

**38º Encontro Anual da Anpocs**

**SPG11 – Múltiplos discursos e práticas sobre drogas: medicina, direito e consumidores sob a perspectiva das Ciências Sociais**

**Coordenadores: Frederico Policarpo (UFF); Beatriz Caiuby Labate (UNICAMP)**

**Felicidade artificial: o consumo de psicofármacos e a patologização do sofrimento na contemporaneidade**

**Gleiciane Silva Vieira de Souza**

## **Felicidade artificial: o consumo de psicofármacos e a patologização do sofrimento na contemporaneidade<sup>1</sup>**

*Gleiciane Silva Vieira de Souza*

O fenômeno do consumo de psicofármacos tem se tornado um relevante problema de pesquisa nas Ciências Sociais. A procura por uma solução química para os “problemas da vida” tem sido imperativa na sociedade contemporânea. Tal ação é amplamente legitimada por um conjunto de saberes que, através de seu discurso “verdadeiro” – no sentido foucaultiano – tem acrescentado ao seu domínio cada vez mais categorias do comportamento e das emoções humanas. Frequentemente os noticiários divulgam os mais recentes estudos e pesquisas sobre a incidência crescente de patologias de ordem psíquica como a depressão, a ansiedade, etc. De acordo com a Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup> (OMS), mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades sofrem de depressão no mundo, até 2020 essa será a segunda doença de maior ocorrência (abaixo apenas de doenças cardíacas) e logo em 2030 ocupará a primeira posição (WHO, 2008). Ainda de acordo com a OMS, em 2011 o Brasil foi o país com maior ocorrência de depressão, 10,8% da população apresentou o distúrbio (BROMET et al. 2011).

Nesse sentido, o crescente diagnóstico de patologias psíquicas como a depressão, corrobora com o aumento do consumo de psicofármacos na mesma escala, em pouco tempo os antidepressivos serão os medicamentos mais vendidos no mundo. No Brasil os psicotrópicos Clonazepam, Bromazepam e Alprazolam foram as substâncias controladas mais consumidas pela população do período de 2007 a 2010, segundo a Agência

---

<sup>1</sup> O presente ensaio é fruto de algumas reflexões iniciadas em trabalho de conclusão de curso de graduação e, no momento, estão em desenvolvimento em pesquisa de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), através do financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Agradeço em particular aos professores Artur Perrusi e Eliane da Fonte pela disciplina de Sociologia da Loucura ofertada no primeiro semestre de 2012, na UFPE, bem como pelos trabalhos desenvolvidos e publicados pelo professor Jonatas Ferreira e pela socióloga Erliane Miranda, sem os quais careceria de referencial bibliográfico.

<sup>2</sup> Fonte: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em: 15 out de 2013.

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2011). Em 2010, foram vendidas cerca de 10 milhões de caixas de Clonazepam, o mais vendido da lista, seguidos do Bromazepan (4,4 milhões de unidades) e do Alprazolam (4,3 milhões de unidades). Os gastos dos brasileiros foram estimados em cerca de 92,4 milhões de reais, “considerando o preço máximo ao consumidor e a menor faixa de imposto (12%) aplicável” (BRASIL, 2011).

Em contrapartida, esses dados nos levam a questionar até que ponto o alto índice de diagnósticos e o conseqüente consumo de psicofármacos correspondem, de fato, à existência de uma patologia. É bem verdade que vivemos em um período de crescente poder da jurisprudência médica, poder esse que arrasta para os seus limites uma gama de sentimentos e comportamentos considerados “normais” à vida humana em outras épocas. Tal fenômeno tem sido chamado de “medicalização”, processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados enquanto tal, segundo Peter Conrad (2007), e que vem sendo considerada uma das mais importantes transformações ocorridas na segunda metade do século passado. No caso específico do Transtorno Depressivo, relevantes trabalhos têm sido desenvolvidos nas Ciências Sociais, os quais trazem os grandes debates em torno das definições dos Manuais de Diagnósticos das Doenças Mentais – DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – que estão constantemente em mudança e têm como conseqüência, a possibilidade de confusão entre tristeza normal e depressão (HORWITZ e WAKEFIELD, 2010).

Acreditamos que a explosão recente de casos de Transtorno Depressivo não decorre do número real de pessoas com a patologia, mas que essa explosão é conseqüência da confusão entre tristeza normal e Transtorno Depressivo decorrente dos manuais de diagnósticos, que acabam por classificar muitos casos de tristeza como depressão quando nem sempre é, concordando com Horwitz e Wakefield (2010). Nesse sentido, argumentamos que, na sociedade contemporânea, ao se transformar em patologia, o sofrimento tem um novo lugar, ele pode ser “localizado” no corpo humano e, enquanto esfera da vida vem passando por um processo de “racionalização” – em termos weberianos – tendo seu sentido esvaziado com o processo de *desencantamento do mundo*. A civilização ocidental transformou o progresso em sinônimo de redução do sofrimento através do processo de “eliminação ou sedação” da dor e de possíveis sintomas de doenças crônicas, levando-as a serem vistas como um mal que aflige apenas

aos indivíduos que não foram beneficiados pelo artefato sofisticado da instituição médica (ILLICH, 1975, apud TESSER, 2006). O indivíduo contemporâneo vive o esvaziamento do sentido da vida e de dimensões como a do sofrimento, ancorado no discurso da ciência médica que atribuiu ao sofrimento o caráter de patologia.

## **Medicina e Psiquiatria: a construção da doença mental**

A humanidade sempre conviveu com sofrimentos durante todo o seu desenvolvimento, no entanto, a grande maioria desses sofrimentos eram considerados comuns e da “ordem” da vida. Com o desenvolvimento de alguns saberes científicos, como a medicina, - particularmente a psiquiatria - a humanidade passou a assistir a um amplo processo de patologização dos sofrimentos:

“A história das categorias que têm sido criadas nas sociedades ocidentais para ordenar e dar sentido ao fenômeno do sofrimento mental passou pela criação da doença mental definida pela medicina e pela psiquiatria, por analogia com a doença física” (ALVES, 2010, p. 26).

Mas o que podemos entender por saúde e doença? Para a OMS, saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 2005)<sup>3</sup>. Em alguns livros, doença é descrita como ausência de saúde e saúde como ausência de doença, o que nos mostra como é difícil definir o que seja doença (AMARANTE, 2007).

No entanto, acreditamos que os sentidos da doença são produzidos no meio social, mas é à medicina atribuído o papel majoritário de produzir esses sentidos, de acordo com Perrusi (1995), do ponto de vista histórico, “a doença é o status físico mais a significação social recebida”. Esse saber atribui um novo significado à doença, mas o que temos visto com o processo cada vez mais amplo de desenvolvimento da medicina é uma ênfase ao status físico da doença e uma anulação crescente de sua significação social:

“O médico seria formado para uma vida prática e não para uma reflexão crítica sobre o seu saber e o seu objeto. É raro um médico se perguntar sobre o que é doença; na verdade, ele não quer “saber” e sim

---

<sup>3</sup> “A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 2005; tradução nossa).

“detectar”, “procurar”, “examinar”, “olhar”, “diagnosticar” etc.” (PERRUSI, 1995, p.112).

Podemos considerar, portanto, que a medicina seja um dos grupos relacionados à gestão do controle social na moderna sociedade que constroem as normas produtoras dos desvios sociais – as doenças e particularmente a doença mental - (PERRUSI, 1995). Todavia, a gestão que estabelece essas normas está para além da medicina, é um sistema maior determinado por leis econômicas, do qual ela é dependente e extremamente vinculada, mas que ultrapassa a sua ideologia (BASAGLIA, 2005):

“Os médicos, na sociedade moderna, são o grupo social específico encarregado de “atribuir” o desvio à doença. Tal “atribuição” ocorre através, principalmente, da construção profissional da doença” (PERRUSI, 1995, p. 118).

Nesse sentido, o significado atribuído à doença pela medicina pode ser entendido como uma afirmação da subjetividade do próprio médico que se utiliza de uma objetualidade para legitimar sua prática profissional. Dessa maneira a medicina se assemelha a sociedade que relega e esconde suas contradições através de áreas de compensação (BASAGLIA, 2005).

