

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES-CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA-PPGS

**Construção de sentidos e medicalização do
sofrimento: uma análise da experiência dos usos
de psicofármacos**

Indira Corban

*Dissertação apresentada para obtenção do
grau de Mestre sob orientação da Prof.
Dra. Simone Magalhães Brito*

João Pessoa

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES-CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA-PPGS

**Subjetivação, trajetórias e construção de sentido da
medicalização: uma análise da experiência de uso de psicofármacos**

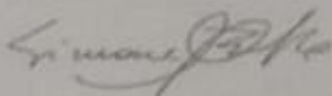
Indira Corban

João Pessoa

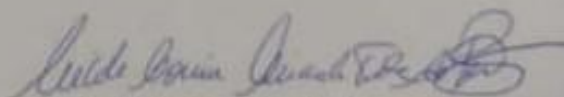
2015

**ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA BANCA EXAMINADORA
COMPOSTA PARA EXAMINAR A ALUNA INDIRA CORBAN BRITO
GUERRA.**

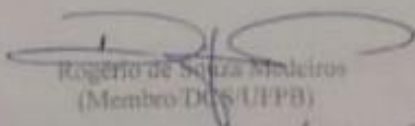
Aos 31 dias do mês de julho de dois mil nove e quinze, às 9h30, na sala de 500 do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, realizou-se a sessão pública de defesa de Dissertação, intitulada: "Construção de sentidos e medicalização do sofrimento: uma análise da experiência de usos dos psicofármacos", apresentada pela aluna Indira Corban Brito Guerra, sendo a Comissão Examinadora composta pelos Professores Doutores: Profa. Simone Magalhães Brito (orientadora/PPGS/UFPB), Rogério de Souza Medeiros (membro/PPGS/UFPB), Profa. Nicole Louise Macedo Telles de Pontes (membro/UFRPE) e Profa. Marcela Zamboni Lucena (membro/PPGS/UFPB). Dando início aos trabalhos, a Professora Marcela Zamboni Lucena na qualidade de Presidente da Comissão, convidou os membros da banca examinadora para compor a mesa. Em seguida foi concedida palavra a mestranda para apresentar uma síntese de sua Dissertação, após o que foi argüido pelos membros da Comissão. Encerrado os trabalhos de arguição, os examinadores deram o parecer final sobre a Dissertação, ao qual foi atribuído o seguinte conceito Aprovado. A seguir foi encerrada a reunião, devendo a Universidade Federal da Paraíba, de acordo com a LEI, expedir o respectivo Diploma de **MESTRE EM SOCIOLOGIA**. Sendo a presente ATA, assinada por mim, Marcela Zamboni Lucena (Presidente da Comissão), Marcel Zamboni Lucena e demais membros.



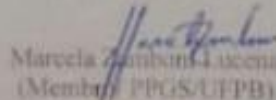
Simone Magalhães Brito
(orientadora/PPGS/UFPB)



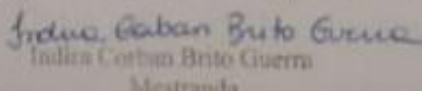
Nicole Louise Macedo Telles de
Pontes
(Membro/UFRPE)



Rogério de Souza Medeiros
(Membro DCS/UFPB)



Marcela Zamboni Lucena
(Membro PPGS/UFPB)


Indira Corban Brito Guerra
Mestranda

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

G934c Corban, Indira.
Construção de sentidos e medicalização do sofrimento
: uma análise da experiência dos usos de psicofármacos
/ Indira Corban. - João Pessoa, 2015.
110 f.

Orientação: Simone Magalhães Brito.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CQILA.

1. Sociologia. 2. Sofrimento. 3. Psicofármacos. 4.
Fenomenologia. I. Brito, Simone Magalhães. II. Título.
UFPB/BC CDU 316(043)

Elaborado por RUSTON SAMNEVILLE ALEXANDRE MARQUES DA SILVA -
CRB-15/0386

*Antes que venham ventos e te levem do
peito o amor — este tão belo amor, que
deu grandeza e graça à tua vida —,
faze dele, agora, enquanto é tempo,
uma cidade eterna — e nela habita.*
(Thiago de Mello)

Agradeço aos encontros que me trazem amor para o caminho e dão grandeza e graça à minha vida. Grata ao meu pai e minha mãe, pelo amor cuidadoso de sempre, e por me ensinarem o que eu tenho de mais precioso: a certeza de que a vida só vale a pena compartilhada e o desejo pulsante de transformação. A eles também agradeço por todo o apoio e por nunca duvidarem da minha força. Agradeço às minhas irmãs Clarissa e Clara, que iluminam a minha vida com suas presenças e me enriquecem de sabedoria. A minha irmã Estherzinha, que mesmo tão pequenina já nos enche de luz. Ao meu irmão João Paulo, por também estar perto sempre. Aos meus avôs e avós (aos que estão aqui e aos que foram) pelo que eu sei que me ensinaram e pelo que me ensinaram mesmo sem que eu saiba. A meus tios e tias Julião, Lemuel (em especial a ti, que me ajudou nos caminhos acadêmicos), Elzvir, Gongá, Edi, Elzir, Socorrinha, Jandira, Moisés e Djalma, pelo apoio e carinho, mesmo quando silenciosos. A Duda, pela preciosidade da amizade, por compartilhar as angústias, as felicidades, pelos r planos, por acreditar em mim e estar sempre junto. A Vinícius, pelo amor companheiro e transbordante, pelas discussões instigantes, pela compreensão, por dividir comigo a casa, as lutas e por me amar e cuidar carinhosamente. A Lúcia, Manu, Fabiana, Raimunda e Fátima, que me acompanham desde sempre e que me ensinaram que os laços sanguíneos não são maiores que o poder do afeto. A Cami, Lara, Anaíra, Carla de Paula, Cecília, Aninha, Morgana, Thassia, Luiza, Luana, Manu Marques, Jéssica - mulheres maravilhosas que cruzaram meu caminho e sempre me enchem de força - eu agradeço pela alegria de dividir a vida, pelos cuidados, pelos ensinamentos carinhosos e por inundar de amor os meus dias. A Igor e Teteu que foram durante esses dois anos companheiros de tantas jornadas. A Giu, que chegou como um sol pra mim. A Nana, Dorinha, Bebeto e a toda a família Pires que me acolheu com todo o afeto do mundo. A toda a minha turma de mestrado pelo companheirismo, suavidade e alegrias. Ao PPGS que me deu todo o apoio necessário. A Nancy, pela generosidade e prestatividade, sem ela tudo seria mais difícil. A Simone, minha orientadora, que embarcou generosamente comigo nessa aventura, enchendo de leveza e carinho a caminhada e por toda a

paciência e compreensão. A todos/as os/as mestres e mestras que me acompanham os passos. À CAPES pela concessão de bolsa que me permitiu realizar esta pesquisa

RESUMO

O aumento no consumo de psicofármacos aponta para uma transformação cultural nos modos de significação e terapêutica do sofrimento psíquico que afeta diretamente as maneiras como o sofrer é experienciado pelos indivíduos e incorporado às suas subjetividades. O objetivo do presente trabalho é, através da análise das narrativas de indivíduos que fazem uso de medicamentos psicofármacos (especialmente da classe dos ansiolíticos e antidepressivos), analisar seus modos próprios de experienciar os tratamentos médicos colocados em curso em muitas das sociedades contemporâneas. Partindo da escolha teórico-metodológica baseada na fenomenologia, busca-se entender as experiências de pessoas usuárias de psicofármacos, procurando compreender os significados que estas pessoas atribuem ao consumo das substâncias em questão, bem como o processo de (re)significação e produção de sentidos subjetivos sobre o sofrimento e a reflexividade dos agentes. Para isto, utilizamos uma metodologia baseada na realização de entrevistas semiestruturadas e histórias de vida, de informantes de variados perfis das cidades de João Pessoa e Recife.

PALAVRAS-CHAVE: *Sofrimento; medicalização; psicofarmacos, experiência; significados; fenomenologia.*

ABSTRACT

The increasing use of psychiatric medication points towards a cultural change on how the suffering and treatment of psychological distress is experienced by individuals and embodied their subjectivities. The aim of this work is to analyze the narratives of individuals who make use of psychiatric medication (specially those classified as anxiolytics or antidepressants), in an attempt to understand their own methods of experiencing ongoing medical treatments. Leading off with the theoretic-methodological choice of phenomenology, this study tries to understand the experience of psychiatric medication users and comprehend the significance assigned by this people to the consumption of the aforementioned substances. It also pretends to address the processes of (re)signification and generation of subjective meanings relating to suffering and the agent's reflexivity. In order to achieve that, the methodology was based on semiinstructed interviews and life stories of a wide range of individuals off Northeastern capitals João Pessoa and Recife.

KEY-WORDS: suffering, medicalization, experience, meaning, phenomenology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
 CAPÍTULO 1 - Experiência e experiência fenomenológica: diálogos teóricos com a fenomenologia de Alfred Schutz	
1.1. Sobre o conceito de Experiência	18
1.2. A fenomenologia transcendental de Husserl	23
1.3. A fenomenologia sociológica de Schutz	26
1.3.1. Mundo da vida, atitude natural, sistema de relevância e interpretação.....	28
1.3.2. Situação biográfica.....	32
1.3.3. Ação, projeto e experiência	33
1.3.4. Experiência em Schutz	34
 CAPÍTULO 2- Levando em conta a objetividade do sistema: O mundo da vida pré estruturado e a medicalização do sofrimento.	
2.1. A objetividade do sistema: os conceitos de biopolítica e medicalização da vida	38
2.2. A biopolítica dos sofrimentos: uma breve reconstrução da medicalização.	39
2.3.A medicalização do sofrimento e os novos modos de subjetivação	47
 CAPÍTULO 3 - Sobre os caminhos traçados	
3.1. Sobre as decisões metodológicas	52
3.2. Considerações sobre o trabalho de campo e os métodos de coleta e análise de dados.....	54

3.3. Do tratamento dos dados.....	56
3.4. Das entrevistas	57
3.5. Do perfil das e dos entrevistados	60
CAPÍTULO 4 - Sobre a experiência narrada: impressões sobre a experiência do uso de psicofármacos	
4.1. Narrativas do sofrimento.....	62
Considerações Finais	94
Referências Bibliográficas	96

Introdução

Nesta dissertação estuda-se a experiência de usuários de psicofármacos - de classes, gêneros, escolaridades e idades distintas - no contexto da medicalização do sofrimento, buscando entender através de suas narrativas os significados e sentidos que atribuem ao uso desses medicamentos.

Quer seja em contextos mais estritamente ligados ao tratamento de doenças mentais, quer nas relações cotidianas íntimas e até mesmo nas conversações mais fugazes, é recorrente nos deparamos com pessoas que - declarando-se depressivas, ansiosas, bipolares – fazem uso de algum tipo de medicamento psicofarmacológico e se consideram em uma condição de adoecimento. Rivotril, fluoxetina, frontal etc. se tornaram palavras bastante comuns no nosso vocabulário e já fazem parte do imaginário social relativo ao mal estar mental: certamente todos e todas nós já ouvimos falar sobre algumas dessas substâncias e sobre alguém próximo a nós que faz uso delas.

O fato é que desde 1952 - quando a primeira substância psicoativa foi sintetizada em laboratório para fins de uso em tratamentos - assiste-se a uma acelerada popularização destes medicamentos, que passaram a ser produzidos e consumidos em larga escala nos últimos anos e já se tornaram protagonistas no trato com o sofrimento psíquico na atualidade (Barbosa, 2008).

De acordo com Barbosa (2008), os antidepressivos e ansiolíticos são os medicamentos mais prescritos no mundo, considerando todas as especialidades médicas. Para termos ideia, de acordo com dados do relatório Health at a Glance (2011), de 2000 a 2009 houve um aumento de 60% no consumo destes medicamentos entre os países que compõem a Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).

No Brasil não é diferente. Segundo dados que fazem parte do levantamento feito para o estado de Minas pelo IMS Health - instituto de pesquisa que realiza auditorias para o mercado de medicamentos - em 2012 foram vendidas 42,33 milhões de caixas de antidepressivos, ansiolíticos e calmantes (alta de 8,72% em relação a 2011, quando foram 38,94 milhões de caixas). De acordo com a ANVISA, só em 2010 comprou-se cerca de 10 milhões de caixas do medicamento Clonazepam, o que representou um gasto em torno de R\$ 92,4 milhões apenas com esse medicamento entre os brasileiros; um crescimento surpreendente se compararmos com os anos anteriores (29.463 em 2007; 4.748.730 em 2008; 7.498.569 em 2009; e em 2010 10.590.047 unidades foram dispensadas) - números que fizeram do Clonazepam o segundo medicamento mais

comercializado no Brasil em 2010: estimativa de um consumo de 2,1 toneladas (Ferreira, 2011).

Todos esses dados parecem indicativos não apenas de uma tendência global de aumento dos gastos com medicamentos, mas uma evidência da amplitude da problemática relativa aos modos pelos quais os indivíduos são diagnosticados e experienciam os processos psicofarmacêuticos. No que diz respeito à sua sociogênese, acredita-se fortemente que a ascendente popularização dos psicofármacos não é um acontecimento isolado, ou simplesmente uma resposta direta ao surgimento de novas patologias. Pelo contrário, admite-se que o ‘boom’ da indústria farmacêutica especializada neste tipo de medicamento está relacionado a uma profunda reconfiguração da matriz cultural de inteligibilidade do sofrimento, que aponta, por sua vez, para uma reorganização social de grande abrangência, indicando um câmbio ainda mais amplo nos valores vigentes nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Uma das maneiras de compreender este crescimento do consumo dos psicofármacos é entendendo-o como parte do amplo processo de medicalização da vida. Este não é um conceito unívoco, mas pode ser definido, grosso modo, como o modo pelo qual objetos não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos - frequentemente em termos de doenças ou transtornos -, autorizando que a medicina interfira na construção de tratamentos normalizadores para esses “distúrbios” (Foucault, 2001 Conrad).

E se a medicalização é o processo através do qual os modos de vida dos seres humanos são apropriado pela medicina (Foucault, 2001), no que se refere particularmente ao sofrimento é possível afirmar que a medicalização diz respeito à transformação de emoções cotidianas em transtornos psíquicos – em doenças mentais - e se traduz, de maneira prática, na multiplicação e proliferação dos diagnósticos psiquiátricos, bem como na construção de uma supremacia do tratamento medicamentoso em detrimento de outras possibilidades terapêuticas. Este fenômeno seria uma atualização da biopolítica com fins de produzir estados de subjetividade estilizados que atende à uma expectativa psiquiátrica-biomédica quase higienista no que diz respeito, especialmente, à intenção de normalizar e controlar qualquer um dos humores capazes de causar, por exemplo, a inaptidão dos indivíduos em corresponder a certas demandas sociais como trabalhar, consumir etc.

É desse contexto sociocultural no qual o sofrimento torna-se objeto privilegiadamente médico que surge o meu interesse pela temática. Este é o terreno mais geral em que a discussão se insere: a medicalização do sofrimento expressa no aumento de uso de psicofármacos na atualidade. No entanto, é especificamente no encontro com as abordagens construídas acerca da realidade social em questão que o problema central desta pesquisa se constrói.

No nosso processo de levantamento da bibliografia, evidenciou-se que parte relevante dos estudos sobre o consumo de psicofármacos converge para a perspectiva de que – especialmente na configuração atual de arrefecimento das técnicas terapêuticas – os indivíduos que estão sobre este tratamento, ou que fazem uso dessas substâncias de modo geral perdem a capacidade de elaboração simbólica referente a seus sofrimentos e as seus tratamentos, aceitando passivamente o discurso médico.

Esta perspectiva da produção da normalidade não poderia deixar de permear o nosso trabalho, e sem dúvidas está incorporada em nossa pesquisa na medida em que partimos deste movimento colonizador das subjetividades que a medicalização representa. No entanto, intrigou-me notar que as principais produções acadêmicas que tratam do consumo contemporâneo de psicofármacos transitam majoritariamente no interior de uma tendência crítica de cunho macroestrutural, sendo escassos trabalhos que adentrem as médias e microestruturas em busca das experiências subjetivas dos indivíduos. Isto significa dizer que a ênfase destas pesquisas está colocada sobre a compreensão de como as forças da sociedade agem coercitivamente sobre os sujeitos, enquanto estes últimos tem permanecido apenas quantificados, subsumidos à estrutura social da qual fazem parte¹.

Trocando em miúdos, foi comum me deparar com trabalhos que refletem acerca dos impactos da medicalização enquanto estrutura biopolítica de normatização e controle das subjetividades e dos modos de existência, em detrimento da dimensão agêntica deste mesmo processo - deixando ausentes a ação e a criação dos sujeitos implicados.

Compreendo que esta invisibilização aponta para uma tendência predominante a olhar os sujeitos como sendo incapazes de produzir sentidos sobre suas práticas, fazendo

¹ No sentido da contramão destas perspectivas, cito o trabalho de dissertação Erliane Miranda(2009)

parecer que estes estão impossibilitados de escolher, elaborar projetos éticos e traçar estratégias em torno do uso dessas substâncias e dos diagnósticos recebidos.

