inadequada por estar associada, de algum modo, a um tipo de introspecção que age de modo a fortalecer a subjetividade, como forma de compensação pela quebra de laços sociais estáveis. Igualmente, discordamos que o consumo desse tipo de medicamentos se constitui a partir de um impulso hedonista num sentido restrito. Observamos que, mais que a busca do prazer, os entrevistados buscam não sofrer. Ao contestar esse aspecto do consumo de psicofármacos, não podemos também aceitar a idéia de um usuário que busca potencializar algum tipo de qualidade culturalmente valorizada. Isso poderia ser verdadeiro se tivéssemos o sujeito-consumidor de psicofármacos relacionado a disfunções que claramente buscassem maximizar algum tipo específico de potência. Ficou claro que formas de ascese mais contemporâneas, como as terapêuticas que

propõem a liberação através do autoconhecimento (a psicanálise é nosso exemplo mais notório) entram em crise com uma “política da solução imediata”, com a crise da própria idéia de terapêutica. Assim, a perspectiva encontrada na maior parte dos discursos da literatura consultada, de que ansiolíticos e antidepressivos podem ser pensados como instrumentos que se encaixem em um projeto meramente individualista, não corresponde à evidência apontada por esta pesquisa de que tais medicamentos se tornam um fim em si em uma sociedade incapaz de parar e refletir mais amplamente acerca de seus próprios fundamentos.

Assim, concluimos que, embora exista uma diferença significativa entre o cuidado de si clássico - do qual fala Foucault, e o “cuidar-se” contemporâneo que caracterizamos neste trabalho, a reflexividade que caracteriza esta segunda forma de cuidado consigo ainda contém elementos da ascese da primeira, ou seja, da cultura de si da antiguidade. No entanto, diferentemente da cultura de si, o cuidar-se não possibilita uma construção de subjetividade calcada em processos reflexivos mais abrangentes. A reflexividade exercida no cuidar-se é contingente e localizada.

Referências

AGUIAR, A. A. 2003. Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea. In *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro. SUB-TEMA: 2.D

Disponível em:

<www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903_port.pdf ->

Acesso: 25 dez. 2006

ALMEIDA, OP; Laranjeira, RR; Dratcu, L (Eds.). 1996. Manual de Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

ANTUNES, José Leopoldo. 1999. *Medicina, leis e moral*: pensamento médico e comportamento no Brasil 1870 / 1930. São Paulo: Ed. UNESP.

BARROS, José Augusto C. 2004. *Políticas Farmacêuticas*: a Serviço dos Interesses da Saúde? Brasília: UNESCO.

BAUMAN, Zigmunt. 1997. *Ética pós-moderna*. São Paulo: Paulus.

BIRMAN, Joel. 2007a. *Mal-Estar na atualidade*: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

_____. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.529-548, abr.-jun. 2007b.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. *Alguns apontamentos sobre as relações infância/poder numa perspectiva foucaultiana*. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (26ª R. A. ANPEd), 2003, Poços de Caldas (MG). CD-ROM da 26ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd). Rio de Janeiro (RJ): Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd), 2003. p. 1-13.

CAMPBELL, Colin. 2001. *A Ética Romântica e o Espírito do Consumismo Moderno*. Rio de Janeiro: Rocco.

CANGILHEM, George. 2006. *O Normal e o Patológico*; tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Pierre Macherey e da apresentação de Louis Althusser. Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Cuide-se bem. Intérprete: Guilherme Arantes. In: Guilherme Arantes. Rio de Janeiro: Som Livre, 1976.

DESCARTES, René. 2005a. *As Paixões da Alma*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.

_____. 2005b. Discurso do Método. In: *Discurso do Método e Regras para a direção do Espírito*. São Paulo, Martin Claret.

DEJOURS, Christophe. 1991. *A Loucura do Trabalho*; tradução de Ana Isabel Paragay e Lúcia Leal Ferreira. SP - São Paulo: Cortez Editora.

DIAS, José Pedro Sousa. *A Farmácia e a História* - Uma introdução à História da Farmácia, da Farmacologia e da Terapêutica. Notas para Disciplina de História e Sociologia da Farmácia. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Lisboa: 2003.

Disponível em: <<http://www.ff.ul.pt/paginas/jpsdias/Farmacacia-e-Historia/Farmacacia-e-Historia.html>>

Acesso: 01 nov. 2007.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. 1995. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica*. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

DUBOVSKY, Steven L; Dubovsky, Amelia N. 2004. *Transtornos do humor*. trad. Irineo Shuch Ortiz. – Porto Alegre: Artmed.