A questão de legitimidade da prática médica, particularmente da psiquiatria, também vem sendo desenvolvida por Perrusi (1995; 2010). De acordo com o autor, as dificuldades de apreensão do objeto profissional dos psiquiatras, a doença mental, cria nos mesmos a necessidade de controlá-lo, se transformando numa “questão de coesão social” (coesão de grupo) que põe em risco a legitimidade de seu “saber científico”.

Desde sua produção do conceito de doença mental, a psiquiatria vem transformando o sofrimento psíquico em patologia. Ao “conceituar” a Loucura como doença mental o saber psiquiátrico apropriou-se de tal objeto, legitimando, ao mesmo tempo, sua prática profissional, pois, “na construção profissional da doença mental, se inscreve o processo de identificação profissional” (PERRUSI, 1995, p. 215):

“Foi no final do séc. XVIII que, na Europa, surgiu a “nova” categoria social para as pessoas que apresentavam comportamentos estranhos; incompreensíveis, e que rompiam com as normas sociais – os doentes mentais e, com eles, a Psiquiatria. O doente mental vem a ocupar o lugar do louco enquanto marca do desvio, da exclusão” (FOUCAULT, 1987 Apud ALVES, 2010, p. 28).

A apropriação dos comportamentos humanos pela medicina (pela psiquiatria, mais precisamente) foi se consolidando no passar dos anos, tendo por alicerce o “progresso” científico. Um dos acontecimentos mais importantes neste processo foi a descoberta do arco reflexo – “o conjunto de nervos percorridos por um impulso nervoso, do ponto de origem no receptor até o sistema central e seu retorno” – (DWORKIN, 2007). Essa descoberta dá início ao reducionismo biológico do comportamento humano, antes vinculado a questões subjetivas do espírito:

“A descoberta do arco reflexo, em 1823, provou que os nervos podiam ser estimulados sem *imput* cerebral, o que significava que alguns comportamentos humanos aconteciam de forma reflexa – sem que a alma os comandasse. Os clérigos acreditavam que a insanidade era uma prova de desarranjo da alma e um problema moral; para sua consternação, o arco reflexo tornou possível desconectar o comportamento humano da alma, potencialmente privando a doença mental do seu conteúdo moral” (DWORKIN, 2007, p. 155).

No século seguinte a natureza da doença mental é transformada com o pensamento de Freud que introduz “a teoria analítica e o sistema mais amplo da psiquiatria dinâmica” unindo, assim, as neuroses às categorias de doença da psiquiatria (ALVES, 2010). A ampliação do conceito de doença mental não para por aí, nas “sociedades ocidentais complexas” assistimos a uma crescente medicalização de categorias do comportamento, de sofrimentos comuns da vida como a perda de um ente querido, desemprego, desenlaces afetivos entre tantos outros acontecimentos que, de alguma forma, causam dor e sofrimento aos indivíduos, pois é a medicina e a psiquiatria mais precisamente, a encarregada de lidar com essas dimensões:

“Em pleno século XXI, nas sociedades ocidentais complexas, assistimos à extensão das categorias de doença mental a uma grande variedade de comportamentos humanos, o que Robert Castel (1976) denominou por psiquiatrização das sociedades ocidentais, complemento da medicalização a vida” (Illich, 1975; Conrad e Schneider, 1992 Apud ALVES, 2010).

Então a doença mental seria o oposto de saúde mental? Enquanto diz respeito ao “estado mental dos sujeitos e das coletividades, a saúde mental é um campo complexo e plural” (AMARANTE, 2007). Mas é a ciência, e a sociedade baseada nela, que constrói a “imagem social da doença mental que se revelará determinante no desenvolvimento da doença” (BASAGLIA, 2005),

“Isto indica o poder da ciência moderna em aniquilar outras formas de conhecimento e de intervenção, porque as consideram menores, irracionais, arcaicas, ultrapassadas, contrárias aos valores da modernidade e às suas exigências” (ALVES, 2010, p. 31).

É difícil separar saúde mental de doença mental, de acordo com Basaglia (2005) não existe uma separação nítida entre elas, a objetividade da doença mental só existe a partir da internação e da definição científica da própria doença, pois antes que o doente mental seja considerado como tal ele representa uma presença contraditória no seu meio social e familiar. O que se toma por doença mental também pode ser considerado como “o resultado de sofrimento mental, normal ou continuado” do qual a pessoa que sofre não conseguiu ultrapassar; ou a doença mental pode ser considerada como decorrência da natureza do indivíduo tanto da personalidade como do organismo (ALVES, 2010).

De acordo com a OMS, uma das condições da existência de saúde mental no indivíduo é ele ser capaz de contribuir com sua comunidade, o que nos leva a pensar na doença de uma perspectiva socialmente construída, sendo assim, se alguns indivíduos não contribuem com a sua comunidade de alguma forma, eles são considerados incapazes, logo desviantes e fora da conduta de vida aceitável e respeitada. A OMS entende por saúde mental:

“Um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas próprias capacidades, pode fazer face ao estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de prestar uma contribuição para a sua comunidade (WHO, 2005)<sup>4</sup>.

Tais princípios de participação e contribuição social são, sobretudo, relacionados à capacidade dos sujeitos de serem eficientes em alguma atividade laboral, os quais estão atrelados aos valores modernos que preconizam o individualismo, a autonomia e a autodeterminação enquanto norma absoluta da conduta de vida, constituindo, dessa forma, uma antítese da doença mental (ALVES, 2010). No seio de uma sociedade capitalista-produtivista em que os valores imperativos são a saúde, a produção e a juventude, a doença, a velhice e os sofrimentos psíquicos de maneira geral correspondem à incapacidade, acidentes no percurso de uma vida que não quer preocupar-se com tais condições (BASAGLIA, 2005).

---

<sup>4</sup> a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community (WHO, 2005).

Portanto, tomemos a apreensão de doença mental como *percurso da incapacidade*, já que o doente mental é rechaçado de sua vivência social e objetificado por um “ente mórbido” que anula sua condição de indivíduo no mundo, suas redes sociais de relacionamento são enfraquecidas quando o estigma da doença mental se instala neles:

“Círculos sociais normalmente presentes em sociabilidades cotidianas – como vizinhança, colegas de trabalho, inserções em clubes e associações voluntárias – são visivelmente enfraquecidos quando do adoecimento. O retraimento da vida social talvez seja a consequência mais visível – e provavelmente uma das sequelas mais importantes dos que enfrentam o sofrimento psíquico” (FONTES, 2010, p. 3).

A doença mental, “ente mórbido”, objeto natural e externo ao indivíduo, foi o elemento sobre o qual o saber psiquiátrico se debruçou, deixando à revelia o sujeito que a detém. Ela é um objeto da natureza, segundo os tratados de psiquiatria, tendo seus tipos, semelhanças e distinções analisadas e catalogadas (AMARANTE, 2007).

Tal processo de anulação do indivíduo em detrimento de um processo de “cura” proposto pela psiquiatria, no qual o sujeito que vivencia a doença é ignorado, pode ser considerado de um ponto de vista mais amplo, do qual a ciência foi a responsável por esse processo de redução da pessoa humana a mecanismos orgânicos e biológicos, deixando à mercê a totalidade da existência.

Nesse sentido, a Loucura foi “capturada” por um saber, o “saber psiquiátrico”, que a conceituou de “doença mental”, dando início a uma relação vertical, relação de poder, através da intervenção médica, do exercício do controle e da disciplina (FOUCAULT, 1995). Esse poder vai se refinando, a dominação é exercida através de novos mecanismos de sujeitamento, passando dos asilos à medicamentação. Logo a psiquiatria é o poder que contém a loucura:

“Toda intervenção prática sobre o outro implica um saber que possui uma relação necessária com o poder. Há um trio nefasto na psiquiatria: saber – (poder) – intervenção. Por isso, as críticas à psiquiatria e ao seu saber são críticas ao poder do psiquiatra. É também uma crítica institucional, pois a instituição possibilita e viabiliza a intervenção sobre o outro” (PERRUSI, 2010, p. 89).

O tabu e o estigma presente na dinâmica da doença mental estão visíveis na própria construção dos discursos, como o discurso psiquiátrico que aconselha o afastamento dessa realidade ameaçadora (ALVES, 2010). A imagem social da doença mental determinante no percurso da doença foi construída pela ciência e pela sociedade que nela



se fundamenta a partir de um conceito de norma que a classifica e descreve (BASAGLIA, 2005). Dessa maneira, é a ciência que explica, codifica as causalidades e define a maneira como devemos interagir com a doença mental, passando da loucura enquanto diferença para a loucura domesticada por um saber científico (ALVES, 2010).