Na contramão das tendências homogeneizantes, gostaria de destacar que acredito serem as maneiras de experimentar os processos de adoecimento, diagnóstico e de medicalização em geral variáveis de acordo as histórias particulares que cada indivíduo carrega (assim como pela classe, raça, gênero, escolaridade, idade etc.) Ou seja, que a maneira como cada indivíduo está exposto e processa os discursos sobre o uso de psicofármacos, os símbolos, mitos e argumentações utilizadas, etc. variam com as disposições e trajetórias individuais.

Nosso enfoque não pretende dar conta da discussão médica sobre a caracterização e tratamento da *depressão* e sim propor uma análise sociológica, pretendendo entender, através da análise de narrativas e indivíduos tratados com psicofármacos, seus modos de experienciar - a partir de suas trajetórias e disposições delas resultantes - essas que consideramos estratégias de biopoder colocadas em curso em muitas das sociedades contemporâneas (Foucault, 2001). Assim as definimos por entendermos esses tratamentos como maneiras de governar a população e, atendendo os interesses dos próprios indivíduos de se livrarem de seus sofrimentos de ordens diversas, permitir a reprodução ordenada dos arranjos sociais em que vivemos, mediada pelo controle das vidas que encontra no saber médico a base para a medicalização do social.

Nosso objetivo principal é a partir de uma inspiração filiada à tradição disposicionalista e fenomenológica de base schutziana, bem como a partir da reflexão foucaultiana sobre a biopolítica, entender como os indivíduos usuários de psicofármacos e em adoecimento de leve a moderado concebem, dão sentidos e elaboram , a partir de suas trajetórias e posições sociais, às experiências de uso de psicofármacos em seus tratamentos. É um caso particular de estudo da série que focaliza a interface entre as disposições dos indivíduos no espaço social e suas ressonâncias nas representações que constroem dos vários fenômenos sociais que constituem e experienciam.

Guiada pela aposta pessoal na capacidade dos sujeitos de participarem ativamente na construção da realidade social e pela vontade da escuta dessas vozes, assim como pela crença sociológica de que não há nunca uma identificação completa entre agência e estrutura, existindo sempre espaço para a criação subjetiva dos agentes, que a partir de seus conhecimentos elaboram sentidos e gerenciam aquilo que

expericiam em sociedade, iremos ouvir as narrativas desses sujeitos a partir de uma perspectiva schutziana.

Sem deixar de incorporar uma perspectiva sistêmica – a partir mesmo do que nos traz a fenomenologia - assumo o “diagnóstico da medicalização do sofrimento” como referência sócio histórica para o desenvolvimento deste trabalho, mas, busco ir além da dimensão macro para chegar na escuta das narrativas dos indivíduos que vivenciam essa experiência e que são atingidos atingidos de modos diferenciados por um discurso hegemônico de naturalização da classificação de depressão, baseados em redes de intersubjetividades que fazem circular e emergir sentidos, motivações, finalidades comuns etc.

Porém, faço a opção por dialogar mais de perto com uma perspectiva – a fenomenologia sociológica - que permita falar da elaboração de sentidos, dos processos de ressignificação e ressimbolização por parte dos sujeitos que expericiam os diagnósticos e as intervenções psicofarmacológicas travando diálogo direto com os conceitos trazidos por Schutz para pensar as trajetórias e biografias dos indivíduos na construção de suas experiências.

Propondo tratar os percursos dos indivíduos considerados em termos de gênero, idade, nível de instrução e de renda nos processos de classificação como *depressivos* e a medicalização psicofarmacêutica em termos sociológicos, nossa pergunta de partida para esse projeto se relaciona com uma intenção de abordagem fenomenológica nos termos propostos por Schutz (1979), pretendendo levantar e analisar dados a respeito de como indivíduos localizados de acordo com as variáveis acima mencionadas narram suas experiências de adoecimento e de uso de psicofármacos.

Além da perspectiva schutziana, de acordo com a qual o mundo das experiências cotidianas já existe antes de entramos na vida social, sendo nossas interpretações sobre os processos de que participamos, as coisas que vivemos, construídas pessoalmente a partir do estoque de experiências acumulados nas comunidades de que fazemos parte e da nossa situação biográfica, composta por variáveis físico-espaciais mas também morais e ideológicas (Schutz, 1979).

Ainda para Schutz (*idem*), os indivíduos, em suas vidas cotidianas, encontram e se apropriam de estoques de conhecimentos à sua disposição, que lhe servem de esquemas interpretativos de suas experiências passadas e presentes. No nosso trabalho agregamos a isso a ideia de que as trajetórias e posições socialmente ocupadas pelos indivíduos

influenciam o modo de construção dos sentidos e de organização das redes de conhecimento intersubjetivo nas quais eles se movem e atuam

Assim, proponho tratar sociologicamente os percursos dos indivíduos a partir de suas trajetórias nos processos de classificação médica para entender como (re)significam seus usos de psicofármacos. Para essa compreensão, pretendo levantar e analisar dados a respeito de como indivíduos localizados narram suas experiências de adoecimento e de uso de psicofármacos, e como gerenciam seus estoques de conhecimento e seus sistemas de relevância, seus motivos e projetos para constituir suas experiências

Com base no acima colocado, é nossa pretensão, a partir do levantamento das narrativas de uma amostra intencional de indivíduos, estratificada por gênero, idade, nível de instrução e renda entre as cidades de Recife e João Pessoa, entender estabelecer comparações das maneiras dos indivíduos - enquadrados nas posições/disposições citadas - construir os significados sobre os usos dos psicofármacos nos quadros de tratamento de distúrbios eventualmente classificados como leves e moderados (ansiedade, bipolaridade, distímia e *depressão*).

Nesta pesquisa iremos analisar as narrativas relativas ao uso de psicofármacos de 13 pessoas da cidade de Recife (PE), com diferentes perfis de classe, faixa etária, escolaridade e gênero, mas que compartilham diagnósticos de transtornos em níveis leves e moderados como Síndrome do pânico, bipolaridade, depressão, distímia e ansiedade. As classes de psicofármacos que apareceram foram as dos ansiolíticos, antidepressivos e estabilizadores de humor. Todos esses sujeitos advêm de contextos de cidades grandes e vivenciam de maneira parecida a rotina estressante e confusa de uma metrópole, assim como compartilham das expectativas em relação a construção de um self em conformidade com as exigências sociais, sendo essa “incapacidade” o motivo principal que acabou levando-os a buscar o tratamento psicofarmacológico.

No que diz respeito à metodologia, os procedimentos de pesquisa a serem seguidos podem ser assim sintetizados:

- 1 . Preparação da abordagem de sujeitos de uma amostra estratificada por gênero, idade, nível de instrução e de renda;
- 2 . Realização de entrevistas abertas sobre os sentidos das experiências da amostra de indivíduos acima mencionada relativas aos seus percursos pessoais e relativas aos sentidos de suas experiências de uso de psicofármacos nos quadros de tratamento e medicalização;
- 3 . Transcrição e análise temática comparativa das narrativas coletadas.

A partir do que foi dito, o trabalho apresentará o seguinte roteiro de apresentação: No primeiro e segundo capítulos discutiremos as teorias e conceitos de experiência, problematizando brevemente o processo através do qual esse conceito pareceu ser “desprezado” nas pesquisas em ciências humanas e especialmente na sociologia. Argumentando acerca dos motivos pelos quais o uso desse conceito mostrasse proveitoso e situando as nossas referências na fenomenologia e fundamentalmente na fenomenologia de Alfred Schutz. Aqui faremos uma breve reconstrução da fenomenologia a partir das contribuições de Edmund Husserl, para depois apresentar a fenomenológica de Schutz trazendo os principais conceitos que nos auxiliaram na compreensão de como a experiência dos sujeitos se constitui no mundo: mundo da vida, atitude natural, estoque de conhecimento, sistema de relevância, motivo, projeto, situação biográfica, ação e experiência. Depois lincaremos estes conceitos a como eles irão nos ajudar a entender a experiência dos usos de psicofármacos, tal qual nos propomos neste trabalho.

No segundo capítulo situamos o sofrimento como objeto da investigação sociológica a partir do diálogo com o sofrimento na contemporaneidade para pensar a construção de uma biopolítica dos sofrimentos através de uma reconstrução deste movimento de apreensão discursiva do sofrer por uma ordem médica.

Neste momento pretendemos um breve resgate da história da medicalização do sofrimento em que se inserem as práticas psicofarmacológicas que estamos abordando. Aqui o principal objetivo é entender os processos pelos quais o sofrimento mental em suas diversas manifestações tem sido colocado como objeto de intervenção e como se construiu e se legitimou a necessidade do sujeito contemporâneo de controlar e interferir tecnicamente sobre ele. Pensamos essa necessidade como parte das estratégias do controle biopolítico dos sofrimentos.

No quarto capítulo tratamos dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. Nesse momento apresentamos o trabalho de campo, os métodos e técnicas adotados, as dificuldades e soluções encontradas, as redefinições dos rumos da pesquisa, os perfis dos informantes e as interações entre estes últimos e a pesquisadora.

O quinto capítulo se dedica à análise dos dados coletados durante a investigação, apresentando os resultados daquilo que foi o trabalho de campo. À luz do norte teórico adotado, buscou-se compreender os sentidos e os significados que as informantes

atribuem à sua experiência de diagnóstico e intervenção farmacológica relativa ao sofrimento psíquico.

O último capítulo dá conta das considerações finais, trazendo aquilo que foi percebido por mim ao longo do trabalho de pesquisa. Indico já de início que o olhar para as narrativas dos usuários revelou o caráter fluido, multifacetado e, sobretudo, indeterminado da experiência; bem como um ator capaz de relacionar-se com o seu contexto social de modo a colocar seus motivos, traçar planos, fazer escolhas e agir intencionalmente dentro de um projeto refletido.

Capítulo 1

Experiência e experiência fenomenológica: diálogos teóricos com a fenomenologia de Alfred Schutz

1. Sobre o conceito de Experiência

O conceito de experiência tem sido um tema polêmico nos estudos filosóficos desde a Antiguidade, tornando-se um objeto bastante controverso na época moderna e na contemporaneidade. De acordo com o historiador Martin Jay (2009), a experiência enfrentou uma grande crise no século XX e XXI. Uma crise que se refere, como afirma Walter Benjamin (1967), às maneiras como ela se dá e às possibilidades de sua existência na vida humana, mas não só. Uma crise que diz respeito também ao próprio conceito. Nesta mesma esteira, Lima Vaz (2000) afirma que, seguindo uma tendência da cultura ocidental moderna de esfacelar termos significativos, este importante conceito sofreu uma deterioração semântica profunda, provocando um esvaziamento do seu sentido.

De fato o conceito de experiência é um dos mais paradoxais que toda a tradição filosófica tem lidado desde seus primórdios, dado a sua polissemia. O termo pode referir-se desde aquilo que é experimentado, verificado, relacionando-se com o mundo exterior; até os sentidos de vivência, reflexão, espontaneidade etc. relacionados diretamente à interioridade dos indivíduos desdobrando-se em experiência estética, religiosa, ética etc. (Jay, 2009).

No que diz respeito a esta referida crise do conceito de experiência, é possível destacar dois pontos: um primeiro que diz respeito ao seu abandono mesmo. E um segundo que, refere-se ao empobrecimento que ele tem sofrido. No que concerne ao abandono do conceito, um dos motivos que podemos conjecturar é a grande variedade de significados que este termo adquiriu nas mais diversas correntes de pensamento, gerando uma imensa dificuldade para a sua operacionalização. Transitando de uma perspectiva mais ativa (empíria), até uma noção mais passiva (pathos), aquilo que nos sucede quando estamos em estado de passividade, uma gama bastante variada de correntes e de distintas abordagens teóricas se debruçaram sobre a experiência ao longo de mais de um século propondo diferentes caminhos para a sua compreensão: desde os gregos, de Montaigne a Benjamin, de Francis Bacon a Foucault etc., variadas tradições atribuíram-lhe sentidos heterogêneos e, por vezes, opostos (Jay, 2009; Lima Vaz, 2000).

Em referência ao processo de empobrecimento do conceito, de acordo com Jay (2009) parece crucial o fato de que

a filosofia moderna tendeu a privilegiar a busca de certezas epistemológicas, estabelecendo uma espécie de fetichização do método, uma transcendentalização e despersonalização do sujeito cognoscente, e uma identificação da experiência com a experimentação verificável”, reduzindo o conceito de experiência a uma concepção positivista de ciência, reduzindo-o praticamente a experimentum (p.37)

No que diz respeito particularmente à sociologia, o conceito de experiência parece ter ficado um tanto ofuscado no interior da querela agência e estrutura/indivíduo e sociedade, e ainda no debate entre perspectivas micro ou macrosociológicas. Apesar de nas últimas décadas soluções interessantes para os embates acerca destas oposições - que apontam para a conciliação destas dualidades – terem surgido, como é o caso da teoria da estruturação de Giddens, a análise processual de Elias e a teoria do *habitus* de Bourdieu, entre outras; ainda assim o conceito de experiência parece ter sofrido uma compressão no meio de soluções polarizadas entre uma ou outra perspectiva. Optou-se no seu lugar pelo conceito de ação social.

O conceito de ação social está fortemente conectado ao individualismo metodológico e suas formas, que por sua vez se liga comumente a uma perspectiva particular de ciência que sustenta as explicações sobre o mundo social com base no indivíduo – em seus objetivos, suas concepções, suas ações, suas escolhas, isto é, em seu comportamento real, entendendo, grosso modo, os fenômenos macrosociais como fruto das micro relações individuais. Assim, a ação aparece como a unidade elementar da vida social. Nesta perspectiva, para explicar um fenômeno social é necessário descobrir as causas individuais, ou seja, compreender as razões que levam os atores sociais a fazerem o que fazem ou acreditarem naquilo que acreditam. Em suma, o estudo das ações sociais está, grosso modo, relacionado ao desvendamento das intenções expressadas pelos indivíduos e o caminho que ele trilha para concluir uma ação.

Neste caminho, o conceito de ação dialoga comumente com uma busca por encontrar o fundamento das práticas individuais nos motivos, razões explícitas ou representações que os atores formulam para explicá-las, estabelecendo relações causais ordenadas e isolando as lógicas distintas que orientam os sujeitos. Resumidamente, a ação enquanto categoria de análise implica, portanto, que a realidade seja compreendida mediante uma operação metodológica causal de cunho racionalista que limita o mundo

dos sujeitos a um sistema coordenado e ordenado de ideias, isolando os elementos significativos que darão sentido ao curso da ação.

De acordo com François Dubet (1994), no que diz respeito à compreensão da ação social, a teoria sociologia ainda traz uma herança de sua tradição clássica – especificamente àquela que deixa a dever ao positivismo comteano - privilegiando a perspectiva causal na relação entre indivíduos e sociedade. Assim, ainda que os sujeitos e as suas motivações sejam considerados nessas teorias, eles aparecem dentro de **uma rede de causalidades** que orientam o curso de suas ações e os faz agir de determinada maneira; o que, no seu modo de ver, – com o qual corroboro neste sentido – empobrece a compreensão do lugar dos indivíduos e de seus trabalhos de elaboração de significados, simplificando e obscurecendo a abrangência e a multiplicidade dos elementos que estão envolvidos no processo através dos quais constroem sentidos subjetivos no e sobre o mundo que vivem (Dubet, 1994).

Para Dubet, o conceito de ação social só daria conta da explicação em contextos nos quais as sociedades ainda operassem dentro de um esquema de alta integração, unicidade e coesão, em que a ação dos indivíduos pudesse ser isoladas em termos daquilo que consideram para agir, onde suas referências pudessem ser satisfatoriamente claras e bem definidas.

Mas, ainda segundo Dubet, é preciso considerar que a fragmentariedade da ordem social moderna engendrou uma ordem onde o ator já não se adequa completamente ao que está posto pelo sistema, tendo a possibilidade de extrapolá-lo em combinações variadas de pensamentos, ideias, lógicas etc. para construir e dar sentidos a uma ação que passa a ter determinações imprevisíveis até para este mesmo sistema, de maneira que ele próprio encontra-se em um constante processo de recriação (Brito, 2011; Dubet, 1994; Wautier, 2003).

Assim, para Dubet (1994), como já não há unidade do social e os atores agem de acordo com lógicas diversas e por vezes contraditórias, revela-se infrutífero o esforço de entender através do estabelecimento de relações causais o curso das ações dos indivíduos. Sendo assim, dada a fragmentariedade social, as discontinuidades e a multiplicidade de informações, referências e possibilidades que a acompanha a nova dinâmica societária, a ação da sociologia clássica transforma-se espontaneamente em experiência. Para ele, esta noção seria a única capaz de dar conta da compreensão dos sentidos e significados produzidos pelos sujeitos, na medida em que pode agrupar muitas esferas do mundo, por estar marcado por indistinção entre religião, estética,

ética, reconectando-as a partir da abertura e sobreposição de umas às outras (Dubet, 1994).

Neste sentido, trazer a ideia de experiência significa assumir que a maneira como os indivíduos compreendem e se engajam ativamente nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas não pode ser deduzida de um sistema coerente e ordenado de ideias, símbolos ou representações.