EHRENBERG, Alain. 1995. *Le culte de la performance* (Calmann-Lévy, 1991; col. Pluriel).

_____. 1995. *L'individu incertain*. Calmann-Lévy, col. Pluriel).

_____. 2000. *La fatigue d'être soi: Dépression et société*. Odile Jacob Poche.

ELLUL, Jacques. 1969. *A técnica e o Desafio do Século*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FANTINI, S. Wilne. 2007. *Reflexões sobre a loucura na modernidade: uma análise histórico-filosófica*. Monografia apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, sob a Orientação do Prof. Dr. Marcelo Luiz Pelizzoli, como requisito para obtenção do título de Especialista em Bioética.

FÉRES-CARNEIRO, T. & PONCIANO, E. L. T. 2005. Articulando diferentes enfoques teóricos na terapia familiar. *Revista Interamericana de Psicologia*, v. 39, n. 3, p. 439-448.

FOUCAULT, Michel. 2004a. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. 2004b *A Hermenêutica do Sujeito*; edição estabelecida sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; tradução Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins.

_____. 2007a. *A história da sexualidade, 2,:* o uso dos prazeres; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon de Albuquerque. – Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. 2007b. *A história da sexualidade, 3,:* o cuidado de si; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon de Albuquerque. – Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. 2007c. *Vigiar e Punir*: nascimento da prisão; tradução Raquel Ramalhete. – Petrópolis: Vozes.

GIDDENS, Anthony. 1990. *As conseqüências da modernidade*; tradução Raul Fiker. – São Paulo: UNESP.

_____. 2002. *Modernidade e identidade*; tradução, Plínio Dentzien. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

GILBERT, Charles. publié le 28/03/1996 - *Drogue et médicament: la frontière devient floue* – entrevista com Alain Ehrenberg.

Disponível em <http://www.lexpress.fr/informations/drogue-et-medicament-la-frontiere-devient-floue_613285.html>

Acesso: 23 nov. 2007

- GUIMARÃES, Francisco Silveira Guimarães; GRAEFF, Frederico Guilherme. 1999. *Fundamentos de psicofarmacologia*. São Paulo: Editora Atheneu.
- GALDUROZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A. and CARLINI, E.A.. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, v. 13, n. spe, pp. 888-895. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692005000700017.
- HAUG, Wolfgang Fritz. 1997. *Crítica da Estética da Mercadoria*. São Paulo: Fundação Editora da Unesp.
- HELMAN, Cecil. 2003. *Cultura, Saúde e Doença*: trad. Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. Porto Alegre: Artmed.
- ILLICH, Ivan. 1975. *A expropriação da saúde - nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- LASCH, Christopher. 1983. *A cultura do narcisismo – a vida americana em declínio*. Rio de Janeiro: Imago.
- LE BRETON, David. 1999. *Adeus ao corpo*: Antropologia e sociedade; tradução Marina Appenzelier. – Campinas, SP: Papyrus.
- _____. 2006. *A sociologia do corpo*; tradução de Sônia M.S. Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes.
- LEFEBVRE, Henri. 1991. *A Vida Quotidiana no Mundo Moderno*. Lisboa: Editora Ulisséia, s.d.
- LEFÈVRE, Fernando. 1991. *O Medicamento Como Mercadoria Simbólica*. São Paulo: Cortez.
- LIPOVETSKY, Guilles. 2007. *A Felicidade Paradoxal*; tradução Armando Braio Ara. Lisboa: Edições 70.
- LOPES, Luiz Humberto Leite. 2007. *Uma viagem entre o céu e o inferno*: os surtos de euforia e depressão no depoimento de um portador de transtorno bipolar. São Paulo: Editora Planeta do Brasil.
- LOPES, JL. A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 2001;23(1): 28-33.
- LUZ, Madel Therezinha. 1988. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus
- LUCAS, A. C. S. *et al.* Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(3): 663-671, mar, 2006.
- KERR-CORRÊA, Andrade, Bassit, *et al.* Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (2), 1999.
- MACHADO, Roberto *et al.* 1978. *A danação da Norma*. Rio de Janeiro: Graal.
- MARTINS, Anderson Luiz Barbosa. 2005. *Biopsiquiatria e Bioidentidade*: Política da Subjetividade Contemporânea. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob a Orientação do Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida e Co-Orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

MARTINS, Paulo Henrique. 2003. *Contra A Desumanização da Medicina: crítica Sociológica das Práticas Médicas Modernas*. Petrópolis, RJ: Vozes.