No entanto, a premissa que determina o valor absoluto da ciência enquanto a única detentora da verdade e sua neutralidade não é mais considerada universal, o paradigma científico vem passando por uma importante transformação. Dessa maneira, o saber psiquiátrico, fundamentado nas ciências da natureza, “único” capaz de revelar a verdade sobre a loucura, também tem sua hegemonia colocada em questão (AMARANTE, 2007). Especificamente, a “doença mental” sempre representou um dilema no campo da medicina, graças a sua natureza de difícil apreensão colocava o saber psiquiátrico numa delicada posição de legitimidade diante do saber médico:

“A “doença mental” é um fenômeno *sui generis* na medicina. Ela jamais conseguiu ser enquadrada pelo paradigma biomédico da medicina. Sendo o objeto profissional da psiquiatria, sua instabilidade, enquanto representação médica de doença condiciona diversas dificuldades no campo do saber psiquiátrico: falta de consenso etiológico, confronto de diversos paradigmas de doença, desvalorização do conhecimento psiquiátrico” (PERRUSI, 2010, p. 73).

A impotência da psiquiatria está nitidamente visível na sua prática de custódia que definiu e catalogou a doença mental considerando-a meramente uma alteração biológica, de difícil identificação diante da qual a única saída seria aceitar sua condição de “desviante da norma” social (BASAGLIA, 2005). Mas como esteve ancorada na ciência e enquanto prática médica, a psiquiatria conseguiu ser a forma explicativa absoluta da loucura, pois no momento em que se desenvolveu como disciplina médica a cultura ocidental vivia o momento pleno da “razão”. O projeto de August Comte, o mais importante positivista, era o de construir uma sociedade planejada e administrada através da ciência (AMARANTE, 2007), também no campo das Ciências Sociais outras definições sobre a natureza da doença mental foram elaboradas, umas concordando e outras não com a perspectiva desenvolvida pelo saber médico:

“Nas Ciências Sociais, a Sociologia Médica de orientação estruturalista centrou a sua análise na identificação dos fatores sociais que precipitam o surgimento da doença mental. Basicamente, aceita a concepção dominante (médica) sobre a doença mental. São conhecidos os estudos que correlacionam o surgimento da doença mental com a classe social (HOLLINGSHEADE REDLICH, 1958; DOHRENWEND e CHIN-

SHONG, 1967, sexo (BROWN, et al.,1978), e o suporte social (HENDERSON, 1998), acentuando a vulnerabilidade (MEEHL, 1962), as circunstâncias do meio e os fatores sócio-culturais nas explicações causais” (DUNHAM, 1977) (ALVES, 2010, p. 28).

Em oposição a esta corrente, a Sociologia Interacionista define a doença mental como “comportamento desviante produzido pela sociedade” indicando o “caráter de ferro” em que a nossa sociedade se transformou, indo além da perspectiva médica que se reduz a significá-la como perturbação intrapsíquica (GOFFMAN, 1982; GOMM, 1996; SCHEFF, 1999, WEBER, 1991 Apud ALVES, 2010, p. 28).

Na perspectiva da antropologia a conjuntura cultural define a doença mental, significando que ela é construída a partir da cultura. Diferente da análise que se ocupa do significado da doença, na antropologia se procura interpretar a cultura, construtora das normas e dos significados na sociedade, bem como a atenção dada ao “ponto de vista do nativo” na perspectiva de Geertz:

“Os significados associados à loucura e à doença mental, experienciada ou não, são construções sócio-culturais (BENEDICT, 1934 1ª ed.; FOUCAULT, 1987; BASTIDE, 1967; DEVEREUX, 1977) em que o conhecimento científico da medicina se interpenetra com o saber leigo para a produção de sentido. Esses significados sociais manifestam um “acordo” que num determinado tempo e espaço se estabelece numa sociedade. São, por isso mesmo, relativos – o que é loucura, doença mental, numa sociedade pode não o ser na outra” (Apud ALVES, 2010, p. 25).

Na perspectiva de Alves (2010), a doença mental surge no senso comum, chamado por ela de “racionalidades leigas” enquanto caráter polissêmico significando um defeito, uma falha inscrita além do plano físico, uma falha na identidade do sujeito, que “diminui” o doente mental e o transforma em uma pessoa estigmatizada, um excluído da sociedade:

“Assim, tomando como referência o conhecimento existente sobre saúde e doença, em geral, e sobre saúde e doença mental, em particular, propomos a noção plural de racionalidades leigas sobre a doença mental, noção diversa da racionalidade profissional reconhecida, a racionalidade da ciência médica/ psiquiátrica. O que principalmente as distingue é a não linearidade da lógica de pensamento leigo que assenta em conhecimentos do mundo da vida, feito de representações culturais, de experiência social, e de informações de vários tipos em que se inclui a reflexividade da ciência” (ALVES, 2010, p. 63).

Nesse sentido, o indivíduo carrega uma falha na sua identidade, na perspectiva de Goffman (1998); a noção de normal e estigmatizado são aspectos originados no meio social – não são pessoas - através do contato com outros, em detrimento do descumprimento de normas que formam o pano de fundo do encontro:

“Desta forma, se torna possível constatar o que Basaglia (inspirado no poeta e dramaturgo Antonin Artaud) denominou “duplo da doença mental”, isto é, o conjunto de pré-concepções, preconceitos (estigmas, valores, juízos) relacionados à doença mental” (AMARANTE, 2007, p. 67).

A identidade social do indivíduo se torna evidente no relacionamento com outras pessoas. Quando vemos o outro pela primeira vez nossas impressões primordiais começam automaticamente a enquadrar esse outro em alguma categoria, assim identificamos sua identidade social. Criamos expectativas quanto ao que o outro deva ser, portanto essa identidade é uma identidade social virtual, nos termos de Goffman (1998). No entanto, os verdadeiros atributos que o outro possui, equivalem à sua identidade social real.

Nesse caso é introduzido o conceito de estigma, o qual Goffman usou para se referir às características depreciativas, ou seja, estigma corresponde a um “*tipo especial de relação entre atributo e estereótipo*” (GOFFMAN, 1998, p. 7). Segundo o autor, há três tipos de estigma: as abominações do corpo, as culpas de caráter individual e os estigmas tribais de raça, nação e religião.

Segundo Goffman (1998), o indivíduo que carrega um estigma pode vivenciar algumas experiências no processo de aprendizagem correspondentes ao seu estigma, bem como ter a concepção do eu transformada. Desse modo, a “carreira moral” terá uma sequência semelhante de ajustamentos pessoais. O autor chama a atenção para duas fases do processo de socialização: a primeira corresponde à apreensão pela pessoa estigmatizada da perspectiva dos ditos “normais”, levando-a a carregar os valores e ideias sociais mais amplos em relação à sua identidade e estigma; na segunda fase a pessoa tem conhecimento de seu estigma e das consequências de possuí-lo (GOFFMAN, 1998).

Dessa forma, o indivíduo estigmatizado sofre uma exclusão que o determina como perigoso e inferior tal como o negro numa sociedade racista que o explora para manter-se viva, determinando-o como inferior, tal processo de exclusão, então, aparece como um fato social (BASAGLIA, 2005). A doença mental surge como representação da violência

e do perigo, o doente mental, o “maluco” representa uma ameaça para a sociedade, despertando medo e receio nos ditos “normais” (ALVES, 2010), ele é segregado e reprimido em instituições e, enquanto um dos *out* da sociedade, é proibido de manter relação com os *in*, que os encerram na clausura para impedir-lhes tal contato (BASAGLIA, 2005).

O valor moral, inculcado à doença mental de falhas de caráter e físicas, confirmam e reproduzem o estereótipo estigmatizante como representação social predominantemente negativa sobre a doença (GOFFMAN, 1982 Apud ALVES, 2010). Tais representações “tem suas fontes além da psiquiatria” e se ancoram em momentos anteriores da história através de imagens míticas atreladas aos meios rurais (ALVES, 2010). Na cidade as imagens míticas são substituídas por “comportamentos bizarros”, ligados à aparência que são visíveis aos transeuntes se opondo à despersonalização vivida no meio urbano (SIMMEL, 1987 Apud ALVES, 2010), temos então o sujeito que vive à margem das normas sociais, o desviante:

“Uma vez que a dinâmica da diferença vergonhosa é considerada uma característica geral da vida social, pode-se passar a encarar a relação entre o seu estudo e o estudo de assuntos próximos associados ao termo “comportamento desviante” – uma expressão atualmente em moda que foi, de certo modo, evitada aqui até agora, apesar da conveniência do rótulo” (GOFFMAN, 1998, p. 118).