Apesar de guardar algumas críticas em relação à radicalidade do argumento de Dubet relativo à impossibilidade dos usos da categoria “ação”, concordo com o autor quando afirma que a experiência é capaz de ir dar conta das várias determinações que compõem a relação sujeito-objeto-conhecimento e mundo. Podendo dar soluções dialéticas ao problema dos dualismos que a sociologia enfrenta desde os seus primórdios, especialmente no que se refere à separação indivíduo e sociedade.

O conceito de experiência começa a ressurgir aos poucos nas últimas décadas – com autores como Foucault, Deleuze, Guatarri, Benjamin etc - nas ciências sociais, mas ainda traz bastante desafios a essas disciplinas. O fato é que o conceito de experiência traz à baila antigos nós do pensamento ocidental, colocando no centro da reflexão, questões que dizem respeito à relação entre subjetividade e objetividade, entre a linguagem coletiva e a subjetividade privada, entre as características comuns e expressáveis e o caráter inefável da interioridade individual; exigindo – se não se desejar cair nos lugares comuns - uma postura capaz de estabelecer estes diálogos sem que haja uma tendência à subsunção de um aspecto ao outro (Jay, 2009).

Além de parecer um caminho para a relação indivíduo-sociedade, a opção por trazer este conceito como categoria analítica deste trabalho relaciona-se justamente com a preocupação em trazer a tona um panorama mais geral, onde as esferas da vida moderna – religião, estética, ética etc – pudessem estar mais conectadas; de maneira que os sujeitos fossem compreendidos em sua complexidade, dando conta de expressar como os indivíduos vivem seu mundo, mais do que como eles dão um curso às suas ações,

Assim, ao passo que o conceito de *ação* implica um isolamento de determinados fatores a fim de estabelecer a compreensão das maneiras que os sujeitos se movimentam no mundo, no conceito de experiência não faz sentido isolar fatores - sejam eles culturais, sociais ou biológicos - e atribuir-lhes uma determinação causal capaz de esgotar o sentido, pois há um movimento contínuo pelo qual a vida se desdobra em várias dimensões e pelo qual estas dimensões integram-se à totalidade da vida,

constituindo cada uma delas, a um só tempo, aspectos particulares e expressões generalizadas da existência . Há, portanto, em toda experiência, um excesso de sentido: é impossível caracterizar uma experiência como expressão unívoca de um determinado conteúdo, motivo ou fator. Nisto reside também sua indeterminação fundamental.

O que a experiência revela é o processo contínuo de construção de um modo de compreensão do mundo, buscando entender a relação entre o pensamento, a mente, os objetos e o mundo. Por isso escolhemos olhar para a experiência dos usuários, ampliando em termos da sua ação a maneira como se relacionam com os psicofármacos.

Obviamente estamos cientes que o conceito de experiência é bastante heterogêneo e que há uma enorme gama de teorias que reivindicaram e reivindicam a definição deste conceito. Assim, chegar a uma definição acabada de seu conteúdo é talvez um trabalho impossível de ser realizado, escapando aos limites de uma pesquisa como essa. No entanto, intencionamos levar em conta uma concepção de experiência que deixa de se preocupar com a construção de uma verdade absoluta, para enfatizar a relação do sujeito com o mundo.

Tomando de empréstimo a leitura de Dilthey, acreditamos que um conceito de experiência deve reconhecer o caráter multifacetado da pessoa, e que ela (a experiência) é, por isso, continuamente ajustada e modulada pelas circunstâncias. Deste modo, deve incluir não apenas o que é habitual, típico e costumeiro, (*Erfahrung*), mas o que é idiossincrático, excepcional e singular (*Erlebnis*) (Dilthey apud Jackson, 1996)

Dentre as abordagens possíveis para tratar da experiência de pessoas usuárias de psicofármacos, escolhi travar um diálogo mais próximo com a fenomenologia. Estou ciente de que a sociologia contemporânea já aponta alguns caminhos, mas creio que a fenomenologia traz um arcabouço conceitual com o qual vale a pena dialogar pelos motivos que seguem.

Compreendo que o conceito de experiência trazido pela fenomenologia pode ser capaz de ampliar a compreensão do sentido das ações dos indivíduos na medida em que enfatiza o contexto mais amplo onde esta ação foi engendrada, englobando e conectando as distintas ações dispostas na trajetória percorrida – desde o passado, o presente, até os projetos para o futuro-, e ainda assimilando a dupla dimensão de atividade e passividade em que os sujeitos se encontram: a experiência é uma atitude, mas é também recebida pelos indivíduos, algo pelo qual passam e que pode modificar o curso de suas ações (Husserl, 1988 e 1992; Tourinho, 2010; Boava, 2012).

A fenomenologia redescobre o valor da experiência, na qual se identifica tanto um nível passivo do sujeito que sofre impacto da presença do mundo, quanto um nível caracterizado pela presença ativa do sujeito, que elabora tal impacto buscando apreender a realidade e dar sentidos a ela. Ela se debruça sobre a experiência no seu sentido mais ordinário, voltando-se para o mundo do vivido – entendido como o solo para toda atividade e conhecimento.

Assim, para lidar com o problema de pesquisa que propomos, desde a perspectiva da experiência dos sujeitos, vamos buscar dialogar com a perspectiva fenomenológica, especialmente com a sociologia fenomenológica proposta por Alfred Schütz. Consideramos que o autor oferece um valioso quadro teórico-conceitual para a interpretação subjetiva da experiência, trazendo elementos que irão nos ajudar a interpretar a lógica dos atores e as compreensões subjetivas que estes constroem acerca da realidade social em que estão inseridos.

1.2 A fenomenologia transcendental de Husserl

Foi com o objetivo de dar uma fundamentação rigorosa à filosofia e, através dela, às ciências de modo geral, que Husserl deu início às formulações que desembocaram na construção de sua fenomenologia transcendental. Ela estava baseada na adoção de uma nova atitude metodológica diante da realidade, uma atitude reflexiva e analítica capaz de elucidar, determinar e distinguir o sentido íntimo das coisas, tal como se mostram à consciência. Ou seja, uma metodologia capaz de investigar a essência dos fenômenos.

É possível falar em uma “nova atitude” porque ao trazer o estudo dos fenômenos para o centro de sua investigação a fenomenologia husserliana realizou uma crítica profunda às escolas de pensamento positivista e naturalista. De acordo com Husserl, ao propor uma solução para o problema do conhecimento essas correntes intencionaram anular a diferença entre sujeito e objeto através da redução da realidade a dados do mundo físico, afirmando a Natureza como única realidade investigável, consequentemente, que os fatos só tem sentido quando reduzidos a entidades empíricas observáveis.

De acordo com Husserl a consequência mais aguda disto é a própria impossibilidade da realização do conhecimento científico, visto que para este autor não podemos inferir, como pretendem as correntes positivistas e naturalistas, uma lei geral a partir da observação de casos particulares e da constatação de sua regularidade; sendo as

bases que estas explicações fornecem, insuficientes para servir de fundamento a uma ciência que se pretende rigorosa (Husserl, 1988 e 1992; Tourinho, 2010; Boava, 2012)

Na contramão do positivismo, a fenomenologia pode ser definida, resumidamente, como a ciência dos fenômenos - entendidos como tudo aquilo que se constitui como objeto da consciência, como o fluxo imanente de vivências da consciência.

A fenomenologia interessa-se, assim, pelas coisas tal qual se apresentam à consciência, buscando chegar às essências. Assim, o fenômeno não é um véu por trás do qual se escondem as “coisas em si”, é já a realidade das coisas. Pegando de empréstimo as palavras de Sartre, nas preocupações fenomenológicas “não há mais um exterior do existente, se por isso entendemos uma pele superficial que dissimula-se ao olhar a verdadeira natureza” (Husserl, 1992; Tourinho, 2010). Deste modo, diferente dos modos conhecidos nas ciências positivistas, a fenomenologia está baseada na perspectiva de que não é possível extrair evidências plenas de nossa percepção empírica do mundo, visto que os objetos não simplesmente são coisas exteriores (Husserl, 1988 e 1992; Tourinho, 2010; Boava, 2012; Peters, 2011)

Seguindo esta perspectiva, Husserl defenderá que a realidade só pode ser compreendida se encarada em referência ao sujeito que a experimenta. Em outros termos, ele localiza a compreensão da realidade na experiência das pessoas, interrogando-se não sobre as coisas em si, mas sobre a maneira como elas aparecem na interação ente mundo e consciência. (Husserl, 1988 e 1992; Tourinho, 2010). Interessa-lhe, portanto, o estudo dos fatos conforme experimentados na consciência, mediante ações cognitivas e perceptivas, tentando assim perceber como as pessoas estabelecem seus próprios significados para situações dadas, em um mundo dado.

Na base da fenomenologia husserliana está a compreensão de que toda consciência é dotada de intencionalidade. Ou seja, que a consciência tende para o mundo e dirige-se a algo: toda consciência é, portanto, consciência de algo. Desta forma, a consciência para Husserl não é uma substância, mas uma atividade constituída por atos, com os quais se visa algum objeto – noesis e noema. Sendo assim, a fenomenologia trazida por Husserl considera que não existem objetos em si, mas que o objeto existe para um sujeito que lhe significa, só podendo o objeto ser definido em sua relação com a consciência, sendo sempre um objeto-para-um-sujeito (Husserl, 1988 e 1992; Tourinho, 2010; Boava, 2012).

Neste sentido, a análise proposta por Husserl leva a conceber uma outra relação entre sujeito e objeto, distinta daquela trazida pelo naturalismo – onde cada um desses

conceitos são tratados como pólos opostos – e também distinta da percepção do senso comum. Sujeito e objeto, tal qual escrevemos, não são duas entidades apartadas ou separadas para serem postas, em seguida, em relação. Não são entidades ou autônomas; um e outro o são a partir da correlação imanente, são interdependentes e mutuamente definidores. Fora da correlação não haveria nem consciência nem objeto.

A mesma consciência que intuitivamente apreende o objeto é também responsável pela constituição desse mesmo objeto, agora atualizado no pensamento como uma unidade de sentido. O objeto, precisamente porque é inconcebível sem ser pensado, exige uma doação de sentido que só pode vir a partir dos atos intencionais da consciência, isto é, as unidades de sentido pressupõem uma consciência doadora de sentido.

A fenomenologia estabelece a união entre o ato de conhecer e o objeto que é conhecido mediante a consciência intencional. Deste modo, prescindirá de fazer considerações acerca da posição de existência das coisas mundanas para direcionar a atenção para os “fenômenos” tal qual se mostram na autorreflexão da consciência. Em outros termos, a fenomenologia irá iniciar uma busca pela essência dos fenômenos, ou seja, uma jornada para “chegar às coisas mesmas” através das operações de descrição do vivido, dos atos intencionais da consciência e dos correlatos intencionais. E como fará isso?

Em primeiro lugar é preciso considerar dois conceitos fundamentais para o desenvolvimento da fenomenologia de Husserl, conceitos dos quais ele parte para construí-la: *mundo da vida* e *atitude natural*. É deles que o autor partirá para firmar a sua proposta teórico-metodológica.

O mundo da vida é, em suma, o mundo externo e comum às pessoas, no qual os objetos estão postos e adquirem existência. A atitude natural, por sua vez, é a atitude dos seres humanos imersos no mundo da vida, de aceitação da existência da realidade tal qual é vista, acreditando na existência sem que se faça contestações acerca dela. (Husserl, 1992; Tourinho, 2010)

Como vimos, é na relação entre a região mundo e a região consciência que Husserl se centrará para chegar à essência dos fenômenos. Para entender esta relação ele lançará mão de uma operação metodológica especial: a *epoqué* ou *redução fenomenológica*. A redução ou *epoqué* é o mecanismo metodológico através da qual a existência efetiva do mundo exterior é suspensa, “posta entre parênteses” a fim de que a investigação possa se ocupar apenas com as operações realizadas pela consciência. A redução suspende, portanto, a atitude natural diante do mundo para indagar como a

consciência funciona e como se estrutura em sua forma pura para posteriormente olhar para os fatos (Husserl, 1988 e 1992).

Esta consciência pura não pode ser tomada a partir de dados empíricos, cabe-nos apenas concebê-la a partir de sua relação intencional com o seu objeto que, enquanto um objeto de pensamento, nada mais é do que um conteúdo intencional da consciência. Trata-se, com tal redução, de fazer o mundo reaparecer na consciência como um horizonte de idealidades significativas, que se revelam como um dado absoluto e imediato para a consciência, que o apreende e o constitui.

Sendo assim, podemos resumir dizendo que o lema dos fenomenólogos de “retornar às coisas mesmas” deve ser entendido em Husserl da seguinte forma: a coisa para a qual retornamos não deve aqui ser tomada como um fato do mundo natural, mas sim como a “coisa mesma”, enquanto objeto de pensamento, recuperada, por meio da redução fenomenológica, em sua dimensão originária, em seu caráter inteiramente primordial: a coisa sobre a qual falamos, sobre a qual pensamos, a coisa intencionada no pensamento (Husserl, 1988 e 1992; Tourinho, 2010; Boava, 2012).

1.3. A fenomenologia social de Alfred Schutz: *relevância, projeto, intencionalidade, situação biográfica e estoques de conhecimento.*

Pensador austríaco, Alfred Schütz (1899-1959) buscou na metodologia das ciências sociais e na fenomenologia o suporte para atingir seu propósito de estabelecer os fundamentos de uma sociologia fenomenológica compreensiva, elaborando a sua teoria no diálogo com autores como Edmund Husserl e Max Weber, procurando desenvolver uma teoria da ação e da experiência através da articulação entre a fenomenologia do primeiro e a sociologia compreensiva do segundo.

Ao estudar sistematicamente a obra de Husserl, Schutz procurava fundamentos fenomenológicos para a Teoria da ação de Weber, assim como para sociologia compreensiva de modo mais amplo. O exame das contribuições destes dois autores vai levá-lo a endossar a importância de algumas concepções e a necessidade de revisão, insuficiências e ampliação de outras. O exame da obra de Husserl, o faz chegar à conclusão de que ele “[...] não estava a par dos problemas concretos das Ciências Sociais” (SCHÜTZ, 1979, p. 11). Assim, nos rastros das contribuições de Husserl, Schütz, propunha uma recomposição e superação dessas falhas, desenvolvendo alguns conceitos ainda rudimentares naquele autor, transformando-os nos alicerces de uma teoria sociológica do mundo social.

Desta maneira, Schutz interessou-se em fazer uma leitura da obra de Husserl com vistas na experiência humana no mundo da vida, e embora esteja atento à filosofia transcendental da proposta husserliana, procurou voltar-se totalmente à fenomenologia descritiva do mundo social vivo. Em outros termos, Schutz pretendeu entender os aspectos sociais desse processo descrito por Husserl guiado pela ideia de que a fenomenologia poderia e deveria proporcionar as bases para uma ciência da conduta social (Husserl, 1988 e 1992; Tourinho, 2010; Peters, 2011).

Da fenomenologia de Husserl Schutz reprova a dimensão solipsista, buscando supera-la e partindo para a construção de uma *fenomenologia da atitude natural*, uma *ontologia do mundo da vida*. Há aqui uma espécie de inversão da redução fenomenológica husserliana. Se para Husserl a redução envolve suspender a atitude natural no mundo da vida para acessar a consciência transcendental e assim a essência dos fenômenos; para Schutz é justamente do mundo da vida que se deve partir para compreender o sentido da experiência dos indivíduos, pois de acordo com ele nas atividades mais corriqueiras da vida ordinária já estão realizadas as compreensões que estes indivíduos constroem. Assim também a atitude natural carrega uma ampla capacidade de lidar com objetos, ações e situações da vida: resolvendo problemas, construindo explicações, dando sentidos as trajetórias (Husserl, 1992; Tourinho, 2010).

De acordo com essa perspectiva, Schutz elabora uma *análise constitutiva da experiência e da ação*, onde se *questiona sobre* como se constitui e se partilha a experiência do indivíduo no mundo da vida, de que forma essa experiência se sedimenta e se transmite e como ela se torna intersubjetiva (Peters, 2011; Fonseca de Castro, 2012).

A sua abordagem está focada sobre as diversas orientações *subjetivas* e procedimentos práticos de conduta intencionalmente mobilizados pelos indivíduos na produção da *ação* e da *interação* social. Orientações e procedimentos estes em virtude dos quais a ordem societária e suas instituições tendem a ser concebidas como produtos contínuos e contingentemente modificáveis das condutas de tais agentes, as quais são possibilitadas, por sua vez, pelo domínio - em larga medida prático - de certos conhecimentos e habilidades. Nas palavras de Peters (2011),

ao mergulhar no mundo da vida cotidiana de modo a explicitar como as modalidades aparentemente mais anódinas de ação e interação dependem de um repertório magnificamente complexo de “estoques de conhecimento”, “sistemas de tipificação e relevância” (Schutz), “etnométodos” (Garfinkel) e receitas tácitas para “saber prosseguir” (Wittgenstein, 2000) nos contextos sociais da vida diária, tais abordagens não pintam os agentes como

marionetes governadas por mecanismos coletivos que eles não seriam capazes de entender ou dominar, mas, ao contrário, como indivíduos habilidosos, inventivos e cognoscitivos (p. 87).