MARX, Karl. 1982. *O capital*. – Edição resumida por Julian Borchardt; tradução de Ronaldo Alves Schimidt. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

McCRACKEN, Grant. 2003. *Cultura e consumo: novas abordagens ao caráter simbólico dos bens e das atividades de consumo*. Rio de Janeiro: Mauad.

MINAYO, Cecília de Souza. 1992. *O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Maria. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.

MIJOLLA, Alain de. 2005. *Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Direção geral de Alain de Mijolla. Rio de Janeiro: Imago.

MIRANDA, Erliane. 2007. *Mil e um gramas: do cuidado à produção farmacológica de si*. Monografia apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, sob a Orientação do Prof. Dr. Marcelo Luiz Pelizzoli, como requisito para obtenção do título de Especialista em Bioética.

ORTEGA, Francisco. 2002. Da ascese a bio-ascese: ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: REGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A.

_____. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11 (1): 59 - 77, 2003

_____. Fenomenologia da visceralidade. Notas sobre o impacto das tecnologias de visualização médica na corporeidade. *Cad. Saúde Pública* vol.21 no.6, Rio de Janeiro Nov./Dec. 2005.

PASSOS, Izabel Christina Friche; BEATO, Mônica Soares da Fonseca. concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da história da loucura de Foucault para investigações etnográficas. *Psyché: Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. VII, n. 12, dez. 2003.

Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/307/30701210.pdf>>

Acesso: 17 ago. 2007.

PELBART, Peter Pál. Vida Nua, Vida Besta, Uma Vida. *Trópico*, São Paulo, p. 1 - 5, 02 fev. 2007.

PERRUSI, Arthur. 2003. *Tirantias da Identidade: Profissão e Crise Identitária Entre Psiquiatras*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Jacob Carlos Lima, como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

PSICMED – Pesquisa e informação em saúde mental.

Disponível em: <http://www.psicmed.com.br/psicofarmacos_26.html>

Acesso: 24 mar. 2007.

QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-164, 1986.

ROCHA, Maria Eduarda da Mota. *O Consumo Precário: Pobreza e Cultura de Consumo em São Miguel dos Milagres*. Coleção Estudos sobre Alagoas, nº 1. Maceió: Edufal, 2002.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo In *Psicologia em Estudo*.v.8. n.1 Maringáne./jun. 2003.

SABBATINI, Renato M.E. *A Descoberta das Drogas para Tratamento de Doenças Mentais*.

Disponível em: < http://www.cerebromente.org.br/n21/.../drogas_p.htm>

Aceso: 20 mar. 2007.

SANTOS, Joaquim Ferreira dos. 2006. *Feliz 1958! O ano que não devia terminar*. Rio de Janeiro: Record.

SILVA, Marcos Paulo Novais; LEITE, Francine. *Terminologia em saúde: conceito, necessidades e experiências*. Série IESS – 0030-2010. Instituto de estudos de saúde suplementar (IESS).

SLATER, Don. 2002. *Cultura de consumo e Modernidade*. São Paulo: Livraria Nobel.

TASCHNER, Gisela. “Raízes da Cultura de Consumo”, IN *Revista USP- Dossiê Sociedade de Massa e Identidade* nº 32, dez. – fev. De 1996-97.

TAYLOR, Charles. 1997. *As fontes do self*, tradução Adail Ubijara Sobral; Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Edições Loyola.

TEMPORÃO, José Gomes. 1986. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro: Graal.

TONELLI, H. A. 2010. *Psicopatologia das Psicoses: Uma Introdução sobre a Semiologia e Neurociência cognitiva dos Transtornos do Pensamento e da Sensopercepção*. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Material Didático).

VIRILIO, Paul. 1996. *Velocidade e Política*. São Paulo: Estação da Liberdade.

W. Marina. 2006. *Não sou uma só: diário de uma bipolar*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

WEBER, Max. 1989. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Pioneira.

Anexos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
COMPLEXO HOSPITALAR HUOC/PROCAPE

Reunião: 28/10/2008

CEP-HUOC/Procape: 111/2008
CAAE: 0006.0.106.000-08

Projeto: *Medicalização da Vida Como Cuidado de Si: Pondera 20mg/10mg - Repasso 10 cx, por um ótimo preço!*

Pesquisador Principal: Erliane Miranda da Rocha Ferreira

Resultado:

- Projeto de pesquisa – **APROVADO**
- Termo de Consentimento - **APROVADO**

Magaly Bushatsky
Membro Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-HUOC/PROCAPE/PE
Memb. 04/08 - CORREU 41484

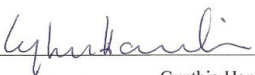

Magaly Bushatsky
Vice-coordenadora

Pavilhão Ovídio Montenegro – 1ª andar
Rua Arnóbio Marques, 310 – Santo Amaro – 50100-130 – Recife-PE.
Fone: (81) 3184.1460 – Fone/Fax: (81) 3184.1271 - E-mail: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

Carta de anuência:

Do Departamento de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal de Pernambuco.