Percebemos, então que a doença foi colocada “entre parênteses” nestas abordagens, correspondendo a uma “atitude epistêmica”, produtora de conhecimento que suspendeu um determinado conceito e torna possível a construção de novas abordagens do fenômeno, como “a experiência vivida pelos sujeitos”, dessa maneira, colocar a “doença entre parênteses” não equivale a negar que a doença exista e que ela corresponde a um processo que pode causar dor e sofrimento, mas implica em considerar a totalidade do sujeito que a carrega (AMARANTE, 2007), pois:

“Se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar “a doença entre parênteses” para que se fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência. Franco Basaglia se inspirou em Edmund Husserl, considerado o pai da fenomenologia e autor do conceito de “redução analógica” ou de colocar o conceito entre parênteses” (AMARANTE, 2007, p. 66-67).

Ao colocar a doença entre parênteses Basaglia propõe uma ruptura com o modelo utilizado pelas ciências naturais, mais precisamente o modelo teórico-conceitual adotado pelo saber psiquiátrico que resultou na coisificação do sujeito, na proposta de conhecer a subjetividade humana, constituindo, simultaneamente, “a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria” (AMARANTE, 2007; 2009).

Como vimos, a ciência tem passado por um processo de mudança que implica em transformações em sua rede de saberes, como o psiquiátrico, e é diante desses moldes que Amarante propõe uma análise dos conceitos psiquiátricos que irromperam no processo de Reforma Psiquiátrica, consistindo numa “consequência natural de uma transformação da própria ciência”:

“Os autores da psiquiatria não assumem, mas a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, - como veremos mais adiante nas Reformas Psiquiátricas – obrigaram a psiquiatria a abandonar o conceito de doença mental na medida em que provaram que não contribuía em praticamente nada para entender e lidar com os sujeitos assim classificados: a resposta da psiquiatria foi criar asilos psiquiátricos” (AMARANTE, 2007, p. 68).

Dentre as novas definições utilizadas pela psiquiatria para doença mental se encontram o “transtorno mental” para língua portuguesa e espanhola e a “desordem mental” para a língua inglesa (*mental disorder*), no Brasil o sujeito passa de “paciente” a portador de “transtorno mental” como consta na legislação (AMARANTE, 2007). As ideias presentes em tais terminologias nos remetem à imagem de um sujeito que “carrega um fardo”, no caso do “portador de transtorno mental” e, no caso da concepção de “desordem mental”, no entanto, o termo “desordem” evoca a ideia de que há uma ordem, que é extremamente difícil de estabelecer, portanto, a grande novidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil consiste na utilização da expressão “sujeitos em sofrimento psíquico” ou sofrimento mental, pois essa ideia alude a “um sujeito que sofre, a uma experiência que ele vivencia” (AMARANTE, 2007).

### **A medicamentação do sofrimento psíquico**

O processo de utilização de medicamentos que possam responder a situação entendida como patológica tem sido denominado de “farmacologização” ou “medicamentação” pela literatura corrente. Tal processo normalmente é consequência

da “medicalização” da vida, na qual muitas dimensões da existência que não pertencem exclusiva ou predominantemente à medicina são apropriadas por este saber. O termo se refere à transformação de esferas de ordem social, política ou econômica em esfera médica. Os problemas da vida humana são transformados em problemas de saúde: a tristeza diante do falecimento de um familiar se torna uma possível depressão, a tristeza é “medicalizada” (AMARANTE,1995):

“Medicalization” describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders. Some analysts have suggested that the growth of medical jurisdiction is “one of the most potent transformations of the last half of the twentieth century in the West” (CONRAD, 2007, p. 4).

O desenvolvimento do saber psiquiátrico esteve ancorado desde o seu nascimento até as últimas décadas do século passado na lógica asilar, foi iniciada a medicalização da loucura em “doença mental”, no entanto, a dificuldade em diagnosticar os transtornos mentais colocava este saber profissional num lugar desconfortável no campo médico. Esta dificuldade levou o saber psiquiátrico à elaboração e criação de seus manuais de diagnósticos:

“A psiquiatria é uma das poucas disciplinas médicas, senão a única, que nunca teve um consenso etiológico e nosológico estável, isto é, uma representação única e estável guiando a conduta dos psiquiatras, sempre sofrendo assim uma inadequação permanente com a representação biomédica da doença” (PERRUSI, 2010, p. 74).

No ano de 1948 a primeira classificação internacional de doenças mentais é lançada como parte da já existente Classificação Internacional de Doenças 6 (CID-6). Pouco mais tarde, em 1952, é publicada pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais I (DSM-I ) (RODRIGUES, 2006, p. 24). Em 1968 é lançada a CID-8 e o DSM-II, nos quais há uma grande influência das teorias psicanalíticas, mas já no ano de 1975 é lançada a CID-9 que, embora não implique em mudanças significativas, introduz de maneira ainda sutil “termos mais descritivos e com menor conotação etiológica” (RODRIGUES, 2006).

É nessa década que ocorre outra transformação importante nos manuais americanos, pois o programa responsável pelo financiamento das seguradoras que

ofertavam o tratamento psiquiátrico não estava mais disposta a despende investimentos neste segmento da saúde porque as terminologias psicanalíticas utilizadas para o diagnóstico, cuidado e pesquisa sobre as doenças mentais não eram claras o suficiente o que significava um investimento sem fim para o governo (AGUIAR, 2004 Apud FERREIRA e MIRANDA, 2011).

Dessa maneira, o procedimento mais “descritivo” presente já no CID-9 se torna uma tendência marcante para o DSM-III, publicado em 1980, que se tornou um divisor de águas na psiquiatria contemporânea, pois, neste manual, há a substituição do termo neurose de ansiedade por Distúrbio de Pânico e Distúrbio de Ansiedade Generalizada (RODRIGUES, 2006). Desta maneira, ao abandonar o termo neurose, a psiquiatria tenta descrever a diferença entre quadros agudos e quadros generalizados de ansiedade.

Na mesma década surge o Prozac nos Estados Unidos, primeiro psicofármaco que tem como base a substância Fluoxetina que intercede no processo de produção da serotonina do cérebro contribuindo no tratamento da depressão. Esta droga ficou conhecida em todo o mundo, tanto entre os médicos que a receitavam como entre os pacientes que passaram a consumi-la e representando mais de 30% do que o laboratório Eli Lilly faturava, dando início a “*psicofarmacologia cosmética*” (AGUIAR, 2004, p. 108 Apud FERREIRA e MIRANDA, 2011).

Vale ressaltar que tais mudanças foram iniciadas no momento da descoberta da substância Clorpromazina, em 1950, na Europa, capaz de “controlar as angústias psicóticas” (RODRIGUES, 2006). A responsabilidade por essas mudanças foi atribuída ao psiquiatra Donald Klein que, por não obter sucesso ao utilizar a substância Clorpromazina no tratamento dos pacientes diagnosticados com ansiedade grave, – dentre os quais estava ausente o sintoma psicótico – começa a pesquisar outra substância muito próxima molecularmente desta, a Imipramina (Ibid).

Com a utilização da substância Imipramina, Klein obteve sucesso no tratamento de pacientes que apresentavam quadros agudos de ansiedade, propondo por essa razão a distinção entre “ansiedade crônica e ataques de pânico”, sendo posteriormente adicionada ao DSM-III, que se tornou um marco na psiquiatria contemporânea por ter sido a primeira vez que uma nosologia era diferenciada tendo por alicerce “a resposta clínica a uma determinada substância farmacológica” (Ibid).

Entre os resultados promovidos pela criação do DSM-III estão questionários de diagnóstico elaborados para serem aplicados em estudos epidemiológicos e principalmente o fato de que esses questionários agora poderiam ser aplicados por não-psiquiatras, ou “leigos”, o que se consolidou como outro importante momento do processo de “patologização do sofrimento” (FERREIRA e MIRANDA, 2011, p. 231).