É certo afirmar que, na sua fenomenologia, Schutz lança luz de forma central sobre os atos mentais através dos quais os indivíduos investem de sentido seus horizontes cotidianos de atuação - de maneira a deixar inscritos neles suas marcas históricas. Este é o seu foco, mas não nos enganemos: ele afirma categoricamente que os instrumentos possibilitadores de tais atos são, em larga medida, aprendidos via socialização e intersubjetivamente partilhados (Schutz, 1979; Peters, 2011). Assim, diante de um mundo estruturado, Schutz identifica o indivíduo como construtor do seu próprio mundo - à medida que usa de mecanismos coletivos de organização dos sentidos - arquiteto de sua vida cotidiana e capaz de construir uma compreensão própria para as suas ações.

Vamos explorar esta perspectiva schutziana, de acordo com a qual o mundo das experiências cotidianas já existe antes de entrarmos na vida social, sendo nossas interpretações sobre os processos de que participamos e das coisas que vivemos construídas pessoalmente a partir do estoque de experiências acumulados nas comunidades de que fazemos parte, e no diálogo com a nossa situação biográfica - composta por variáveis físico-espaciais, mas também morais e ideológicas (Schutz, 1979).

1.3.1. Mundo da vida, atitude natural, sistema de relevância e interpretação.

Assim como para Husserl, o ponto de partida da análise fenomenológica de Schutz é também a compreensão do mundo da vida onde os indivíduos estão imersos, com a diferença de o segundo autor destaca a dimensão social deste mundo da vida, centrando-se nas relações sociais nele estabelecidas.

O mundo da vida é, portanto, um conceito central e se define como “[...] o mundo intersubjetivo que existia muito antes do nosso nascimento, vivenciado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo organizado” (Schutz, 1979, p. 72) e prático: é o mundo socialmente compartilhado onde se processam todas as relações humanas.

Por ser pré-estruturado, o mundo da vida é a condição de possibilidade da ação e reflexão dos indivíduos, é o lugar onde se constrói a segurança necessária para seguir a vida. Assim, o mundo da vida é o mundo da práxis, da autoevidência e da familiaridade;

o mundo cotidiano das ações triviais que em conjunto formam a experiência de vidas dos atores sociais operacionalizadas através da *atitude natural* (Schutz, 1979)

A atitude natural é outro conceito que já havia sido trazido por Husserl e que também é fundamental para o desenvolvimento da proposta de Schutz. A atitude natural diz respeito ao modo pelo qual o indivíduo comum age no mundo-da-vida sem que seja preciso questionar-se sobre cada ação, já que todas estas ações já nos foram previamente explicadas ou realizadas por nossos pais, amigos ou outros indivíduos, e, com isso, sedimentadas em nosso estoque de conhecimento, que confere unidade e serve de referência para a explicação que tecemos sobre o mundo.

De acordo com Hermílio Santos,

o mundo da vida (*Lebenswelt*) é o mundo intersubjetivo preexistente, assumido como dado pelo indivíduo a partir de uma “atitude natural”, em que o indivíduo reconhece as coisas objetivas da vida, assim como as condições para a ação (por exemplo, as intenções dos outros e as suas próprias). Na atitude natural da vida cotidiana suspende-se a dúvida em relação à existência dessas próprias coisas, já que todas as experiências passadas estão presentes como que ordenadas, como conhecimento ou como consciência daquilo que se pode esperar que ocorra, pois “se assim foi, assim poderá ser (p. 2).

No entanto, para Schütz, o mundo da vida não se trata de um mundo particular ou solipsista, mas sim, intersubjetivo e, com isto, social. Ele necessita de uma interpretação permanente dos indivíduos que atuam nele: e para ele. Pois somente através de uma interpretação dos meus acontecimentos passados e dos acontecimentos dos outros é que posso orientar-me no *mundo da vida* e experimentar sentidos. Com isto, dentro da sua fenomenologia, Schütz afirma que a constituição do mundo começa com o ato da interpretação: não existem percepções sensitivas puras de um mundo externo, somente a partir das interpretações é que é possível percebê-lo. (Schutz, 1970; Peters, 2011; Fonseca de Castro 2012)

Sendo assim, embora acreditem no que está posto, os indivíduos não nutrem uma postura cega diante do mundo da vida. Para que possa fazer sentido, esse mundo cotidiano precisa de uma interpretação permanente dos indivíduos que atuam nele e para ele. Sendo assim, a atitude natural acontece de maneira simultânea à interpretação, através, sobretudo do estoque de conhecimentos e dos sistemas de relevância e tipificação:

Lebenswelt representa um universo de significados, de contextos de sentido que devemos interpretar, e de relações de sentido que criamos somente através de nossas ações nesse Lebenswelt; mundo de cultura, também porque sempre estamos conscientes da sua historicidade, uma historicidade que nos enfrenta pela tradição e pelos costumes e que é questionável pelo fato de que todas as coisas encontradas de forma feita remetem-se às suas próprias atividades ou àquelas de um outro das quais elas são uma sedimentação. (Schutz *apud* Schroder, p. 17)

Para Schutz, os sistemas de relevância e tipificação são o acúmulo daquilo que é transmitido aos membros do grupo interno pela educação, é o fruto do compartilhamento de signos sociais. Eles servem para ordenar o contato com a realidade, funcionando como uma espécie de filtro que determina o que é importante ser considerado pelos indivíduos em cada situação. Esse sistema preenche as seguintes funções: a) determinar quais eventos devem ser tratados como iguais; b) transformar ações individuais únicas em tipos; c) funcionar como código de interpretação e ao mesmo tempo como código de orientação aos membros do grupo interno, criando, assim, um universo comum de discurso (Schutz, 1979; Santos, 2013; Fonseca de Castro, 2012)

Esse sistema de relevância comum dá origem a tipificações e estruturas de relevância individuais, que é um instrumental básico para que o indivíduo realize as suas próprias interpretações. Isso se dará porque esse sistema comum será sempre inspecionado e interrogado a partir dos interesses e planos particulares de cada indivíduo. Assim, dentro do sistema de relevância imposta alguns elementos terão sua importância destacada voluntariamente em razão dos interesses individuais - momentâneos ou futuros -, e serão selecionados pelo indivíduo desde que sejam considerados úteis para compor a sua ação. Isto é o que Schutz (1979) chamará de sistema volitivo:

nem tudo o que está presente numa situação é importante para as pessoas nela envolvidas. Na verdade, alguns dos fatores de uma situação impõem-se aos atores, constituindo assim “relevâncias impostas”. Outros são isolados pelo indivíduo, que os considera importantes para ele, no momento; esses assumem uma “relevância volitiva” (p. 22)

Esta operação de selecionar o que é importante para compor o sistema de relevância individual está ligada ao que Schutz chama de “estoque de conhecimento”.

Estoque de conhecimento é um sistema de conhecimento resultante da sedimentação e acúmulo de experiências no mundo da vida – indo desde especialidades até receitas genéricas para lidar com um conjunto variado de situações – que serve como um código de referências particular para a interpretação da realidade por parte dos indivíduos. São os “conhecimentos à mão” adquiridos ao longo da vida e dos quais os sujeitos se valem para interpretar as coisas com as quais são confrontados, a fim de se posicionarem no mundo e, com isso, estabelecerem seus roteiros de ação (Santos, 2013).

O estoque de conhecimento de cada indivíduo é determinado biograficamente, pois, como foi dito, ele é o “produto” das experiências vividas, das explicações e dos questionamentos que o indivíduo realizou durante toda a sua vida e, ainda, das suas escolhas que tomou entre determinadas ações. Nesse sentido, cada estoque de conhecimento pode ser considerado único em sua articulação biográfica, possuindo sempre um “componente privado”, uma dimensão pessoal intransferível (Peters, 2011; Castro, 2012, Santos, 2013).

É importante atentar para o fato de que este estoque de conhecimento não é simplesmente um repositório de informações transmitidas pela tradição. Vale destacar que novas experiências incorporam-se ao estoque de conhecimento à mão, modificando-o, alargando-o e enriquecendo-o. Assim, ele nunca é completamente fechado e homogêneo, comportando incoerências e zonas de maior ou menor clareza e precisão. Este caráter fluido e relativamente pouco estruturado é que permite ao estoque de conhecimento dar conta de experiências e acontecimentos que podem, a princípio, parecer contraditórios.

Deve-se salientar ainda que o estoque de conhecimentos está sempre sujeito a retificações ou corroborações de experiências por vir. O conhecimento prévio, embora oriente, não determina nossa experiência futura. Mesmo nos casos em que a experiência atual corresponde em grande medida ao que era esperado, o conhecimento se renova.

Na articulação biográfica particular se constituirá para cada indivíduo - como parte do seu estoque de conhecimento - um esquema de relevância e de tipicidade que irá ajudar a organizar os distintos graus de relevância mobilizados por eles em todas e quaisquer situações da vida cotidiana, lhes servindo de esquemas interpretativos de suas experiências passadas e presentes e de antecipação para as ações futuras: uma espécie de guia seletivo na interpretação de si mesmo e do mundo, que estará sempre em diálogos

com as experiências que vão acumulando, e prontos a agregar elementos e descartar outros quando preciso (Schutz, 1979; Santos, Castro, 2012).

Em outros termos, ao observarmos determinados eventos, fatos ou ações de outros indivíduos, nós sempre teremos determinados elementos que nos serão mais familiares, e cuja familiaridade se dará no diálogo com nossa história biográfica e com a nossa situação biográfica atual (Schutz, 1979).

1.3.2. Situação biográfica

Ou seja, para viver nesse mundo o ser humano orienta-se pelo modo como define o cenário da ação, interpreta suas possibilidades e enfrenta seus desafios. Isso precede o reconhecimento da situação atual do sujeito, constituída por uma história sedimentada em todas as suas experiências subjetivas prévias (Schutz, 1979; Santos, 2011; Fonseca de Castro, 2009).

Deste modo, podemos dizer que, para Schutz, a matriz de toda ação social tem um sentido comum, contudo cada pessoa situa-se de maneira específica no mundo da vida, de acordo com sua história individual, ao que Schutz denomina de história biográfica e situação biográfica. A situação biográfica determinada “é a sedimentação de todas as experiências anteriores desse ser humano, organizadas de acordo com as posses ‘habituais’ de seu estoque de conhecimento a mão, que como tais são posses unicamente dele, dadas a ele e a ele somente” (Schutz, 1979, p.73).

Assim, cada pessoa interpreta o mundo – previamente dado – na perspectiva de seus próprios interesses, motivos, desejos, compromissos ideológicos etc., que por sua vez foram adquiridos ao longo de sua vida. Nas palavras de Schutz (1979),

a esta situação biograficamente determinada pertence não somente minha posição no espaço, no tempo e na sociedade, mas também minha experiência de que alguns elementos do mundo pressuposto me sejam impostos, enquanto controlo ou possa controlar outros, que, por conseguinte, são principalmente modificáveis (p. 93).

A realidade do sentido comum é culturalmente construída como universal, mas o modo como essas formas comuns expressam-se na vida individual depende da totalidade da experiência que o sujeito constrói no curso de sua existência concreta, depende de seu estoque de conhecimento e dos seus sistemas de relevância particulares.

A experiência agrega, portanto, um acervo de conhecimentos próprios que está disponível e acessível de acordo com biografia do sujeito, de acordo com o acúmulo de vivências que possui (Schutz, 1979; Santos, 2011; Castro, 2013). Sendo assim, o processo de interpretação e produção de significados se dá no diálogo entre o mundo cultural pré-estabelecido e a trajetória de cada um dos sujeitos.

Em outras palavras, os significados são produzidos biograficamente em um mundo vivido coletivamente e que tem um caráter prático. De modo prático, isto significa dizer que dependendo das motivações, crenças, valores, costumes vivenciados etc. cada pessoa apresentará uma percepção distinta e particular do mundo – ainda que baseada em códigos comuns e compartilhados, portanto, comunicáveis; o que leva a que as ações de cada ser humano só pode ser compreendido a partir de sua biografia, ou seja, sua situação específica no tempo e no espaço.

1.3.3. Ação, projeto e experiência

Schütz tece ainda considerações sobre a explicação de Weber de ação significativa. Mesmo que se aproprie dela, acredita é que necessário complementá-la e ampliá-la localizando-a no estudo da atitude natural, no estudo do “mundo do senso comum” ou do “mundo da vida” (1979). De acordo com Fonseca de Castro (2012), A incompletude da sociologia weberiana estaria renunciaria a investigar as fontes básicas do fenômeno da significação. Ela estaria condenada a se situar, permanentemente, na forma de comportamento que Weber (2004) denomina *racionalidade por finalidade*, ou seja, a atitude daquele que orienta seu comportamento a partir de meios, fins e consequências e não, jamais, emocionalmente ou por tradição (p. 60)

Weber define a ação como um comportamento motivado por uma intenção, o qual o indivíduo relaciona a uma dimensão subjetiva. Com base nessa proposição, Schutz considera a ação como uma atitude consciente e voluntária empreendida por um sujeito dotado de intencionalidade e cujos significados já estão dados na atitude natural. Portanto, a ideia que Schutz tem de ação deriva do pensamento weberiano, trazendo-a para o mundo da vida, para a perspectiva dos agentes. (Castro, 2012).

Sendo assim, para Schutz os seres humanos não se submetem completamente às estruturas, mas a ação é interpretada pelo sujeito a partir de seus motivos existenciais, derivados das vivências inscritas na subjetividade, constituindo fios condutores da ação no mundo social. Os indivíduos agem em função de motivações dirigidas a objetivos -

que apontam para o futuro -, denominadas de "motivos para", e as razões para as suas ações estão enraizadas em experiências do passado, na personalidade que desenvolveu durante sua vida, chamadas de "motivos porque" (Schutz, 2008; Castro, 2012).

Neste sentido, escolhas presentes e futuras são, de alguma maneira, informadas pelas escolhas já realizadas no passado, sem que isso, porém, se constitua em algo do qual o indivíduo não possa escapar. Isso porque até mesmo as experiências passadas são constantemente submetidas à interpretação e reinterpretação por parte do indivíduo que age. Desta maneira, embora ancorado no estoque de conhecimento à mão, o curso de ação individual permanece em aberto, ainda que constrangido por fenômenos sobre os quais não mantém qualquer controle.

Schütz define a ação como a conduta humana projetada pelo sujeito de maneira intencional, dotada de propósito e de um projeto. A situação biográfica e o acervo de conhecimentos disponíveis e acessíveis condicionam a projeção da ação, cujo sentido inicial pode se modificar de acordo com os interesses e motivações de cada indivíduo.

1.3.4. Experiência

É a pergunta acerca de como se constrói a experiência social que orienta grande parte da obra de Schutz, elaborando uma análise constitutiva da experiência. A partir desse arcabouço conceitual que acabamos de resumir, Schutz define a experiência como uma corrente de acontecimentos vivos, um fluxo infinito de qualidades heterogêneas, de unidade que se desenvolvem no tempo e que se interpenetram e mantêm entre si operações de solidariedade íntima, que ressonam umas nas outras. É o que ele chama de duração, uma dimensão subjetiva e interiorizada do ser humano(). Essa duração age como “algo livre de toda orientação objetiva, de toda intencionalidade, sem vínculo determinante com qualquer dimensão de espaço ou tempo”. A duração é o lugar onde a experiência se desenvolve. No entanto, a ela se junta uma outra dimensão posterior, também subjetiva, mas já não interiorizada: a consciência, onde o sujeito apreende e processa os objetos da sua própria experiência. De acordo com Schutz, é a partir da operação reflexiva que os indivíduos converterão a *duração* em interação com o mundo espaço temporal, em produção da consciência.

É com base nessa compreensão de experiência onde os sujeitos se deparam com o mundo subjetivamente e tomam consciência de suas próprias experiências que estão articuladas as noções de “sistema de relevância”, “estoque de conhecimento”, “situação biográfica”, “intencionalidade” e “projeto” dá conta de que se, por um lado, poder-se-ia

dizer que o indivíduo nem sempre escolhe os fatos objetivos da vida com os quais está confrontado, por outro lado, está ao seu alcance realizar escolhas quanto à atenção dedicada aos problemas através da reflexão sobre suas próprias vivências.

Com inspiração em análise trazida por Gabriel Peters (2011), podemos resumir a articulação da fenomenologia social de Schutz em relação à ação e à experiência em três pontos:

- 1) as reservas de experiência (ou estoque de conhecimento);
- 2) a tipicidade da vida cotidiana e
- 3) sistemas de relevância (ou estruturas de pertinência).

Como já falamos mais detalhadamente nos parágrafos anteriores, a primeira delas se refere à sedimentação dos saberes herdados pelo indivíduo, seja por meio de suas experiências próprias, seja por meio de seus educadores; e sejam eles de natureza prática ou teórica. A noção de tipicidade da vida quotidiana diz respeito ao modo pelo qual as diversas experiências sociais se conformam com base num modelo anteriormente estabelecido. E a terceira noção, a de estruturas de pertinência, refere-se às formas de controle, pelos indivíduos, das diversas situações sociais, à seleção realizada por eles daquilo que é relevante (Schutz, 1979; Peters, 2011). De acordo com Schutz todas as três noções seriam herdadas socialmente, mas também reelaboradas pelos indivíduos, continuamente, ao longo do processo social.