Informamos que Erliane Miranda da Rocha Ferreira portadora do RG 4.414.702 SDS-PE e CPF nº 822.494.074-87, é aluna do Mestrado em Sociologia no PPGS e realiza a pesquisa *MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COMO CUIDADO DE SI: Pondera 20mg/10mg – Repasso 10 cx, por um ótimo preço!*, orientada pelo Professor Doutor Jonatas Ferreira e co-orientada pela Professora Doutora Eliane da Fonte, ambos lotados neste departamento. Igualmente, atestamos que o PPGS está ciente da pesquisa realizada nos termos que, ora, se apresenta.


Cynthia Hamlin
Coordenadora do PPGS/UFPE

Prof. Dr^a. Cynthia Hamlin
Coordenadora do Programa
de Pós-Graduação em Sociologia
UFPE

Recife, 19 de novembro de 2008.

Informações sobre a pesquisa:

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COMO CUIDADO DE SI: *Pondera 20mg/10mg-Repasso 10 cx, por um ótimo preço!*

Pesquisadora responsável: Erliane Miranda.

Esse é um estudo sobre o consumo de psicofármacos dos tipos ansiolítico, antidepressivo e reguladores de humor, que se propõe a partir da constatação da importância do consumo desse tipo de medicamento, sobretudo nos últimos 20 anos e se pauta na percepção sociológica que levou a pesquisadora dessa pesquisa a um estudo exploratório realizado em abril de 2008. Esse estudo parte do reconhecimento da necessidade de compreender o consumo desse tipo de medicamento sob a ótica das motivações dos seus sujeitos-consumidores.

A hipótese dessa pesquisa é de que o consumo de psicofármacos dos tipos ansiolítico, antidepressivo e reguladores de humor atuam hoje na busca de uma adequação social, ou ascética, para além da promoção de saúde e bem estar curativa-terapêutica. É importante esclarecer que não há nenhuma intenção nessa pesquisa em realizar julgamento de valores do tipo certo ou errado. O objetivo dessa pesquisa é verificar a importância do consumo do tipo de medicamento psicofármaco dos tipos ansiolítico, antidepressivo e reguladores de humor, tanto de uma perspectiva terapêutica como hedônica.

Essa pesquisa tem cunho qualitativo e por isso a opção pelo sistema bola-de-neve, no qual um entrevistado (a) indica o (a) outro (a), para assegurar o mínimo de neutralidade esperada de uma pesquisa de caráter científico.

A colaboração do voluntário(a)/entrevistado(a) nesta pesquisa não traz complicações legais, não oferece riscos à dignidade humana e os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A colaboração voluntária para essa pesquisa não oferece nenhum pagamento para o colaborador voluntário(a)/entrevistado(a), nenhum benefício direto e nem nenhum tipo de despesa. Entretanto, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre o consumo de psicofármacos, de forma que o conhecimento construído a partir desta pesquisa possa contribuir para uma compreensão sociológica crítica sobre o consumo de psicofármacos os tipos ansiolítico, antidepressivo e reguladores de humor.

Termo de confidencialidade:

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora, orientador e co-orientadora do estudo proposto terão conhecimento das informações por você concedidas.

Termo de consentimento livre e esclarecido:

Você está sendo convidado (a) para contribuir, como voluntário (a), com uma pesquisa sobre consumo de psicofármacos dos tipos ansiolítico, antidepressivo e estabilizador de humor. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Caso aceite fazer parte do estudo, você poderá questionar o pesquisador sobre qualquer dúvida que tenha sobre o projeto de pesquisa, bem como sobre a entrevista, a qualquer momento. Em caso de desconforto, você poderá interromper a entrevista sem precisar de nenhuma justificativa.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações dessa pesquisa, no final deste documento, haverá duas vias que deverão ser assinadas como uma forma de legitimar sua contribuição voluntária: uma delas pertence a você e a outra ao pesquisador responsável.