Após esta fase que ficou conhecida como a “revolução farmacológica”, é publicada a CID-10 em 1992 e o DSM-IV em 1994, os quais são utilizados em pesquisas e diagnósticos na atualidade. Desde então, assistimos a um crescente processo de psiquiatrização social, no qual o discurso medicamentozante se torna um imperativo:

“Não é, sem uma sombra de tristeza, que temos observado os caminhos – ou quem sabe, descaminhos – que a psiquiatria tem tomado. Fascinado pelo pensamento técnico, inebriado pela oferta feita pela ciência de incluí-lo em seu rol, o saber psiquiátrico, progressivamente abre mão de refletir sobre a singularidade humana, já não deseja ser “visto” ao lado da filosofia e mesmo da psicologia. Em sua oferta de inclusão, a ciência, entretanto, cobra pesado preço: todos os fenômenos, todas as expressões da subjetividade precisam ser passíveis de mensuração, necessitam ser quantificadas” (RODRIGUES, 2006, p. 15-16).

Essa ruptura definitiva com as descrições oriundas da psicanálise levou a psiquiatria a desenvolver classificações de transtornos mentais que pudessem ser usadas em ambientes “clínicos, educacionais e de pesquisa”, tendo como consequência para o meio médico-científico a recuperação dos investimentos na saúde mental, pois no mesmo ano em que o DSM-IV foi publicado, “o *National Institute of Mental Health* (NIMH) dispôs US\$ 600 milhões para pesquisas neste segmento” (AGUIAR, 2004, Apud FERRAIRA e MIRANDA, 2011, p. 231).

Os psiquiatras passaram “dividir” uma parte de seu objeto profissional com médicos de outras especialidades, já que a possibilidade de aplicação de questionários por “leigos” e a preocupação da psiquiatria passou a ser o sofrimento e não mais especificamente a “doença mental”. Ao mesmo tempo em que o saber psiquiátrico amplia seu campo de atuação, também perde a hegemonia da prescrição de determinadas drogas para médicos não-psiquiatras (FERRAIRA e MIRANDA, 2011). Esse processo de ampliação da prescrição de psicofármacos para outras especialidades médicas foi muito bem recebido pela indústria de psicofármacos, como pode ser percebido com a grande incidência de depressão nos Estados Unidos:



“Argumentamos que, na verdade, a suposta explosão recente de casos de transtorno depressivo não deriva primordialmente de um aumento real no número de pessoas com a doença. Ao contrário, é, em grande medida, consequência da confusão entre essas duas categorias conceitualmente distintas – tristeza normal e transtorno depressivo – e, portanto, da classificação de muitos casos de tristeza normal como transtornos mentais. A atual “epidemia”, embora seja resultado de muitos fatores sociais, tornou-se possível por uma modificação na definição psiquiátrica de transtorno depressivo, a qual frequentemente permite a classificação de tristeza como doença, mesmo quando não é” (HORWITZ e WAKEFIELD, 2010, p. 18-19).

Diante dessas transformações a psiquiatria, influenciada pela psiquiatria americana e suas ferramentas de diagnósticos, ancoradas em substâncias psicotrópicas, devem ser bem observadas para que não a subestimemos, pois sua influência atingiu a própria Organização Mundial de Saúde. No ano de 2009, a OMS<sup>5</sup> recomenda a aplicação de algumas questões dos manuais americanos para pacientes que podem estar em “risco” de depressão. Nesse sentido, deve ser perguntado ao paciente se durante o período de quatro semanas ele esteve incomodado por se sentir deprimido ou inútil e se tem estado preocupado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas (FERREIRA, 2012, p. 5-6 tradução nossa). Portanto, concordamos que houve um considerável aumento de diagnósticos<sup>6</sup> baseado numa “nova” definição do que vem a ser o transtorno depressivo que é notadamente falha e contribuiu para ampliar o domínio da referida “patologia” (HORWITZ e WAKEFIELD, 2010).

A psiquiatria, através da indústria do psicofármaco, expandiu seu campo de atuação, ao medicamentar o sofrimento. Qualquer tristeza, incapacidade de lidar com a vida e suas dimensões como um todo são patologizadas. Essa “aparente” *negação do*

---

<sup>5</sup>The following two questions may be used in patients who might be at risk for depression: (1) “During the past 4 weeks have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?” (2) “During the past 4 weeks have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?” (FERREIRA, 2012, p. 5-6).

<sup>6</sup> Concordamos que tem ocorrido um processo de “patologização” do sofrimento, ou seja, a medicalização de sofrimentos subjetivos e de uma variedade de categorias do comportamento humano, no entanto, é importante ressaltar que tal pressuposto extrapola os domínios de nossa análise. Mesmo assim, acreditamos ser importante problematizar sobre categorizações biologizantes como construções sociais, já que esta discussão é fundante da Sociologia enquanto domínio científico.

*sofrimento* é, portanto, um fenômeno “reforçado” pelo consumo de psicofármacos. O sentido do sofrimento é esvaziado na cultura da medicalização,

“Esta mudança, em uma medida significativa, estava implícita no momento em que o psicofármaco passou a constituir parte da terapêutica de pacientes tradicionalmente tratados por meio da psicanálise, ou seja, pacientes em estado de sofrimento psíquico, mas em quem não se podia identificar uma patologia psiquiátrica” (FERREIRA e MIRANDA, 2011, p. 233).

No entanto, o exacerbado consumo de psicofármacos nos parece estar relacionado à necessidade ou vontade humana de suprimir a dor, o sofrimento, já que a solução química promete um alívio rápido e imediato dos problemas, pois lidar com a própria vida e suas dimensões mais difíceis, que poderiam levar o indivíduo ao aprendizado, não corresponde mais aos valores disponíveis, “sofrer não leva à nada” (MIRANDA, 2009).

O artifício químico se tornou um fim em si mesmo ele não é mais um meio que impulsiona o indivíduo à reflexão, a pensar na própria existência, e mesmo quando este processo ocorre, ele apenas se passa de maneira superficial, não entrando na profundidade das situações que causam os sofrimentos (Ibid). Nesse sentido, a oportunidade de se encarar a própria existência e de se estabelecer um maior elo consigo mesmo é descartada, pois através do sofrimento e da dor o indivíduo conseguiria retornar a si:

“Assim, a dor pode ser chance de envolvimento mais íntimo do doente consigo mesmo, seu meio, sua vida. Tal envolvimento pode ser – e amiúde é – terapêutico; dele pode a pessoa sair mais forte, mais autônoma, mais responsável por si mesma e perante a vida e o sofrimento dos outros. Mas para uma melhor compreensão do problema da dor e do adoecimento, é necessário incluir nessa discussão o contexto sociocultural em que ela ocorre” (TESSER, 2006, p. 64).

Um importante momento do processo de luta travada contra a dimensão da dor e do sofrimento foi, segundo Ivan Illich, quando Descartes separa o corpo da alma e constrói uma amostra com base na geometria e mecânica que pode ser consertada pela engenharia. Esse processo culminou na emancipação da dor do campo metafísico, no final do século XIX, e a partir daí, a medicina ocidental se encaminhou para a analgesia “que se insere dentro de uma reavaliação ideológica da dor e do sofrimento”, que podemos ver refletida na cultura contemporânea e suas instituições (TESSER, 2006, p. 64). A civilização ocidental vem transformando o progresso em sinônimo de redução do

sofrimento através do processo de “eliminação ou sedação” da dor e de possíveis sintomas de doenças crônicas, levando a própria dor e a doença a serem vistas como um mal que aflige apenas aos indivíduos que não foram beneficiados pelo artefato sofisticado da instituição médica (ILLICH, 1975, apud TESSER, 2006, p. 64).

## **Sufrimento e racionalização**

O sofrimento foi deslocado para o corpo humano e reduzido a mecanismos neuroquímicos e biológicos das ciências naturais, tendo o seu significado esvaziado na sociedade contemporânea. Mas nem sempre foi assim. O sofrimento é um fenômeno presente em toda conhecida história da humanidade, constituindo uma dimensão da vida. No mundo grego ele era representado através da tragédia, definida na *Poética* de Aristóteles:

“Tragédia é a imitação de uma ação importante e completa, de certa extensão; num estilo tornado agradável pelo emprego separado de cada uma de suas formas, segundo as partes: ação apresentada não com a ajuda de uma narrativa, mas por atores, e que, suscitando a compaixão e o terror, tem por efeito obter a purgação dessas emoções” (LESKY, 2010, p. 28).