Buscamos analisar de uso de psicofármacos tentando entender a experiência dos indivíduos na reflexão (o processo que liga a duração à consciência) que eles elaboram, e como essas três dimensões são operacionalizadas, levando em conta ainda os conceitos de motivo, projeto, intencionalidade e situação biográfica.

No que diz respeito aos casos de diagnóstico e medicalização dos sofrimentos psíquicos, muitas vezes o diagnóstico e as prescrições dependerão das próprias narrativas dos indivíduos, daquilo que eles silenciam e daquilo que eles vocalizam no encontro com os profissionais de saúde. Essas narrativas, socialmente e disposicionalmente determinadas são, por sua vez, objeto de enquadramento técnico e de definição das linhas de medicalização e tratamento (Aguar, 2004).

Sendo assim, há uma categorização, uma escolha e uma tradução por parte dos sujeitos, que dialogam com as trajetórias, com as biografias, com os sistemas de

relevância e com o estoque de conhecimento carregados por aqueles. A medicalização nunca se dará sobre um indivíduo que não age, não reflete e não produz significados.

Não consideramos os discursos dos indivíduos como prontos e completamente racionalizados, mas entendemos que existe a tarefa de analisá-lo com as ferramentas que o lugar de pesquisadora proporciona: a redução fenomenológica, que “põe entre parênteses as relações espontâneas da consciência com o mundo, não para negá-las, mas para compreendê-las. Esta redução refere-se ao mesmo tempo às manifestações do mundo exterior e ao eu do homem encarnado, do qual a fenomenologia vai buscar sentido (Merleau-Ponty, 1990, 158-159). Citando Schutz (2012), estamos cientes que

o conhecimento prático que os indivíduos produzem e mobilizam no cotidiano não é intrinsecamente homogêneo: ele pode ser (1) incoerente; (2) apenas parcialmente claro e (3) de modo algum livre de contradições (p. 87).

Do mesmo modo, a capacidade para avaliar e narrar o que se está vivendo e experimentando pode ser marcada por essas características e também variar de acordo com a disposição dos indivíduos no espaço social. Trataremos disso mais detalhadamente no capítulo dedicado às reflexões metodológicas.

Entenderemos que a experiência é múltipla e permeada de diversas lógicas. e que essas lógicas se combinarão dentro de um projeto particular de ação, que será dado pela situação biográfica e pelo estoque de conhecimento ao alcance dos indivíduos.

Deste modo, entendendo a experiência como 1) uma combinatória de lógicas que se articulam ao longo de uma biografia específica, 2) exercida de maneira ativa 3) por um sujeito crítico e reflexivo. Reafirmo ainda que buscarei levantar e analisar dados para entender como os **indivíduos constroem e dão sentido às suas experiências de adoecimento psíquico e de medicalização psicofarmacêutica a partir de seus contextos específicos, de sua biografias, de seus estoques de conhecimento e de seus sistemas de relevância**. Discordando das análises que se debruçam sobre os usos dos psicofármacos focando apenas sobre a perspectiva do discurso médico normativo, encerrando os sentidos dos usos desses medicamentos a uma perspectiva médica, invisibilizando as trajetórias e as narrativas dos indivíduos, de modo a parecer que se está lidando com sujeitos incapazes de construir significados.

Mas antes de adentrarmos no que é de fato a nossa questão de pesquisa, suspendamos um pouco esta reflexão acerca da experiência e da subjetividade do sujeitos para contextualizar o nosso objeto de investigação. No próximo capítulo

buscarei traçar o contexto mais amplo onde essas práticas psicofarmacológicas são engendradas, e como o uso de psicofármacos se organiza na nossa sociedade.

Capítulo 2

Levando em conta a objetividade do sistema: o mundo da vida pré estruturado e a medicalização do sofrimento

É importante lembrar que os sujeitos constroem suas experiências em um mundo sociocultural, cuja estrutura deriva de um processo histórico e culturalmente variável para cada cultura. Como vimos, de acordo com Schutz o mundo da vida é pré-construído e pré-organizado, e é no interior dele que os indivíduos nascem e desenvolvem seus trajetos biográficos. Os sistemas de signos e símbolos, as instituições, os recursos materiais e as hierarquias são alguns dos elementos que dão contornos às situações nas quais os indivíduos se encontram e desenvolvem uma variedade de relacionamentos. Esses elementos fazem sentido para determinados grupos sociais e servem de referências para os processos comunicativos, as definições e projetos individuais ou coletivos.

Sendo assim, a descrição das lógicas dos atores não é suficiente para a compreensão da experiência, visto que “cada uma das lógicas da ação que se combinam na experiência social se inscreve, ela própria, numa certa objetividade do sistema social, ou, em termos schutzianos, no mundo da vida anterior a eles (Schutz, 1979).

Por isso, embora partam do sujeito, estas abordagens exigem que a análise avance da subjetividade ao sistema, compreendendo o contexto em que as experiências se inserem. Pois como já falamos, a ação dos indivíduos só pode dar-se no interior de determinado repertório social. Assim, visto que são parte constituinte de sua composição, é basilar para a construção do olhar sobre a experiência – dentro da perspectiva que estou me propondo - o conhecimento das estruturas e dos mecanismos que operam dentro destes contextos culturalmente disponíveis.

Neste sentido, compreendo que ignorar o cenário social da medicalização do sofrimento seria ignorar um componente fundamental da construção da experiência dos indivíduos com o uso dos psicofármacos. Sendo assim, neste capítulo buscaremos entender como se configura o sofrimento e o uso de psicofármacos na contemporaneidade, com que dinâmica cultural dialoga, como a sociedade elabora respostas para lidar com ele dentro na ordem social vigente; para depois pensá-lo do ponto de vista da experiência subjetiva dos indivíduos.

Pois reconhecer a existência de estruturas sociais e o lugar que ocupam na experiência dos sujeitos não significa dizer que elas sejam determinantes das ações

humanas. Uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação no seio dele, que irá sempre diferir de acordo com a trajetória, a biografia vivida por cada um.

2.1. A objetividade do sistema: os conceitos de biopolítica e medicalização da vida

Em um sentido amplo, a psicofarmacologia é quase tão antiga quanto a humanidade: há indícios de que há três mil anos antes de Cristo os sumérios já plantavam papoulas das quais extraíam um suco apropriadamente chamado de “sortudo” ou “feliz”, capaz de despertar “um humor luminoso, eufórico” (Spiegel, 2003, p. 28); assim como de que dois mil anos antes de Cristo os chineses já usavam o ópio como sedativo, a mandrágora como afrodisíaco e o haxixe como anestésico (Ferreira e Miranda, 2011). No ocidente há também relatos muito antigos sobre o uso de substâncias psicoativas no tratamento de sofrimentos mentais. Há registros de que no primeiro século da era cristã, Galeno analisou, em seu *Corpus Hippocraticum*, as propriedades analgésicas e soporíferas do ópio; e Paracelsus, no século XVI, utilizou a cânfora para curar pessoas consideradas “lunáticas” (Spiegel, 2003), entre outros tantos.

Mas apesar da terapêutica para o sofrimento não ser uma singularidade do nosso tempo e da sociedade em que vivemos, não há como negar que entre a antiga prática suméria de plantação de papoulas e a hodierna psicofarmacologia ocidental existe uma imensa distância e um longo caminho de transformações acerca da compreensão do sofrer e das maneiras como o seu tratamento é pensado.

A psicofarmacologia – no formato que conhecemos atualmente – tem origem no interior do exercício psiquiátrico, no final do século XIX e início do século XX e é o resultado de um longo processo de medicalização do sofrimento (Aguiar, 2004; Ferreira e Miranda, 2011, Miranda, 2009).

O termo medicalização começou a ser operacionalizado no início da década de 1960 no campo da sociologia da saúde, quando da observação do enorme crescimento do número de problemas da vida que passaram a ser definidos em termos médicos (Aguiar, 2004; Birman, 2009, Foucault, 2011). De fato, o crescimento da jurisdição médica foi, para alguns autores, uma das mais potentes transformações da segunda metade do século XX. A sua aplicação estava associada a denúncias relativas à ampliação do raio de ação da medicina, que extrapolava o campo tradicional de ação direta sobre as moléstias para chegar em questões comportamentais das mais variadas.

O conceito de medicalização vem sendo amplamente utilizado por diversas áreas do pensamento, aplicado às mais diversas dimensões e, grosso modo, pode ser entendido como um termo que foi criado para se referir à apropriação dos modos de vida dos seres humanos pela medicina: um termo descritivo para o processo de algo “tornar-se médico” (Aguilar, 2004; Birman, 2009; Conrad, 1992).

De acordo com Conrad, o ponto chave da medicalização é a (re)definição dos problemas humanos em termos médicos, que passam a ser descritos por uma linguagem médica, entendidos através da racionalidade médica, e tratados por intervenções médicas (Conrad, 1992). A partir daí formam-se categorias médicas que, de certa forma, não existiam anteriormente, tipos humanos são criados pela ciência (Hacking, 2002), mas também se modulam categorias já existentes, categorias que são elásticas, no sentido de poderem ser expandidas ou retraídas.

Inicialmente, os estudos estavam focados na questão da medicalização dos desvios (Conrad, 1992) - que incluía o alcoolismo, as desordens mentais e alimentares, a homossexualidade, a delinquência, a disfunção sexual, as dificuldades de aprendizagem, os abusos sexuais e infantis, entre outras categorias -, tendo como ponto fundamental mostrar como determinados comportamentos que até então eram considerados apenas imorais, passaram a ser definidos como problemas de ordem médica, como patologias a serem tratadas por especialistas da medicina (Conrad, 1992 Schneider, 1980) para assim serem controladas e normalizadas.

Porém, em um segundo momento não apenas comportamentos desviantes, mas também processos comuns da vida, como menstruação, menopausa, envelhecimento e morte, passaram também a ser apropriados – e cada vez mais - pela medicina, tornando-se campo de saber – e poder – da mesma (Aguilar, 2004; Birman, 2009, Foucault, 2011)

Alguns autores trataram desta expansão do saber médico sobre a vida e, dentre eles, Michael Foucault foi um dos que mais se destacou. (Foucault, 1999, 2001, 2011). No início dos anos 1970, ele dirigiu seus estudos para o papel médico na modernidade e sua interferência nos modos de existência.. Para Foucault, a medicina tornou-se uma esfera central das sociedades modernas, e apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, o autor faz menção direta a este processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados centralmente por meio da medicina em função da produção e reprodução de determinada ordem social.

No volume I da *História da Sexualidade* (Foucault, 2011), Foucault acompanha a transformação dos mecanismos de poder entre uma sociedade soberana, que causa a morte ou deixa viver, para outro tipo de sociedade, na qual se causa a vida ou devolve-se a morte. Através do método genealógico, ele acompanha uma modificação sociocultural onde a potência de morte de um poder soberano como força repressiva se transfigura em um novo tipo de poder de natureza positiva, que age produzindo subjetividades e modos de viver; um poder cujo exercício se dá como gestão da vida e que é exercido sobre os corpos por meio das tecnologias disciplinares. (Foucault, 1999, 2001,2011).

A esse poder que incide sobre a vida Foucault (1979) referiu-se como biopoder. Conceito através do qual rejeitou a hipótese repressiva, concebendo o poder a partir da sua capacidade de produzir a realidade e não mais como uma força que viria simplesmente coibir os indivíduos e punir suas falhas. Assim, o poder já

não pesa como uma força que diz não, mas que de fato permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (p.8)

Segundo Foucault, este exercício do poder sobre a vida aparece concretamente em dois polos, que se relacionam intimamente. O primeiro é o da disciplina do corpo, com o nome de “*anátomo-política do corpo humano*”, que se centra em um corpo máquina, investindo no adestramento, na ampliação de aptidões, na utilidade e docilidades dos corpos, e, por fim, na integração desses corpos em sistemas econômicos e de controle. O segundo, a regulação da população, denominada de “*bio-política da população*” centra-se no corpo como espécie, no corpo como suporte de processos biológicos, investindo aqui nos nascimentos e na mortalidade, na saúde, na duração da vida, na longevidade, etc. (Foucault, 1999, 2001,2011); enfim, na produção da vida.

Em seus estudos do final da década de 1970, o autor aprofunda a noção de biopolítica para se referir às regulações exercidas sobre a população (Foucault, 1999, 2001, 2011), pois uma vez que a industrialização e a força de trabalho passam a ser elementos fundamentais para o Estado, a análise minuciosa de cada momento da vida, das doenças endêmicas, da proporção de nascimentos, da velhice e da morte torna-se fundamental para a otimização da produtividade dos indivíduos e para maximizar o vigor e a saúde das populações. Deste modo,

o capitalismo que se desenvolveu entre os confins do século XVIII e o início do XIX, socializou um primeiro objeto, o corpo, em função da sua força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se operou simplesmente através da consciência ou da ideologia, mas se exerceu no corpo e com o corpo. Para a sociedade capitalista, o mais importante era o biopolítico, o somático, o corporal. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 1984)

A biopolítica se refere, portanto, ao modo de gerir e administrar as populações que permite que os fenômenos próprios da vida humana entrem na ordem do saber, no domínio dos cálculos explícitos do poder e da regulação, a fim de promover a sua maximização em prol da reprodução da ordem vigente. (Foucault, 2011; Caponi, 2009).

Vale salientar que a vida não é considerada pela biopolítica em um sentido coloquial/vulgar; ela leva a carga epistemológica de uma vida objetivada pelos discursos, pelos modos de classificar, medir, intervir e avaliar próprios das ciências biológicas e médicas, construídas em torno da oposição normal-patológico (Caponi, 2012).

Outro elemento importante é que a biopolítica - diferente da técnica disciplinar que se aplica ao corpo individual por meio das instituições - se dirige a vida e ao corpo dos seres humanos e se dá de maneira difusa. Não é direcionado à particularidade de um corpo específico, mas à espécie humana como um todo, lidando com a população em sua dimensão biológica, já tornada política, estabelecendo para ela mecanismos reguladores no sentido de fixar um tipo de equilíbrio, aperfeiçoar um estado de vida, produzir e massificar modos de existência. De acordo com Foucault, “temos assim uma tecnologia de poder sobre a população enquanto tal, sobre o homem como ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de fazer viver” (Foucault, 1997, p.).

Desta forma Foucault (2008) afirma que, desde o século XVIII, a medicina começa a exercer um papel de gestão dos corpos que não é apenas individual, mas se faz também – e sobretudo - sobre o “corpo social”. A sociedade passa então a ser pensada e organizada em termos estritamente médicos, podendo-se falar em uma medicalização do social. Ou seja, surge uma prática que incide sobre o corpo e que se dá através da definição de comportamentos e condutas pelo saber médico, e de uma interferência também médica sobre aqueles modos de existir considerados impróprios – mas não de forma repressiva, e sim produtiva.

Assim, no interior da biopolítica a medicina passa a oferecer a matéria-prima das regras que devem orientar a vida moderna nas formas gerais de existência e do comportamento humano, sendo a instância criadora de normas de saúde e de vida, orientando comportamentos e definindo o que é e o que não é normal. A medicina estabelece, então, diversas medidas de regulação sobre o corpo individual e coletivo, possibilitando o exercício cada vez mais refinado do poder sobre a vida; cujo efeito histórico mais evidente é uma sociedade de normalização, onde se observa uma valorização crescente da norma, e consequentemente, da normalidade, em substituição do sistema jurídico da lei (Foucault, 2001).

se os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que os médicos do século XX estão por inventar uma sociedade da norma, e não da lei. Não são os códigos que regem a sociedade, mas a distinção permanente entre o normal e o patológico, a empresa perpétua de restituir o sistema de normalidade (p 50).

Neste sentido, distinguindo-se de teóricos como Illich (1973), Foucault pensa – desde a sua percepção de poder a partir de uma natureza positiva e não repressiva - os saberes e as práticas médicas como vetores na produção de subjetividades, e não como uma força repressiva que se exerce sobre os sujeitos (Aguiar, 2004 Foucault, 2011). A medicina teria então o poder de produzir os indivíduos e seus corpos, suas formas de viver, pensar e se comportar.

Em resumo, a medicalização aparece como o principal mecanismo no interior das mudanças que marcam a (re)organização e exercício do poder na alta modernidade. Ela é, para Foucault, um mecanismo biopolítico que através da apreensão da vida pelo discurso médico, cria e exerce a regulação dos modos de existência atuando na produção de subjetividades. É a partir desta perspectiva foucaultiana que pensaremos a medicalização do sofrimento.

2.2. A biopolítica dos sofrimentos: uma breve reconstrução da medicalização

Como foi dito, nas últimas décadas a medicina passou a ampliar o seu campo de atuação para outras áreas além da saúde convencional. Nos últimos anos a sociedade viu surgir o que Aguiar (2004) definiu como uma medicina *lifestyle*, que atua produzindo um estilo de vida em acordo com as exigências societárias da contemporaneidade.

É nesta esteira que o sofrimento é também capturado pelo discurso médico e, tal qual a sexualidade (Aguilar, 2004; Ferreira e Miranda, 2011; Foucault, 2011), constitui-se como domínio a conhecer e interferir; passando aquele que sofre a compor o hall dos indivíduos que precisam de alguma forma “ser corrigidos”. Assim, a partir de uma série de intervenções médicas, vemos surgir o que podemos chamar de uma biopolítica dos sofrimentos: uma apreensão do sofrer por uma ordem normativa com fins de controle sobre as suas manifestações individuais e coletivas na sociedade, que tem na medicalização a sua principal estratégia.