Termo de ciência:

Eu, _____, portador do RG _____ e CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COMO CUIDADO DE SI: Pondera 20mg/10mg- Repasso 10 cx, por um ótimo preço!**, como sujeito-consumidor de psicofármacos dos tipos ansiolítico, antidepressivo e/ou regulador de humor. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Erliane Miranda sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Voluntário: _____

Pesquisador: _____

Local e data: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Você é consumidor de psicofármaco do tipo ansiolítico, antidepressivo ou regulador de humor?
2. Por favor, informe seu sexo, idade, religião, estado civil e ocupação.
3. Você tem alguma atividade física, social ou lúdica regular?
 - 3.1. Se sim, especifique quais.
4. Você tem conhecimento de membro (s) de sua família ou de pessoa (s) de seu círculo de amizade que consome (m) psicofármaco?
 - 4.1. Se sim, indique sua relação com estes consumidores e porque razão eles utilizam psicofármaco.
5. Seu consumo de psicofármaco é esporádico ou regular?
6. Quando você consumiu pela primeira vez um psicofármaco, como teve conhecimento da existência desse tipo de medicamento e por que razão decidiu utilizá-lo?
 - 6.1. Se o primeiro contato tiver sido por prescrição médica, informe a especialidade do profissional que lhe prescreveu e fale sobre a sua decisão em concordar com o uso desse medicamento.
 - 6.2. Se o primeiro contato tiver sido por recomendação de um outro consumidor, informe sua relação com este e fale sobre a sua decisão em fazer uso desse medicamento sem intervenção médica.
7. Quanto ao psicofármaco que você consome agora, o uso é independente ou prescrito por algum profissional?
 - 7.1. Se for prescrito informe a especialidade do profissional.
 - 7.2. Se o consumo for “independente” ir para questão 8 de “consumo independente”.
8. Da (s) vez (es) lhe foi prescrito psicofármaco, houve de alguma das partes – sua ou do prescritor, interesse em esclarecimentos sobre possíveis efeitos colaterais e/ou risco de dependência – fisiológica ou psicológica?
9. Da (s) vez (es) lhe foi prescrito psicofármaco, houve de alguma sugestão do prescritor para que, paralelo ao consumo do psicofármaco, fosse feito um acompanhamento de terapia complementar, ou não medicamentosa?
10. Como obtém o psicofármaco que utiliza?

-
11. Qual o psicofármaco que você usa atualmente?
 12. Há quanto tempo você toma o mesmo psicofármaco?
 13. Você segue a risca dosagens e horários indicados para o consumo do psicofármaco atual?
 14. Com que regularidade você visita o profissional que lhe prescreveu o psicofármaco que você utiliza agora?
 15. Descreva o seu tratamento.
 16. Você já sentiu algum efeito colateral em decorrência do consumo deste, ou de outro psicofármaco?
 - 16.1. Se sim, quais efeitos e o que fez em decorrência disso?
 17. Como você se sente quando, por qualquer razão que lhe impeça, não usa psicofármaco?
 18. Você se sente incomodado em assumir publicamente que consome psicofármaco?
 - 18.1. Se sim, por quê?
 19. Você acha que com o consumo do psicofármaco sua vida teve alguma mudança?
 - 19.1. Se sim, em que aspecto e por quê?

CONSUMO INDEPENDENTE

8. Você tem alguma noção sobre possíveis efeitos colaterais e/ou risco de dependência – fisiológica ou psicológica?
 9. Alguém do seu cotidiano, como amigo ou familiar, sabe que você toma psicofármaco?
 - 9.1. Se sim, quem e como reage?
 10. Como obtém o psicofármaco que utiliza?
 11. Qual o psicofármaco que usa atualmente?
 12. Há quanto tempo toma o mesmo psicofármaco?
 13. Sob que critérios você define a dosagem e o horário para o consumo do psicofármaco atual?
 14. Por que não consultou um médico antes de decidir consumir esse medicamento?
-

14.1. Se o psicofármaco que é utilizado agora foi prescrito em algum momento anterior, por que não faz acompanhamento médico?

15. Descreva o seu tratamento.

16. Você já sentiu algum efeito colateral em decorrência do uso deste, ou de outro psicofármaco?

16.1. Se sim, quais efeitos e o que fez em decorrência disso?

17. Como você se sente quando, por qualquer razão que lhe impeça, não usa psicofármaco?

18. Você se sente incomodado em assumir publicamente que consome psicofármaco?

18.1. Se sim, por quê?

19. Você acha que com o consumo do psicofármaco sua vida teve alguma mudança?

19.1. Se sim, em que aspecto e por quê?