Para Aristóteles a finalidade da poesia trágica é a *catarse*, ou seja, um alívio combinado ao prazer, não estando ligada aqui a nenhum efeito moral. De maneira geral, nas peças tratadas pela tragédia estão presentes acontecimentos repletos de sofrimento e são esses acontecimentos que Aristóteles reconheceu como específico: a liberação de determinados afetos como principal característica da tragédia. No entanto, para alguns críticos “Aristóteles permanece na pura descrição e explicação do trágico sem o aliviar” (LESKY, 2010).

Segundo Goethe, todo o trágico é baseado numa contradição irreconciliável, ele o situa no mundo das antinomias. De acordo com o poeta a verdadeira obra de arte é incompatível com a tendência pedagógica, no entanto, o próprio Goethe elucida a questão do caráter educativo da arte quando afirma que “uma boa obra de arte poderá e certamente terá consequências morais, salvaguardo que estes objetivos não devem ser exigidos do artista, pois estragaria seu ofício” (Ibid).

Dessa maneira, percebemos que o instrumento regulador da vida coletiva na Grécia era representado pela tragédia, na qual o mito entrava em cena exibindo suas

ambiguidades e contradições. A tragédia, por assim dizer, pode ser considerada a verdade da filosofia ocidental, pois nela algo esquecido retorna, algo que por ser perturbador esquecemos, ela representa o aprendizado pela dor, pelo sofrimento (FERREIRA e MIRANDA, 2011).

O sofrimento era um meio através do qual o aprendizado poderia ocorrer, mesmo tendo caráter externo ao indivíduo – já que o elemento da subjetividade ainda estava em seu germe no mundo grego. A verdade trágica pretendia que os indivíduos controlassem suas paixões particulares, visto que, como mostrava o herói trágico, suas ações poderiam gerar violência e tensão, atingindo a si e aos outros. Portanto, na Grécia, o sofrimento era dimensão constituinte da existência, mesmo que o sofrimento do herói trágico fosse ausente de sentido e que a busca de um significado transcendente para a vida não consistisse numa preocupação entre os gregos.

Em seguida, na passagem para o mundo cristão há o advento da interioridade e a busca de um sentido transcendente para a existência: “é a redenção final da humanidade, através de Cristo, que confere sentido à história humana, com todas as suas vicissitudes e aparentes obscuridades” (KUMAR, 2006, p. 108), deste modo, a experiência do sofrimento é deslocada da exterioridade para a interioridade, pois,

“La aparición de esta interioridad es completamente revolucionaria para el mundo. <<Bienaventurados los puros de corazón, porque ellos contemplarán a Dios>>, dice Cristo em el sermón de la montaña. Esta sentencia de suprema sencillez y elasticidad va contra todo lo exterior que puede cargarse al espíritu humano. O corazón puro es el terreno en donde Dios se hace presente al hombre” (HEGEL, 2008, p. 557 grifo do autor).

Dessa maneira, o sofrimento se torna íntimo do indivíduo, recebendo um novo significado. No cristianismo há uma glorificação através do sofrimento, ele se configura como uma prova permitida pelo “Senhor”. Na cultura ocidental, tanto no mundo grego como no mundo cristão, o sofrimento é uma dimensão constituinte da vida, no entanto, com a Reforma Protestante que insere o *ethos* racional, a conduta de vida racionalizada, donde tem gênese o capitalismo, o sentido da vida se esvazia e a atividade do indivíduo torna-se o seu próprio fim. Não há mais promessas de paraíso, nem um sentido que o transcenda através do sofrimento,

“De fato, o *summum bonum* desta “ética”, a obtenção de mais e mais dinheiro, combinada com o estrito afastamento de todo gozo espontâneo da vida é, acima de tudo, completamente destituída de qualquer caráter eudemonista ou mesmo hedonista, pois é pensado tão puramente como uma finalidade em si, que chega a parecer algo de superior à “felicidade” ou “utilidade” do indivíduo, de qualquer forma algo de totalmente transcendental e simplesmente irracional” (WEBER, 1967, p. 33).

O indivíduo contemporâneo vive o esvaziamento do sentido da vida e de dimensões como a do sofrimento, ancorado no discurso da ciência que vem atribuindo ao sofrimento o caráter de patologia. A oferta da ciência de suprimir esta dimensão da vida, promovendo o controle das emoções e dos humores através dos psicofármacos, ou seja, da solução química, representa uma nova forma de lidar com o sofrimento, dimensão negativa da existência.

Diferente da ausência de um “sentido” da existência no mundo grego, na sociedade contemporânea há um esvaziamento do sentido iniciado na *Reforma*. O grego não conhecia sua interioridade, tampouco o mundo tinha uma finalidade transcendente para ele, no entanto, o sofrimento estava presente na constituição da vida, não só na dos indivíduos como na dos deuses.

Para Max Weber, a modernidade tem como característica principal um processo *crescente* de racionalização e desencantamento do mundo, temas utilizados pelo autor na tentativa de “entender”, “compreender”, “interpretar” a realidade social e suas transformações, de maneira mais ampla, compreender e interpretar a ação social é o objetivo da sociologia, ação essa que é dotada de significado subjetivo. Nesse sentido, acreditamos que tais teorias – racionalização e desencantamento do mundo - podem ser utilizadas como uma chave interpretativa para tentar “compreender” a realidade social contemporânea no que se refere ao fenômeno da medicamentação do sofrimento.

No entanto, há divergências entre os estudiosos de Weber quanto à percepção do processo de racionalização das esferas sociais como *linear* e *teleológico*, como um processo em crescimento. Nesta perspectiva, Weber é visto como um pessimista que acredita numa completa burocratização das relações sociais, concebendo a modernidade como uma “jaula de ferro”. Já, de acordo com os neo-evolucionistas, tal processo é considerado um processo “histórico de seleção”, no qual a sociedade ocidental representava um modelo de sociedade entre vários outros modelos históricos, nesse

sentido, o processo de racionalização teria ocorrido com “avanços e recuos”, sendo não-linear e não-crescente. Para essa corrente de estudiosos o pessimismo existente no pensamento de Weber sobre a modernidade e a conseqüente racionalização equivale a “alertas” contra o caráter de ferro da “nova era” (SANTIAGO, 1991).

O emprego do tema da racionalização por Weber possibilitou o desenvolvimento de uma análise original sobre a cultura ocidental e sua particularidade que a diferencia das demais culturas. Essa particularidade consistia numa *racionalidade* específica que separava, para o autor, o Ocidente das demais civilizações. A principal característica do racionalismo ocidental e sua manifestação mais contundente é o capitalismo moderno, um processo inevitável da racionalização da vida, a imposição do pensar racional, o desenvolvimento da técnica e do cálculo em todas as esferas da vida: a religião, a ciência, o direito etc., como conhecemos hoje:

“O tema básico de sua pesquisa “científica” acaba sendo a tendência à secularidade. Weber, contudo, sumariza o especial caráter problemático de nossa realidade contemporânea sob o título de “racionalidade”. Mas, Weber tenta tornar inteligível esse processo geral de racionalização de toda a nossa vida porque a racionalidade que dele aflora é algo especificamente “irracional” e ininteligível” (FORACCHI e MARTINS, 1983, p. 151).

A racionalidade da cultura ocidental está presente e enraizada nas esferas sociais, nas instituições, em todos os fenômenos dessas sociedades, constituindo um importante problema de pesquisa. Nessa racionalidade específica, as ações sociais dos sujeitos se referem predominantemente a fins, as quais adotam o cálculo sistemático e preciso, sendo possível controlar e prever os resultados almejados, esta racionalidade é uma *racionalidade formal*. No entanto, foi a adoção, por determinados grupos, de outra racionalidade, a *racionalidade substantiva* – com relação a valores - que culminou na construção da racionalidade formal como valor fundamental na modernidade ocidental, segundo a teoria weberiana (SANTIAGO,1991).

No desenvolvimento da racionalização ocidental a racionalidade formal se tornou a única racionalidade considerada “racional”, adquirindo o atributo de verdade, de um *ethos* valorativo que passou a subjugar as demais racionalidades como irracionais. Esse processo foi chamado por Weber de dominação racional legal, na qual tal dominação seria a responsável pela existência de uma realidade formal no Ocidente moderno, espalhando a por todas as esferas sociais (SANTIAGO, 1991).