A expansão dos diagnósticos psiquiátricos associados à indústria farmacêutica são dois grandes marcos na construção desta biopolítica dos sofrimentos. A psiquiatria contemporânea – marcada pelo encontro com a neurociência e com a bioquímica – forneceu, de um lado, o discurso médico capaz de traduzir sofrimentos cotidianos em patologias e, do outro, a indústria de psicofármacos passou a exercer um papel de produção e controle de medicamentos capazes de atuar sobre o sofrimento humano em sua estrutura biológica - com sua atuação na população e no corpo - agindo na regulamentação e normatização da vida e das condutas (Ferreira e Miranda, 2011; Caponi, 2012).

Foi no começo dos anos 1950 que, sob a égide da psiquiatria moderna – especialmente de sua vertente estadunidense –, teve início uma decisiva mudança epistemológica nas maneiras de compreender e lidar com o sofrimento, provocando uma grande transformação nos rumos da prática psiquiátrica ao radicalizar o encontro com a medicina iniciado no final do século XIX (Ferreira e Miranda, 2011). De acordo com Ferreira e Miranda (2011),

até o advento da psicofarmacologia contemporânea, o arsenal medicamentoso heterônimo que se dispunha para cuidar dos temperamentos humanos foi limitado ao poder da sedação. O grande salto da administração de drogas com fins terapêuticos, ocorreu na década de 50 do século passado, mais especificamente, com a descoberta de agentes químicos capazes de auxiliar no tratamento da esquizofrenia e na análise dos sonhos (p. 228).

A consolidação desta virada epistemológica se deu em 1980, com a abordagem biológica dos transtornos mentais tendo sido tornada hegemônica, ou seja, quando o esforço de tornar a biologia o fundamento científico incontestável dos males psíquicos alcançou seu êxito, passando a dominar as práticas terapêuticas direcionadas ao mal estar mental.

Fundamentada na história da neurotransmissão química e destinando-se ao conhecimento das reações farmacológicas, bioquímicas e moleculares de drogas que têm a capacidade de agir sobre processos cerebrais (Ferreira e Miranda, 2011), a chamada psiquiatria biológica pretendeu garantir a objetividade no trato com o mal estar psíquico, assim como a cientificidade da prática psiquiátrica; sendo a sua consequência mais direta a afirmação dos métodos e do vocabulário médico como únicos legítimos na investigação e descrição dos sofrimentos mentais (Aguiar, 2004; Guarido, 2009).

Na busca pela conquista desta objetividade e cientificidade vale a pena ressaltar dois importantes marcos para a psiquiatria biológica, que acabaram por reorganizar a compreensão do mal estar psíquico: a aproximação com a neurociência e a padronização de sintomas trazida pela elaboração e publicação dos DSMs (Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais), especialmente em sua terceira edição (Aguiar, 2004; Miranda, 2009).

Ao fundamentar o funcionamento psíquico em bases orgânicas, a neurociência forneceu instrumentos teóricos fundamentais para a reorganização da psiquiatria - que neste momento acreditou ter-se encontrado definitivamente com sua vocação médica - assim como para a reconfiguração da compreensão do sofrimento mental no interior deste saber e para além dele.

O fato é que ao tornar a biologia o fundamento científico incontestável dos males psíquicos, a neurociência possibilitou o estabelecimento de uma relação de causalidade onde o psicológico é compreendido como consequência do biológico. Esta relação aproximou os fenômenos mentais das doenças orgânicas, resultando na redução dos primeiros a aspectos meramente físicos e, conseqüentemente, no abandono crescente da escuta dos significados dos sintomas apresentados pelo sujeito – prática ainda presente na psiquiatria clássica - em benefício de uma noção em que aqueles são reconhecidos como manifestações de desordens da bioquímica cerebral, impondo limites biológicos à construção de sentidos (Aguiar, 2004).

Data também de 1952 a primeira versão da série DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) produzida nos EUA. Até 1980, quando se publica a versão DSM-III, os fundamentos do diagnóstico propostos por esses manuais expressavam influências da psicanálise e da psiquiatria social comunitária, ainda que pouco a pouco ganhasse ênfase a objetivação dos critérios diagnósticos baseados em experimentações científicas que afastavam cada vez mais a dimensão de sentido antes presente na consideração dos quadros psicopatológicos (Aguiar, 2004).

A versão DSM-III rompe definitivamente com a psiquiatria clássica. A partir desta, os quadros psicopatológicos serão apresentados como transtornos mentais que serão diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas (identificados a partir de uma lista presente no manual para cada transtorno) e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo. Além disso, a psiquiatria americana consolida-se como discurso hegemônico e o DSM-IV revisado (última versão do manual) é atualmente referência mundial de diagnóstico dos transtornos mentais, globalizando o modelo psiquiátrico americano (Guarido, 2009).

A transição norteadas por estes dois acontecimentos é assinalada pelo abandono crescente da escuta do sentido dos sintomas apresentados pelo sujeito – ainda presente na psiquiatria clássica - em benefício de uma noção em que os sintomas são reconhecidos como manifestações de desordens da bioquímica cerebral, para as quais existe agora sempre um diagnóstico e um tratamento objetivos. Há aqui a construção de uma equivalência entre sofrimento psíquico e patologia psiquiátrica (Guarido, 2009), completando-se o processo de medicalização iniciado décadas atrás.

De acordo com Aguiar (2004), todo este movimento de consolidação de um status científico da psiquiatria se intensificou a partir da década de 1980, e se caracteriza por um predomínio dos discursos e práticas do que pode ser chamado de psiquiatria biológica, cuja atuação resultou na redução do sofrer a um conjunto de sintomas físicos passíveis de serem classificados e tratados bioquimicamente, e redundou na crença da supremacia da eficácia do tratamento medicamentoso em detrimento de outras possibilidades terapêuticas. (Aguiar, 2004; Guarido, 2009).

Foi neste contexto que a indústria de psicofármacos passou a exercer um papel de produção e controle de medicamentos capazes de atuar sobre o sofrimento humano em sua estrutura biológica, com sua atuação na população e no corpo, agindo na vida, regulamentando e normatizando.

A utilização de drogas “eficientes” contra a angústia, as depressões, as fobias sociais indicam uma grande mudança, quando os psicofármacos passaram a fazer parte da terapêutica de pacientes em estado de sofrimento psíquico, tratados anteriormente através da psicanálise, mas também em quem não se enquadra em uma patologia psiquiátrica, surgindo demanda por essas drogas diante de qualquer transformação negativa de humor (Birman, 2009).

Assim, substâncias como Citalopran, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Venlafaxina, Nefazodona, Clonazepam etc., encabeçam uma revolução na psiquiatria, pois fazem parte de uma geração de psicotrópicos de maior tolerabilidade e fácil administração, desenvolvidos com vistas na rapidez e eficiência da estabilização de emoções cotidianas, da qual a consequência mais evidente tem sido a medicalização de sentimentos antes considerados normais, associados à própria condição humana, ou à vida num contexto de modernização (Ferreira e Miranda, 2011).

Concordamos que um dos sentidos mais destacados para o termo medicalização é o de definir como transtornos médicos comportamentos considerados transgressivos e desviantes das normas sociais vigentes em determinado cenário sócio-histórico. Levando em conta esta definição, cabe entender como e por que motivos o sofrimento na contemporaneidade foi objetivado e convertido em uma patologia, e por quais razões uma “solução” bioquímica parece culturalmente mais aceitável e mais demandada que outras possibilidades terapêuticas. Ou seja, porque o sofrimento tornou-se um problema para a ordem social contemporânea? Por que se tornou objeto alvo da biopolítica dos corpos?

Segundo Aguiar (2004), a medicalização do sofrimento “se dá como efeito e atualização de forças heterogêneas que não só atuam no campo da psiquiatria, mas também constituem o *socius* de maneira mais ampla” (p.7). Vamos tentar entender brevemente essa correlação de forças que colaboram para a construção deste cenário de medicalização do sofrimento que embasa a atual prática terapêutica que investigamos neste trabalho.

2.3. A medicalização do sofrimento e os novos modos de subjetivação

Uma das maneiras de entender esta correlação de forças que culmina na medicalização do sofrimento e na sua psicofarmacologização é situá-las no interior das demandas trazidas pelas mudanças surgidas na alta modernidade, que engendraram uma forma cultural própria de pensar e organizar o mundo assinalada pelo pensamento tecnocientífico e pela decorrente produção de um *ethos* da eficiência e do controle que age nos mais variados aspectos da existência (Miranda, 2009; Ferreira, 2010; Bauman, 2001; Giddens, 1990; Simmel, 2005).

Esse *ethos* da eficiência e do controle faz parte de um projeto racionalizador posto em curso de maneira mais contundente no Iluminismo, e é norteado pela ideia da capacidade do ser humano descobrir, classificar, prever e dominar a natureza através da razão e pelo imperativo da sua realização.

Ao mesmo tempo, a modernização trouxe uma aceleração e uma intensificação no fluxo das mudanças. Assim, podemos aludir aos processos de subjetivação que equivalem ao exercício de distanciamento que o indivíduo se vê obrigado a exercer frente às pressões e o dinamismo da vida moderna a fim de conservar a sua autonomia e interferir ativamente na construção de si; dando origem ao que podemos chamar de demandas do sujeito moderno responsável por si, marcada já aqui pela ansiedade de se constituir como sujeito legítimo e capaz (Gidens, 2002; Simmel, 2005).

Conhecido por alguns autores como hipermodernidade (Lipovetsky, 2004), por outros como alta modernidade, modernidade tardia (Gidens, 2002), ou ainda modernidade líquida (Bauman, 2001); podemos dizer que os tempos atuais são caracterizados pela radicalização do projeto moderno de sociedade. Nesse sentido, se a modernidade define-se pela crescente racionalização e individualização, a contemporaneidade pode ser definida pela acentuação deste processo e pela concretização da soberania dos valores engendrados no seu interior: produtividade, eficiência, controle, desempenho etc.; fincando ainda mais seus alicerces no mercado, na eficiência técnica e na promoção da noção de indivíduo iniciados na era moderna

a imagem prevalente desses tempos hipermodernos seria a sociedade do desempenho, na qual todos são intimados a ser superativos e operacionais em todas as coisas. O modelo de desempenho é assim convocado de uma maneira banalizada, havendo um excesso de assédio pelas normas técnicas e uma corrida generalizada pela excelência (Ewald, Moura e Gullar 2012, p).

E se com o pensamento iluminista do século XVIII vemos a consolidação das experiências subjetivas individualizadas e da ideia da capacidade humana de domínio de si e da natureza, a exacerbação dessa individualidade se firma como maior predicado do sujeito contemporâneo, sobre o qual a responsabilidade sobre o fracasso ou sobre a vitória recai quase que exclusivamente.

Neste sentido, tal período fez surgir uma nova posição de ser-humano, onde cada vez mais entregue a si, o indivíduo defronta-se com um mundo no qual já não se sente em casa e de onde lhe surgem fenômenos dotados de certa estranheza que exigem

o máximo empenho em procedimentos de controle (Figueiredo, 1996; Bauman, 2011). Assim, observamos um crescente processo de matematização da vida e de busca por previsibilidades, dando origem a um sujeito que passa a se impor uma autodisciplina, buscando assim controlar tudo aquilo que seja em sua experiência subjetiva irregular e imprevisível.

Entendendo que o cruzamento entre o pensamento tecno- científico, industrialização, e dinamismo extremo acaba por criar uma matriz de produção de identidades que tem na auto-regulação, na produtividade, na aptidão, na utilidade e no controle seus eixos fundamentais, é importante ainda considerar que tudo isso se dá no interior das novas demandas do capitalismo, cujo centro dinâmico passa da produção para o consumo, do controle do desejo para a sua mobilização incessante (Miranda e Ferreira, 2011; Miranda) criando um projeto de gestão da subjetividade que envolve um sujeito que precisa se compor em tempo real e se torna em “meio” para uma sociedade que converteu os níveis satisfatórios de bem-estar e cuidado em possibilidades de consumo (Miranda e Ferreira, 2011).

Desta forma, se a contemporaneidade - com a radicalização da razão, da individualização e do consumo que acaba por promover - centra-se na ideia de triunfo, de excelência, de sucesso e de qualidade, engendrando o imaginário da perfeição e da superação de si próprio; ela também faz surgir novas formas de exclusão, produzindo o imaginário da inutilidade que acenam aos valores de fracasso, de falta de inserção e de desqualificação.

Neste esquema sociocultural, a felicidade aparece como sucesso, ao passo que o sofrimento representa tudo que remete a uma vida de fracasso. Sofrer passa a ser agora a expressão de um self imperfeito, o self de um indivíduo incapaz de exercer plenamente o controle sobre si, de um indivíduo inapto para a vida contemporânea, posto que improdutivo, inapto e ineficiente (Aguar, 2004; Miranda, 2009; Ferreira, 2010).

Está claro que o sofrimento psíquico põe em xeque as características fundantes da contemporaneidade na medida em que exige do “ser que sofre” uma redução do ritmo de vida em termos de produtividade e uma pausa investigativa de seu sentido particular. Se antes o sofrimento era entendido como um sentimento nobre e o trabalho de elaboração existencial incentivado como parte de uma ascese, – como é o exemplo das matrizes judaico-cristã e da matriz grega – é justamente essa construção discursiva que parece entrar em crise quando entra em contato com o ritmo e os modos de vida contemporâneos (Perrussi, 2003; Melo, 2009; Ferreira, 2010; Giddens, 1991).

Não é difícil, portanto, entender porque o uso de psicofármacos se firmou como um tratamento adequado ao jogo incessante de subjetivação que vivemos na contemporaneidade, e por que motivos o sofrimento passou a representar um inconveniente na manutenção da ordem social da alta modernidade. Em suma, podemos dizer que o sofrimento não remete a nenhum valor fundamental, ao contrário, parece ir de encontro aos principais valores cultivados na modernidade: autonomia, eficiência, produtividade, sucesso etc.

Em outras palavras, o sofrimento passou a ser considerado uma experiência que não merece ser vivenciada, visto que representa um empecilho para o exercício pleno da racionalidade e relembra o vínculo com uma natureza que precisa ser dominada em prol da concretização de uma ideologia da aptidão e do sucesso. Sendo assim, ao afastar o indivíduo de sua capacidade produtiva, o sofrimento aparece como um entrave à reprodução da ordem, dando lugar à mediação de instituições que atuam na sua patologização, ao mesmo tempo em que exigem e operacionalizam a sua normalização.

Aquele que sofre surge então como um ser que precisa ser corrigido e os medicamentos fornecem aos indivíduos a oportunidade de estabilização psíquica e emocional para a realização de suas escolhas em meio ao caos da vida moderna, e assim constituir uma “identidade normal”.

A intervenção farmacológica é capaz de suspender - com a rapidez necessária ao ritmo de vida instituído - um conjunto de perturbações sociais e econômicas atreladas ao estado de sofrimento psíquico. É possível afirmar que os psicofármacos passaram a ser compreendidos como medicamentos capazes de atuar diretamente sobre a estrutura biológica do sofrimento humano e que esta perspectiva inaugurou uma forma de produção “técnica” da subjetividade que corresponde, em certa medida, àquilo a que se tem chamado de “biossociabilidade” (Aguilar, 2004).

É nessa medida que podemos considerar que o uso compulsório de psicofármacos corresponde às estratégias biopolíticas de produção de subjetividades – mediadas pela classificação dos comportamentos através do saber médico – compatíveis com uma ordem social a ser mantida: subjetividades aptas para a dinâmica societária que exige dos indivíduos uma vida produtiva e eficiente. É nesse contexto que vemos os diagnósticos e os tratamentos psicofarmacológicos se multiplicarem e se firmarem como uma prática social mais adequada do que outras (Aguilar, 2004).

Mais uma vez afirmamos que o consumo atual de psicofármacos se insere, como pratica hegemônica no cuidado com o sofrimento psíquico, no interior do surgimento de uma biopolítica dos sofrimentos que atende às necessidades específicas de um contexto político, social e econômico onde se faz necessário regular a experiência do sofrimento..

Como falamos a partir de Dubet e Schutz, a experiência subjetiva dos atores se inscreve em uma objetividade do sistema, e é fundamental para compreendermos como os indivíduos constroem seus significados saber de que contexto social partem. No que diz respeito ao sofrimento, é desse contexto sociocultural em que o sofrimento foi inscrito no discurso médico como parte da biopolítica que os sujeitos dispõem para – na costura com suas próprias trajetórias - construir e dar sentido às suas experiências.

Corroborando com esta ideia e nos apropriando da ideia trazida por Schutz de que os sujeitos se deparam com um mundo pré-estabelecido onde são socializados; mas não de maneira total, interpretando-o constantemente e afastando-se reflexivamente e criticamente podem exercer ativamente a construção de suas ações. Este mundo com que os sujeitos deparam-se não é coeso e homogêneo, mas diverso e mesmo contraditório, sendo através das ações dos indivíduos que aquilo que é desordenado e fragmentado pode ganhar unidade e sentido. Nisso constitui-se a experiência.

Nestes três capítulos buscamos instrumentos teóricos para entender como a experiência dos sujeitos que fazem uso de psicofármacos se constitui. Primeiro através de uma discussão sobre a relação dos sujeitos como o mundo e seu potencial de ação diante dele, depois através de uma pequena reconstrução de como os psicofármacos circulam na ordem e no imaginário social contemporâneo a partir do grupo que nos propomos estudar; como eles se inserem dentro de um contexto de medicalização do sofrimento e como atuam como mecanismos dessa medicalização produzindo formas de subjetividades.

Neste próximo bloco, que constitui o capítulo 3 e 4, abordaremos as questões metodológicas, dos métodos de pesquisa e, por fim, traremos a nossa análise propriamente dita acerca de como os indivíduos interpretam a objetividade do sistema social em que estão inseridos, dando sentidos e significados às suas práticas. Nos interessa a partir de agora tentar compreender como a medicalização do sofrimento – condensada no uso atual dos medicamentos psicofármacos – se encontra com as idiosincrasias das histórias de cada colaboradora e colaborador para fazer emergir a experiência.

Capítulo 3

Sobre os caminhos traçados

3.1. Sobre as decisões metodológicas adotadas

Sabe-se que desde sua fundação a sociologia esteve imersa em um dilema metodológico dicotomizado entre duas perspectivas: a vertente empirista e a vertente compreensiva. O maior expoente dessa segunda vertente é reconhecidamente Max Weber (1963, 1999), que cunhou uma teoria capaz de reorganizar metodologicamente a sociologia.

Como é sabido, a sociologia surgiu como uma tentativa de explicar, classificar e reconhecer o mundo social e suas relações sobre uma grande influência dos procedimentos das ciências naturais e exatas já consagradas enquanto tais. daquelas ciências já seculares e historicamente construídas sob o princípio da “exatidão” e da “objetividade”. Foi longo o caminho que a sociologia percorreu entre as influências fundamentais de seus vários autores: o estatuto positivista construído por Auguste Comte e refinado, metodologicamente, por Émile Durkheim, o aporte teórico-metodológico do materialismo dialético de Karl Marx. Essas perspectivas foram imprescindíveis para que, no diálogo com cada um destes autores, no final do século XIX, Max Weber tenha fundado a sociologia compreensiva.

O que ficou conhecido como sociologia compreensiva, ou interpretativa, diz respeito à perspectiva metodológica que entende que o objeto da sociologia não é passível de explicação completa. Pois os sentidos das ações e das relações sociais são altamente subjetivos, permeados de valores e de emoções, portanto devem ser interpretados. Assim, não é possível tratar as ações sociais como dados objetivos e não é possível chegar a um conhecimento total da realidade estudada, visto que um acontecimento social pode ter causas e sentidos diversos, cuja apreensão total pelo cientista é impossível. No entanto, desde que reconheça essas “limitações”, a sociologia é capaz, ainda assim, de fazer inferências sobre aquilo que estuda.

Entendemos que apenas o diálogo com a sociologia compreensiva é capaz de cavar uma abertura para a escuta dos indivíduos na construção de suas ações, pois só através dela é possível estabelecer uma escuta das narrativas dos atores em sua complexidade para entender como eles constroem as suas ações, sem que seja necessário objetificá-las a ponto de torná-las dados estáticos.

Visto que as preocupações deste estudo estão localizadas no campo das relações sociais e da subjetividade humana e tem como foco a busca dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências particulares; fez-se pertinente a aplicação de uma metodologia de cunho qualitativo, inscrita numa abordagem interpretativa de inspiração fenomenológica.

Como vimos, a fenomenologia busca olhar para o que o mundo social significa para o ator observado dentro desse mundo, e o que ele mesmo quis dizer com sua atividade nele. É inspirado nesta perspectiva metodológica que tentaremos seguir a análise proposta neste trabalho. Assim, seguindo a perspectiva schutziana de acordo com a qual o pesquisador e a pesquisadora ao iniciarem uma investigação encontra um mundo pré-interpretado - em que os atores constroem idealizações e tipificações -, e que por isso é no conhecimento do senso comum que deve se principiar a investigação, tratando-se, na verdade, do único lugar onde é possível efetuar-la. Assim, os sociólogos precisam conhecer os modos como os significados, compartilhados constituem o mundo social, antes de assumir a realidade como constrangimento externo que explica as respostas dos sujeitos.

Dentro desta perspectiva sociológica, escolhemos ainda por um método de coleta e análise de dados de viés interpretativo. A escolha pelo método qualitativo se deu por ser este tipo de método de coleta de dados mais propício à interação entre os sujeitos da pesquisa (pesquisadora e informantes) e porque apenas através deste modelo somos capazes de olhar para as narrativas de cada indivíduo, para as maneiras como eles articulam diferentes princípios de conduta e lógicas de ação a os princípios heterogêneos de ação pra assim construírem uma experiência. Só através da compreensão podemos exercer uma escuta e compreender os sujeitos o mais próximo de seus mundos, o que ele quis dizer com a sua atividade nele e que ética constrói para vivê-lo.

Assim, a partir das discussões sobre a medicalização, e sobre a influência da fenomenologia schutziana, iremos ouvir os sujeitos no exercício de suas reflexividades, atentas para a escuta de suas histórias, motivos, planos, justificativas, motivações etc. para buscar compreender como esses sujeitos significam e ressignificam as suas experiências com o uso de psicofármacos. Como dialogam com a medicalização sem deixar de construir suas próprias experiências de maneira ativa.

A partir dos conceitos fenomenológicos que abordamos, as narrativas serão as formas que usaremos para acessarmos as experiências dos sujeitos. Pois entendemos que as narrativas não são meros artifícios que se justapõem à experiência, mas consistem

dimensões da vida e constituem os significados da experiência (enquanto aquilo que foi, está e será vivido). Entrelaçada à ação, a narração se faz no curso da vida mesmo, no momento em que se vive, juntamente com a reflexão. Assim, voltando-nos para o exame das narrativas produzidas pelos indivíduos no processo de tentar lidar com o mal estar psíquico e com o uso de psicofármacos, estaremos nos voltando para as experiências mesmas desses sujeitos (Benjamin, 1935; Ricoeur, 1994; De Conti). Deste modo, entendemos que

a narrativa seria, portanto, composta por uma seqüência singular de eventos, estados mentais, ocorrências, envolvendo seres humanos como personagens ou autores. Os elementos constituintes da narrativa são agentes, circunstâncias, objetivos, motivos e resultados da ação. Cada um desses elementos somente adquirirá significação a partir do lugar que ocupa dentro do enredo narrativo, de sua seqüência (De Conti, 2009)

De acordo ainda com De Conti (2009),

é exatamente quando se busca um estudo sistemático da experiência pessoal e seu significado, ou seja, quando se pretende entender como os eventos têm sido construídos pelos sujeitos ativos, é que a análise narrativa é apropriada. Isso implica dizer que através da narrativa podemos nos aproximar da experiência, tal como ela é vivida pelo narrador. A modalidade da narrativa mantém os valores e percepções presentes na experiência narrada, contidos na história do sujeito e transmitida naquele momento para o pesquisador.

3.2. Sobre o trabalho e campo e sobre os métodos de pesquisa

Quando decidimos realizar um estudo sobre a experiência do uso de psicofármacos de pessoas diagnosticadas com algum mal estar psíquico, a primeira questão que nos apareceu foi a de como iríamos fazer a seleção dessas pessoas: onde buscaríamos os sujeitos que fariam parte da nossa pesquisa? Que critérios adotaríamos para selecioná-los?

Levando em conta a densidade do tema abordado e os constrangimentos que podem estar envolvidos em os sujeitos revelarem as suas experiências particulares, optamos por um desenho que possibilitasse uma aproximação mais branda com os informantes. Nesta perspectiva, decidimos realizar a pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade do Recife.

Nosso objetivo inicial era observar as reuniões do grupo de apoio que fazem parte da prática terapêutica da instituição, para, a partir desta observação, identificar interlocutores com os quais iríamos travar uma relação mais próxima e exercer uma

escuta mais aprofundada. Frequentar as reuniões seria ainda uma forma de começar a construir uma relação de maior confiança com as entrevistadas, visto que se trata de um tema por vezes delicado já que envolve as expectativas e as frustrações mais profundas dessas pessoas. Sendo assim, no seu formato inicial a pesquisa obedeceria aos seguintes procedimentos:

1. Visitas sistemáticas a dois CAPS do Recife, para familiarização e preparação da abordagem de sujeitos de uma amostra estratificada por gênero, idade, nível de instrução e de renda;
- 2 Realização de entrevistas abertas sobre os sentidos das experiências da amostra de indivíduos acima mencionada relativas aos seus percursos pessoais e no sistema médico de saúde no processo de diagnóstico como *depressivos* e relativas aos sentidos de suas experiências de uso de psicofármacos nos quadros de tratamento e medicalização;
- 3 análise das narrativas coletadas.

No entanto, no decorrer da pesquisa encontramos alguns obstáculos na realização deste plano metodológico. O primeiro deles diz respeito à morosidade dos trâmites referentes à autorização da realização de nossa pesquisa. De acordo com as regras da instituição, teríamos o prazo de 15 dias – desde a data da entrada do pedido - para receber a resposta. Esse tempo, no entanto, desdobrou-se em um mês, exigindo uma reformulação no nosso calendário.

Passado este tempo de espera, conseguimos a autorização para iniciar a realização do trabalho de campo no final do mês de setembro. Demos início à aproximação, mas logo nos deparamos com a segunda dificuldade da pesquisa. Na terceira ida ao Caps começamos a demonstrar interesse pela escuta mais aprofundada de alguns dos sujeitos que participavam das reuniões do grupo de apoio. Houve uma resistência por parte da equipe de que houvesse um contato com os usuários fora dos limites físicos do Caps.

Diante desta resistência, outra reelaboração do trabalho de campo precisou acontecer. Para evitar um desgaste da relação com a instituição e com os sujeitos, demos por encerrada a etapa de observação e decidimos abandonar o Caps como campo de pesquisa. Como já havíamos estabelecido alguns contatos, a decisão foi por ouvir as narrativas de usuários do Caps, mas fora dos limites físicos da instituição.

Selecionamos, então, 4 interlocutoras com as quais realizamos entrevistas semiestruturadas.

Ao término destas entrevistas, no entanto, sentimos a necessidade de ampliar a quantidade de informantes e decidimos realizar entrevistas com mais 9 sujeitos indicados a partir de uma rede de relações.

3.3. Das entrevistas

As entrevistas foram realizadas com 13 pessoas e seguiram um pré-roteiro no qual foram abordadas questões relativas ao uso de psicofármacos sempre baseadas nas histórias de vida de cada uma das informantes. Deste modo, embora tivéssemos um roteiro básico que nos serviu como guia, a cada entrevista as questões poderiam ser alteradas de acordo com os rumos que o informante fosse dando à conversa. Com inspiração na pesquisa realizada por Erliane Miranda como trabalho de dissertação (Miranda, 2009), a partir da oitava questão o roteiro poderia sofrer uma ramificação relativa ao acompanhamento ou não de um psiquiatra ou um outro médico no tratamento.

A média de duração de tempo das entrevistas foi de quarenta e cinco minutos a uma hora e meia. Variando de acordo com o nível de tensão que a temática da pesquisa provocava nos informantes. Ao todo foram, portanto, feitas 13 entrevistas semiestruturadas, sendo seis com homens e sete com mulheres. Quanto ao perfil das colaboradoras e colaboradores, o grupo apresentou bastante variações na faixa etária, nas atividades profissionais, na renda, na escolaridade e no tipo de substâncias das quais faziam uso.

Em relação aos elementos que lhes une, podemos destacar alguns pontos. Todos os entrevistados e entrevistadas terem buscado tratamento psiquiátrico há pelo menos três anos, já tendo alguma intimidade com o *modus operandis* deste saber médico, com os efeitos dos remédios, e tendo já tendo condições de elaborar impressões mais concisas acerca dos usos desses medicamentos, dos seus efeitos e das suas reações. Outro aspecto diz respeito a todos e todas as entrevistadas serem moradores de capitais (Recife e João Pessoa) e estarem imersos em um cotidiano comum de estresse, aceleração do ritmo de vida, grande fluxo de informações etc. próprios das metrópoles.

O termo psicofármacos, tal como utilizado na literatura, é um termo que abrange as substâncias químicas que agem na mudança de comportamento, ou seja, um psicotrópico ou medicamento psiquiátrico. Falando especificamente dos medicamentos

psiquiátricos pode-se dividi-los em quatro principais categorias: 1 - ansiolíticos/hipnóticos, os ansiolíticos controlam a ansiedade, os hipnóticos induzem o sono; 2- antidepressivos, que se dividem em três tipos de medicamentos que agem em partes diferentes do cérebro (tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina e/ou noradrenalina e inibidores da enzima MAO); 3- antipsicóticos que são utilizados para o tratamento de esquizofrênicos e outras perturbações psicóticas; 4- estabilizadores de humor, que regulam o humor e são utilizados principalmente no tratamento do transtorno bipolar. Nas entrevistas realizadas, exceto o tipo 3 de medicamento foi mencionado.

3.4. Do perfil das e dos entrevistados

Abaixo traçamos um quadro com uma breve caracterização dos e das entrevistadas, bem como a identificação dos medicamentos que eles já fizeram uso ou ainda consomem. Alguns nomes foram alterados a pedido das entrevistadas.

Maria, 21 anos. Maria é estudante de pedagogia. Mora em um bairro periférico da cidade do Recife em uma casa com seu pai e sua mãe. É filha única e é a primeira da família a cursar um curso superior. Ela foi diagnosticada com síndrome do pânico e ansiedade. Faz uso de antidepressivo e ansiolítico afirmar sentir muito medo e dificuldades com a vida prática, por isso abandonou a universidade no segundo período, mas pretende voltar. Tem um namorado com quem está junta há três anos.

Ana, 47. Ana é dona de casa e empregada doméstica. É casada há muitos anos e mora em um bairro periférico do Recife. Estudou apenas até a quarta série e começou a frequentar o centro de atendimento de saúde mental pública por perceber que não estava conseguindo realizar as suas atividades. Foi diagnosticada com depressão e faz uso de antidepressivo e tem acompanhamento com psicóloga. No entanto, Ana afirma não acreditar muito nesta terapia, mas no poder de cura do seu Deus. Ana é protestante e sente-se um pouco envergonhada em estar usando o medicamento, por às vezes desconfia que seja um sinal de falta de fé, apesar de afirmar que Deus usa os médicos para curar. Não está conseguindo manter a frequência no culto de sua igreja, o que a faz ficar bastante ansiosa. Oscila entre a autoridade do médico e de seu pastor.

Karla, 41. Karla é uma mulher extremamente criativa. Desenha, compõe, é jornalista e formada em psicologia. É casada e mora em um bairro nobre do Recife. É a filha do meio de três irmãs. Foi diagnosticada com distímia e síndrome do pânico. Para

estes transtornos faz uso de um medicamento antidepressivo e de um ansiolítico. Diz sentir-se inadequada com o mundo, não saber se portar nas situações sociais e ser incapaz de expor as próprias vontades. Afirma que não sabe lidar com as emoções cotidianas e isso a atrapalha muito de ter uma vida normal.

Paulo, 35. Pablo é desenhista, compositor, cantor e formado em jornalismo. Vem de uma família de artistas e não consegue se vincular a nenhum emprego formal. Mora com os pais e toma medicamentos por indicação de um médico amigo da família. Não sabe ao certo de que transtorno sofre, mas desconfia de uma depressão leve. Faz uso de ansiolítico e antidepressivo.

José, 57. José é funcionário público federal. Casado e com três filhos. Uma filha do primeiro casamento, e dois do terceiro. Sempre faz menção a eles em todos os momentos da entrevista. José possui uma história de distância com os pais. Foi criado por amigos da família e sente uma dívida com os filhos que parece ser a sua maior motivação na vida. É de uma família pobre, mas através do trabalho conseguiu uma situação financeira “bastante confortável”. É uma pessoa que diz ser simples e de poucas ambições. José foi diagnosticado com depressão e ansiedade por um médico cardiologista. Faz uso de ansiolítico e antidepressivo, mas além disso faz terapia e exercício físico e acredita na música como fonte de cura. É músico, dividindo apenas com essa atividade o prazer de estar perto da família.

Carlos, 40. Carlos está no seu segundo casamento. Está cursando direito, curso que havia abandonado por conta da depressão. Perdeu dois filhos e atribui a isso a causa de sua depressão, pois foram perdas bastante traumáticas para ele. Foi nessa ocasião que tomou pela primeira vez um ansiolítico. Sua família tem um envolvimento com política e ele demonstra uma grande preocupação com questões relativas às suas lutas ideológicas. Frequenta diversas religiões, as quais atribui um enorme potencial de cura. Foi diagnosticado com depressão em 2010, desde quando faz uso de Bupropiona e de um ansiolítico. Descreve sua situação como uma postura exageradamente melancólica e cautelosa diante da vida que precisa ser normalizada, sob a pena de não conseguir ter uma vida dentro dos padrões exigidos.