O significado mais importante da racionalização ocidental seria, dessa forma, o de *desencantamento do mundo*, representando uma quebra com os mistérios, com as explicações míticas e religiosas, a derrocada de forças incalculáveis, pois todas as coisas já poderiam ser capturadas e dominadas pelo cálculo:

“As forças mágicas e religiosas foram banidas do irracional. O mundo e o que nele acontece é, agora, explicado pela força propulsora desse processo de racionalização, a ciência, numa relação de causa e efeito. Disso resulta que, por um lado, o processo de racionalização – terminologia, aliás, não usada por Weber – libertou o indivíduo das amarras da superstição, fazendo-o ver o mundo de forma completamente *dominável*, por outro lado, deixou em aberto o “significado último” da vida. Esse sentido coerente da via pertence ao passado, ao mundo encantado e religioso” (SANTIAGO, 1991, p. 37).

O termo *desencantamento do mundo* tem sido interpretado erroneamente por desencanto, se tornando “psicologizado” ao ser reduzido a um “estado mental de desilusão pessoal com o mundo (moderno) ou com os rumos da sociedade (nacional)”, o que acaba por não gerar um sentido cognitivo ou teórico do termo (PIERUCCI, 2005, p. 34).

Segundo Pierucci (2005), há dois significados simultâneos para o sintagma *desencantamento do mundo*, o desencantamento pela religião e o desencantamento pela ciência, os quais foram trabalhados por Weber “ao mesmo tempo e o tempo todo”, desde sua fundação - pouco antes de 1913 - até os meses finais de sua vida, em junho de 1920. Nesse sentido, Pierucci critica a utilização do termo como sendo basicamente perda de sentido, atestando que *desencantamento* para Weber significa a quebra da magia, o êxito da racionalização religiosa que é “desmagificada”.

O processo de moralização da religião desencantou - desmagificou - o mundo e impulsionou os seus adeptos à atividade ético-ascética no trabalho profissional cotidiano. Dessa maneira, ele estabeleceu uma correlação entre a magia e o tradicionalismo, considerando a remoção da magia como remoção de obstáculos para o desenvolvimento do moderno capitalismo, ou seja, a magia era considerada uma barreira para o estabelecimento da “racionalização ética da conduta de vida “eletivamente afim” à racionalidade econômica do capitalismo moderno” (PIERUCCI, 2005).

O racionalismo enquanto domínio de mundo não existiria sem que o judaísmo e posteriormente o cristianismo tivesse iniciado o processo de desmagificação que marca a

cultura ocidental e a diferencia das demais civilizações, pois no mundo oriental os óbices da magia não foram expurgados pela prática religiosa racionalizada de seus intelectuais, sendo essa a grande diferença entre a racionalização do Ocidente e a do oriente, bem como de seus respectivos racionalismos (PIERUCCI, 2005).

Questões sobre o significado do mundo e da vida - o problema da teodicéia - foram completamente eliminados do mundo dando lugar a uma completa racionalização do mundo, à eliminação da magia como meio de salvação. A eliminação da magia do mundo desencadeou a prática do ascetismo intramundado, fazendo com que a moral ascética penetrasse na vida profissional. Segundo Weber, a adoção da conduta ascética proporcionou o planejamento racional da vida dos sujeitos segundo a “vontade de Deus”, tal conduta era então requerida por todo aquele que tivesse a salvação como certa. A racionalização dessa conduta dentro do mundo foi uma consequência do conceito de vocação empregado pelo protestantismo ascético (WEBER, 1967).

A religião foi deslocada para o mundo do irracional a partir da crescente adoção do tipo intencional de racionalização, resultando numa racionalização total da concepção do mundo e do modo de vida teórica e praticamente. Graças a combinação da seita ascética ativa pelos virtuosos religiosos foi possível a fuga da contemplação do mundo para um trabalho neste mundo (WEBER, 2002).

A adoção da conduta de vida ascética provocou o processo de desencantamento do mundo e, dessa maneira, desencadeou o moderno conhecimento científico de característica experimentalista-instrumental que reduziu o mundo natural a um mecanismo causal através do cálculo matemático, destituindo-o do sentido metafísico outrora empregado. Não há mais *sentidos* disponíveis sobre o decurso do mundo, pois a investigação científica não consegue proporcioná-los, dessa forma, nós é que temos de criá-los. Pois, a ciência não produz visões do mundo, esbarrando em seus próprios limites. A religião monoteísta ocidental desmagificou o mundo dando-lhe um *sentido* metafísico unificado, mas em seguida a ciência retira a metafísica religiosa e nos entrega um mundo totalmente naturalizado, reduzido a mecanismos causais analisáveis e explicáveis.

Nesse sentido, as forças misteriosas incalculáveis foram desalojadas para dar lugar à dominação de todas as coisas pelo cálculo, o mundo torna-se desencantado pela eliminação dos meios mágicos dando lugar a uma profunda intelectualização do mundo:



“Ora, esse processo de desencantamento, que continuou a existir na cultura ocidental por milênios e, em geral, esse “progresso”, a que a ciência pertence como um elo e uma força propulsora, terão qualquer significado que vá além do exclusivamente prático e técnico? Esta questão foi levantada, com base em princípios, nas obras de Leon Tolstói, que a formulou de modo peculiar. Todas as suas reflexões giraram em torno do problema de ser ou não a morte um fenômeno dotado de sentido. E sua resposta foi: para o indivíduo civilizado, a morte não tem significado. E não o tem porque a vida individual do indivíduo civilizado, colocada dentro de um “progresso” infinito, segundo seu próprio sentido imanente, jamais deveria chegar ao fim; pois há sempre um passo à frente do lugar onde estamos, na marcha do progresso. E nenhum indivíduo que morre alcança o cume que está no infinito” (WEBER, 2002, p. 97).

Para o indivíduo “civilizado” a vida e a morte não têm sentido algum, ele é impregnado pelas explicações das ciências Naturais da Astronomia, da Biologia, da Química que acabam por levar ao desaparecimento da própria crença de que há algum significado do universo. Segundo Tolstói não há sentido na ciência porque ela consegue responder o que devemos fazer e como devemos viver (WEBER, 2002). A ciência visa o domínio técnico do mundo através da tecnologia provocando uma verdadeira aversão à racionalidade substantiva, eliminando a questão do sentido, pois é incapaz de proporcionar a definição de algum valor. A ciência e a falta de sentido caminham lado a lado na moderna sociedade, os mistérios da vida foram eliminados pelo cálculo, fazendo com que o saber científico desencantasse o mundo:

“Vejam a Medicina moderna, uma tecnologia prática que está cientificamente muito desenvolvida. A “pressuposição” geral da Medicina é apresentada trivialmente na afirmação de que a Ciência Médica tem a tarefa de manter a vida como tal e diminuir o sofrimento na medida máxima de suas possibilidades. Não obstante, isso é problemático. Com esses meios, o médico preserva a vida dos que estão mortalmente enfermos, mesmo que o paciente implore a sua libertação da vida, mesmo que seus parentes, para quem a vida do paciente é indigna e para quem o custo de manter essa vida indigna se torna insuportável, lhe assegurem a redenção do sofrimento” (WEBER, 2002, p. 100).

Antes de ser apropriada e instrumentalizada pela Ciência Médica, a ideia de cura, de redenção do sofrimento e da morte era pertencente ao campo mítico-religioso. O sofrimento que acometia o indivíduo era causado por demônios e pela ira de um deus insultado. Nesse sentido, o sofrimento foi tratado como um sinal de desagrado aos deuses

gerando, em seguida, a ideia de culpa e punição pelas faltas cometidas, ou seja, o sofrimento seria uma expiação pelos maus atos cometidos.

Nesse contexto surge a ideia religiosa de um “salvador”, pois, “quase sempre alguma forma de teodicéia do sofrimento originou-se da esperança de salvação”. O mito do redentor desencadeou, de certa forma, a concepção racional do mundo, fornecendo um “valor positivo ao sofrimento”,

“Pode-se explicar o sofrimento e injustiça em referência ao pecado individual, cometido numa vida anterior (a migração das almas), ao pecado dos ancestrais que recai até sobre a terceira e quarta gerações, ou – o mais comum – pela maldade das criaturas *per se*. Como promessas de recompensa, temos as esperanças de uma vida melhor no futuro, neste mundo (transmigração das almas) ou as esperanças para os sucessores (reino messiânico), ou de uma vida melhor no outro mundo (paraíso)” (WEBER, 2002, p. 194).

Com o processo de desencantamento do mundo que elimina a magia e provoca o esvaziamento do sentido do mundo e da vida pela adoção de uma *racionalidade formal* que desloca a religião para o campo do irracional, é iniciada a *racionalização* da dimensão do sofrimento humano. Esta dimensão é eliminada do campo do mito pela religião *racional* e posteriormente é capturada pela ciência que tem como fundamento único a eliminação das explicações de sentido, reduzindo o fenômeno do sofrimento ao cálculo científico, um reducionismo natural e sistemático que pode ser “previsto” e controlado por artefatos de alta tecnologia como os psicofármacos. O consumo de tais substâncias na sociedade contemporânea, segundo nossa ótica, representa uma forma “desencantada” de lidar com o sofrimento, aqui tomado como um elemento negativo da existência e, de certa forma, importante no processo do indivíduo *vir-a-ser* si mesmo.

Não se pode negar o fato de que o ser humano sofre, os cristãos criaram uma doutrina que levaram os indivíduos à negação de si, na qual a vida é negada e entendida como um local de passagem. Os indivíduos não conseguem transformar o sofrimento em sinais de uma vida ascendente, não reduzida pelo “conjunto de saberes-poderes” que esvaziam todo o seu sentido. Ao invés de adotarem o *amor-fati*, o amor ao próprio “destino” - que não significa de maneira alguma uma aceitação passiva do sofrimento – os indivíduos reduzem essa dimensão da vida a causalidade científica que elimina a possibilidade de uma experiência completa, de uma existência na qual o sofrimento teria um papel impulsionador do *vir-a-ser*:

“A compreensão do sentido do sofrimento na sua relação com o conceito de *amor-fati* passa, impreterivelmente, pelo sentido da tragédia, oriundo da relação estabelecida entre o apolíneo e o dionisíaco. O apolíneo e o dionisíaco caminham lado a lado, apesar da discórdia aberta entre ambos. São dois modos com os quais o ser humano precisa caminhar” (CALÇADO, 2012, p. 90-91).

Dessa maneira o sentido do trágico compreende o valor tanto dos prazeres quanto do sofrimento, pois na tragédia a vida deve ser amada em toda sua extensão nos momentos de dor e sofrimento, ela é feita de desilusões, desprazeres, a dor, o sofrimento, está na raiz de todas as coisas, nesse sentido, “a grande hipocrisia do pensamento moderno é achar que a dor pode ser eliminada” (CALÇADO, 2012). O processo de adoecimento, o sofrimento de maneira geral, pode levar a pessoa ao encontro de si mesma, fazendo com que ela se entenda “finita” e possa, assim, compreender a condição efêmera da existência:

“Não se trata aqui de cultivar um amor ao sofrimento, como se ele fosse um bem, mas sim em olhá-lo a partir de uma dinâmica de encontro com o “si mesmo”, livre dos desvios e normalizações do mundo exterior. Já que a realidade da dor e do sofrimento é inerente ao ser humano, trata-se de não negá-los, mas assumi-los num projeto de vida afirmativa, redimida pelo sentido. Negar essa condição, essa característica própria da finitude, é alimentar uma ilusão perigosa, que pode trazer em si uma dicotomia no interior da própria existência” (CALÇADO, 2012, p. 187).

Assim sendo, a dimensão do sofrimento representa a condição propulsora do existir, por promover o ir além de si, o que nos leva a pensar na existência como um eterno *suprassumir* no sentido da infinitude. A existência tem como elemento constitutivo o negativo, ou seja, a morte, o perecer, portanto o sofrimento seria capaz de proporcionar o ir além de si mesmo, levando o ser a superar-se enquanto determinação.

Na pretensão de “compreender” os caminhos que levaram o sofrimento psíquico a ser tratado como patologia, portanto, medicalizado, o seguinte trabalho não intenciona uma crítica total ao consumo de psicofármacos. Nossa preocupação, em suma, não consiste apenas em questionar até que ponto o crescente diagnóstico de transtornos mentais, como depressão e a ansiedade, corresponde, de fato, ao aumento do número de “doentes”. O que interessa aqui é refletir sobre as bases sociais da expansão da jurisdição médica e as conseqüentes implicações sociais desse desenvolvimento (CONRAD, 2007).

Nesse sentido, buscou-se refletir sobre o consumo de psicofármacos como um fim em si mesmo, consistindo num meio “rápido”, “eficiente” e “eficaz” para o alívio do sofrimento. Ou seja, acreditamos que o consumo de psicofármacos – enquanto uma forma na lida com o sofrimento - corresponde ao processo mais amplo de *racionalização* da sociedade, na qual várias esferas da vida foram *desencantadas* pela religião e pela ciência. A medicalização do sofrimento é um fenômeno que precisa de investigação e reflexão constantes nas Ciências Sociais atualmente, pois estamos diante de um profundo processo de mudança social que merece ser observado e tratado como chave hermenêutica na tentativa de “compreender” a realidade social.

### Referências bibliográficas

AMARANTE, P. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995.

\_\_\_\_\_. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. *Reforma Psiquiátrica e Epistemologia*. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, nº1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

ALVES, F. “Racionalidades Leigas sobre Saúde e Doença Mental – um estudo no Norte de Portugal”. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.) (2010). *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária – UFPE.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. v.1, n.1, 2011, 8p. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim\\_sngpc\\_2edatualizada.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf)>. Acesso em: 15 out. de 2012.

BROMET et al.: Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Medicine 2011 9:90. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-90.pdf>>. Acesso em 15 out. de 2012.

CALÇADO, T. *O sofrimento como redenção de si*. São Paulo: Editora Paulus, 2012.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformations of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007

DWORKIN, R. W. *Felicidade artificial: o lado negro da nova classe feliz*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2007.

FERREIRA, J., MIRANDA, E. “Consumo de psicofármacos: entre o cuidado consigo e a sintetização da catarse”. In: J. Ferreira e A. Scribano (orgs.), *Corpos em concerto: diferenças, desigualdades e desconformidades*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

FERREIRA, J. *Sobre o sofrimento na contemporaneidade (A medicalização do sofrimento na contemporaneidade: o caso da melancolia)*. 36º Encontro Anual da Anpocs. GT24 – O pluralismo na teoria social contemporânea: Águas de Lindóia, 2012.

FONTES, B. A. S. M. *Redes sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstróem suas vidas*. Cad. IHU Ideias, São Leopoldo, Ano 8, nº 137: 3-28, 2010.

FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1995.

FORACCHI, M. M.; MARTINS, J. S. *Sociologia e sociedade*. São Paulo: LTC Editora, 1983.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: Editora LTC. 1998.

HEGEL, G. W. F. *Lecciones sobre la filosofía de la historia universal*. Madri: Alianza Editorial, 2008.

HORWITZ, A; WAKEFIELD, J. *A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. São Paulo: Summus, 2010.

LESKY, A. *A Tragédia Grega*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

MIRANDA, E. *Medicalização da vida como cuidado de si: O consumo de psicofármacos em Recife*. XIV Congresso Brasileiro de Sociologia. GT: Consumo, Sociedade e Ação Política: 28 a 31 de julho de 2009, Rio de Janeiro.

PERRUSI, A. *Imagens da Loucura*. São Paulo: Cortez; Recife: Editora Universitária UFPE: 1995.

\_\_\_\_\_. *A lógica asilar acabou? Uma Crítica da crítica à assistência psiquiátrica*. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.) (2010). *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária – UFPE.

PIERUCCI, A. F. *O desencantamento do mundo: todos os passos do conceito em Max Weber*. São Paulo: Editora 34, 2005.

RODRIGUES, J. T. *Terror, medo, pânico: manifestações da angústia no contemporâneo*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2006.

SANTIAGO, R. L. L. *O cativo da utopia: modernidade, racionalidade e as consequências não pretendidas da ação social na obra de Weber*. Recife: Dissertação de mestrado, UFPE, 1991.

TESSER, C. D. *Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde*. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006 (Texto digitalizado).

WEBER, M. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1967.

\_\_\_\_\_. *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2002.

WHO, 2004. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008. Disponível em: <[http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports\\_GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_GBD_report_2004update_full.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2012.

\_\_\_\_\_, 2005. Promoting mental health 2005: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne / [editors: Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie]. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2013.