Felipe, 27. Felipe é solteiro, trabalha como servente de pedreiro. É morador de um bairro periférico do Recife. Estudou até o terceiro ano, mas não quis fazer faculdade. Felipe procurou o Centro de atendimento impulsionado pela sua mãe, que, de acordo com ele, percebeu que ele estava com o humor muito inconstante. Foi diagnosticado

com síndrome do pânico e ansiedade. Já deixou o grupo de tratamento, mas continua tomando ansiolíticos pra “se sentir mais calmo”.

João, 51. João é advogado. Casado em segundo casamento. Com o primeiro possui um filho e com segundo três enteadas. Seu pai foi um homem muito trabalhador e batalhou muito para criar 8 filhos. Era um homem do interior e com pouco estudo formal, assim como sua mãe. O trabalho é uma questão fundamental para a sua narrativa de si. João sofreu um acidente e desde então desencadeou um processo de depressão, pânico e ansiedade. Não consegue mais desenvolver o trabalho da maneira que acha que deveria e em sua compreensão isso é a verdadeira causa dos seus sofrimentos. Foi a diversos psiquiatras e médicos, todos eles receitaram antidepressivos e ansiolíticos. Mas a sua relação de confiança com os médicos não consegue se estabelecer. Por conta disso toma o remédio e para de tomar quando decide, sem o aval do profissional da medicina que o acompanha.

Rafael, 24. É filho único de pais separados. Estudante de pós graduação. Seu pai é médico e foi ele quem lhe receitou o remédio. Rafael é diagnosticado com bipolaridade, depressão e ansiedade e faz uso de estabilizantes de humor, antidepressivos e ansiolíticos. Acredita que não tem nenhuma dessas doenças, mas acha que qualquer pessoa deveria tomar esses remédios, pois deixam a vida mais leve e mais divertida. Diz ter bastante prazer na sensação que principalmente ansiolítico lhe traz, definindo o seu uso como “recreativo”.

Vinícius, 32. Vinícius é formado em um curso técnico e sempre atuou como agrônomo. Mora na zona Norte do Recife e é de uma família de classe média, mas não tem as ambições típicas desse segmento social. A atividade que mais lhe deixa perto daquilo que acredita ser a felicidade é o surf. Pratica essa atividade desde adolescente. Aprendeu com o pai e afirma não se ver longe do mar. No entanto, há dois anos teve uma crise de pânico e se afastou do surfe, assim como do trabalho. Foi diagnosticado por um psiquiatra, começou uma terapia mas abandonou. Faz uso de ansiolíticos mesmo sem um atual acompanhamento médico.

Socorro, 37. É dona de casa, formada em Ciências Políticas. Nasceu no interior de PE, mas mora hoje em Brasília. Foi criada pela irmã mais velha, mas tem um vínculo muito forte com os pais, que ainda moram no interior de Pernambuco. Maria do Socorro faz diversas atividades físicas e demonstra ter muita fé em “algo superior”. Gosta de uma vida simples e não tem grandes planos. Diz estar satisfeita em cuidar da família e ser dona de casa, mas às vezes diz se sentir humilhada pelas outras mulheres que

possuem emprego e uma carreira. Foi diagnosticada com depressão, síndrome do pânico e ansiedade. Foi diagnosticada pela sua ginecologista com Síndrome do pânico e depressão. Para estes transtornos, toma antidepressivo e ansiolítico. Faz terapia há três anos.

Cristiane, 37. Cristiane é solteira, tem um filho e é moradora de uma periferia do Recife. É diarista (serviços domésticos). Ela começou achar que havia algo de errado quando começou a negar faxinas mesmo precisando de dinheiro. Procurou o centro de atendimento através da indicação de uma médica do SUS e começou um tratamento. Lá descobriu a depressão e hoje se sente confortável com esse diagnóstico, disse até achar chique ter uma doença assim, de rico. Faz uso de ansiolítico e de antidepressiva e continua frequentando o grupo de apoio.

Maria do Socorro, 53. Rosa está no seu segundo casamento. Nasceu no estado do maranhão e veio morar com a tia ainda muito pequena, aos oito anos de idade. É mãe de três filhas e gosta muito de trabalhar. É professora do Estado de Pernambuco. Foi diagnosticada com síndrome de pânico e depressão, e hoje afirma sofrer de ansiedade em consequência da síndrome de pânico. Testou vários medicamentos como Prozac, Fluoxetina e Remeron. Começou a tomar medicamentos por prescrição de um cardiologista, mas depois começou a ser acompanhada por psiquiatra, com o qual manteve contato durante alguns anos e fez ainda diversas terapias, mas não se identificou com nenhuma. Hoje não faz nenhuma das duas coisas, mas continua tomando ansiolítico por conta própria.

3.5. Da análise dos dados

A partir do roteiro pré-estabelecido dividimos a entrevista em blocos temáticos. Posteriormente ao realizá-las identificamos alguns temas que se repetiam e que se mostraram mais significativos para a análise. Ordenamos uma espécie de tabela que pudesse registrar essas recorrências e identificamos os aspectos semelhantes para criarmos tópicos de análise. Como buscamos uma inspiração fenomenológica e nos interessou ouvir as narrativas e trajetórias particulares de cada indivíduo, os temas que apareceram com menos frequência e que, por muitas vezes, não estavam presentes no roteiro de entrevistas também formaram um rico material para a análise, sendo também incorporados.

As temáticas que mais chamaram a nossa atenção – pelos motivos acima-giraram em torno das repetições envolvendo a objetividade do sistema e o contexto de medicalização, e a justaposição destas com as narrativas de cada uma das pessoas entrevistadas: os seus motivos, projetos, suas resistências, a reflexividade exercida, a percepção crítica dos sujeitos dos pontos negativos e positivos do uso dessas substâncias e a criação de estratégias para lidar com eles.

Vamos, no próximo capítulo, adentrar na análise que foi feita dos dados coletados e das questões que foram suscitadas a partir do olhar para eles. Conhecer essas pessoas foi um processo bastante intenso. Muitas transformações em relação aos estereótipos dos usuários de psicofármacos aconteceram ao longo das entrevistas. Adentrar as vidas dessas pessoas sob o mote de uma temática por vezes embaraçosas não foi um trabalho fácil, a sensação de invasão – dado o tema com o qual tratávamos – por vezes quis retrain a minha investigação. No entanto, percebi que aos poucos uma grande abertura se fez na relação que estabelecemos, e a necessidade de falar sobre si, sobre suas vidas, contar as suas histórias tomou a tônica de nossa interação.

Capítulo 4

Sobre a experiência narrada: impressões sobre a experiência do uso de psicofármacos

Compartilhamos uma sociedade em que o sofrimento é entendido como um problema a ser extirpado da vida e sobre o qual incide uma gama de estratégias biopolíticas baseadas na interferência do saber médico. As pessoas que entrevistei obviamente estão inseridas neste contexto societário e compartilham destes signos sociais que estão disponíveis, e destas estratégias em curso para lidar com os seus sofrimentos e suas subjetividades. Não podemos deixar de considerar que as patologias que cada uma das pessoas entrevistadas carrega e vivencia são engendradas no interior de um discurso médico que apreendeu o sofrimento em uma ordem bioquímica, sendo por vezes um efeito discursivo produtor dessa verdade.

No entanto, assim como afirmou Schutz, apesar de estarem em um mundo pre-estruturado e compartilhado, cada pessoa - a partir de sua biografia, estoques de conhecimento e relevâncias- estabelecerá seus próprios significados e sentidos sobre este mundo que experimentam intersubjetivamente. Deste modo, uma análise que se atenha apenas à descrição das alternativas e possibilidades oferecidas pela sociedade/cultura não poderá compreender como são construídos em contextos específicos os complexos processos de escolha e decisão de tratamento.

De fato a solução médica e bioquímica demonstrou-se bastante demandada pelas informantes, mas só no encontro com as vidas ganham um sentido subjetivo. Sendo assim, todas as pessoas com quem falamos consideram-se em um adoecimento psíquico, mas elaboram significados advindos de suas trajetórias, usando os seus estoques de conhecimento a mão para isso.

4.1. Narrativas do sofrimento

Mas, é importante observar que, se as alternativas que o mundo social oferece estão fora de controle dos indivíduos e são todas igualmente possíveis, o projeto e aquilo que seleciona como elementos importantes está dentro de seu controle. Portanto, não se pode identificar o contexto sociocultural com aquelas que não são alternativas pré-constituídas, mas decorrências de construções dos indivíduos.

Já é sabido por nós que a medicina elabora e organiza um discurso acerca do sofrimento e daqueles que sofrem, que ao que vimos se estrutura em torno da redução do sofrer a um conjunto de sintomas que expressa uma desordem na composição da bioquímica cerebral. Os sentidos médicos do sofrimento reduzem-se, assim, aos seus aspectos biológicos. Mas, ainda que estejam imersos nesse repertório, os sentidos elaborados pelas pessoas entrevistadas não se encerra nele, extrapolando-o no encontro com suas biografias, na medida em que se valem de seus estoques de conhecimento à mão.

Deste modo, as narrativas das pessoas que entrevistei revelam, de fato, uma vontade de organização da vida livre dos inconvenientes que o sofrimento psíquico lhes traz. Aqui toda a carga de um contexto social de medicalização do sofrimento aparece de maneira forte, e se fará perceptível na medida em que o sofrer aparece nas falas como uma anormalidade bioquímica a ser corrigida pela interferência médica para que se possa gozar de uma “vida normal”. No entanto, o discurso médico não se exerce sem encontrar resistências: há um encontro claro com as histórias, motivos, anseios, projetos etc. de cada indivíduo, gerando experiências particulares, embora ancoradas em um contexto comum.

Enfim, há uma reflexividade que possibilita aos indivíduos se afastarem do contexto societário hegemônico e construírem sentidos próprios para as suas ações, vivenciando experiências genuínas e com um espaço de criação considerável. Essa reflexividade advém de suas trajetórias e posições, daquilo que acessam ao longo da vida e que compõe suas reserva de conhecimento.

“Sofrimento é você não se adequar, andar nas pontas dos pés pra ser imperceptível. Não ter coragem nem pra saber que sente raiva, não ser capaz de dizer não a ponto de nem sequer saber se você quer dizer sim ou não. Medo de perder o amor das pessoas. Taquicardia e ansiedade que não te deixam tocar a vida prática de uma forma saudável. Culpa é sofrimento. Culpa de existir, de dar trabalho a alguém, de ter dado trabalho algum dia. De não ser tão boa. De ter gente morrendo de fome enquanto você dorme e come bem. De ter duas pernas e dois braços, de não ter câncer enquanto existe câncer. De não ter fome enquanto existe fome. Culpa de ter sorte. E por aí vai...” (Karla, 37)

“Sofrimento, pra mim, sofrimento é tudo aquilo que me causa dor, que me causa incerteza, que me causa distanciamento dos meus objetivos. Pra mim sofrimento é isso. Resume tudo, porque quando a gente perde o controle da vida, do dia a dia, isso termina sendo o maior sofrimento”. (Maria do Socorro)

As definições de sofrimento dadas pelas entrevistadas e entrevistados foram diversas, e as referências variaram de acordo com cada uma das pessoas, com as trajetórias e situações biográficas que apresentavam, misturando-se às referências culturais disponíveis das quais já falamos neste trabalho. Ou seja, **a própria noção de sofrimento está ligada às biografias, aos sistemas de relevância, àquilo que cada um considera importante para a vida.**

Mas no interior desta polissemia relativa às maneiras como o sofrimento é narrado e das formas como ele é compreendido, alguns pontos em comum surgiram. , uma das primeiras e mais marcantes coisas em comum percebidas por mim nas entrevistas foi a definição do sofrimento em referência à ameaça que ele representa ao sentimento de integração dos sujeitos na sociedade. Embora os sentidos de sofrimento tenham se mostrado distintos para cada pessoa, este é um ponto de convergência em todas as falas que escutamos. Vejamos algumas delas:

Sofrimento é a sensação de ser tomado por uma dor e essa dor não lhe deixar fazer mais nada. Não lhe deixar fazer o que você precisa fazer e aí você perde a conexão com as coisas, você perde a noção até de quem você é (Paulo, 35).

Para Paulo, a dor (psíquica) está fortemente à ameaça ao seu sentimento de integração e o sofrimento sentido como a dor da fragmentação, de não ter um self perfeito na forma de uma fragmentação do eu:

“Sofrimento, de verdade, é quando você começa a não estar mais presente na vida: você não consegue cuidar da sua casa e da sua família, não consegue trabalhar, não consegue se divertir” (Socorro, 37)

Para Socorro, o seu pertencimento e a integração ligam-se diretamente a uma certa noção de normalidade que está profundamente ligada ao cuidado da casa e da família. Além de estar relacionada a uma inserção nas exigências de uma sociedade que institui um imperativo do prazer . Não poder, não conseguir sentir prazer é um definidor

do sofrimento para Socorro. Aqui o prazer e o divertimento estão ligados em grande medida ao conforto. Socorro teve um histórico de consumismo que ela diz ter herdado da irmã. O consumo aliviava as mágoas de não ter a família perto, mas com a depressão ela afirma ter perdido também esse prazer.

É perder os vínculos com as coisas que você sempre teve vínculos. É nesse momento que se torna um problema e você tem que pedir ajuda (Karla, 41).

O esgarçamento dos laços aparece para Karla. Não apenas os vínculos familiares – ela possui uma relação estreita com a mãe e as irmãs, a quem visitava todos os finais de semana.

Eu visitava minha mãe, junto com as minhas irmãs todo final de semana. A gente almoçava juntas. Ela cria um monte de cachorros, eu adoro cachorros. Aquilo me fazia um bem danado. Tô voltando agora, aos poucos. Mas perder isso pra mim era uma das maiores definições de sofrimento. Junto também com a música e o desenho (Karla, 41).

Também para Rafael o sentimento de pertencimento, ou a falta dele é definidor para se considerar doente, padecendo de um mal estar psíquico. Rafael tem apenas 24 anos e a sensação de isolamento, a não adequação define para ele o sofrimento. Rafael passou por um momento de obesidade que foi corrigida, mas afirma que ainda não conseguiu se reintegrar: "É como se você não fizesse mais parte da sociedade, uma pessoa completamente à margem. Sofrimento é isso." (Rafael, 24).

A ameaça à integração a que nos referimos é sentida através de variados aspectos por cada uma das informantes – trabalho, vida amorosa, família, projetos pessoais, religião - mas todas elas giram em torno de certo sentimento de improdutividade, de inutilidade, de ineficiência e descontrole em relação à própria vida. Como vimos, a contemporaneidade é marcada pela radicalização do *ethos* moderno que envolve a agilidade, a praticidade, a funcionalidade, a produtividade como valores fundantes de um estilo de vida, constituindo-se como pilares do modelo de individualização e subjetivação a ser seguidos que se tornam cada vez mais sólidos

(Miranda, 2009; Ferreira, 2011; Giddens, 2001). É justamente quando coloca em xeque essas características que o sofrimento emerge como um problema a ser resolvido.

Notemos nas falas que seguem como os repetidos usos do termo “nada” evidenciam um desconforto diante da improdutividade; e como sentir-se “improdutivo” revela ser um elemento fundamental para a significação da experiência do sofrimento.

Karla contou-nos que foi ao perceber-se em um estado de inércia diante da vida e incapaz de agir que os sofrimentos psíquicos que a acometem/acometiam começaram a ser realmente percebidos como um inconveniente à ordem da sua existência:

“Eu passei dois anos assistindo televisão. Sem fazer nada. Quando me dei conta disso entrei em desespero, ninguém pode viver assim”. (Karla, 41)

Assim também Paulo narrou a improdutividade como o aspecto que o levou a olhar para os sentimentos de sofrimento, para a maneira como as angústias se manifestam na sua vida com algo a ser tratado - em suas próprias palavras.

“Fico sem conseguir produzir nada. Não desenho, não componho, não faço mais nada... . Essa sensação de ser um zero à esquerda é... poxa... desoladora. Isso é um problema, né? Tem que tratar” (Paulo, 35)

No caso de Ana, a improdutividade percebida através do trabalho também apareceu de maneira bastante evidente:

“O maior problema pra mim foi com o trabalho. Fiquei sem trabalhar durante muito tempo. Daí vem todo mundo te cobrando: pai, mãe, avó... aí vem os amigos te cobrando: ‘mas cê não ta trabalhando? Não ta procurando nada? Tem alguma coisa em vista?’ E cada não que eu dava pra essas respostas era como uma confirmação de que sua vida não vale nada mesmo” (Ana, 47).

Para João isso aparece de forma ainda mais grave, o trabalho significa para ele a continuidade do legado de seu pai. A sua história é permeada por essa valorização. Quando o sofrimento o tira do ritmo de vida da produção do trabalho a sua noção de eu sofre uma desestabilização, que é lida como um adoecimento.

"Quando me deu as crises, a primeira coisa que eu pensei foi: como é que eu vou ter força pra trabalhar? Como é que eu vou conseguir, meu Deus? Olhe... eu sem trabalho, é como um pássaro sem voar, um peixe sem nadar (risos). Eu fico sem saber mais nem quem eu sou. E essa danada dessa doença afetou logo isso. Isso num é normal, pra mim pelo menos não. Aí graças a Deus eu fui no médico pra ver isso e tô melhorando, já tô trabalhando, produzindo normal no trabalho..."

É ao experimentarem a sensação de não estar sendo úteis e produtivos, de viverem uma vida permeada pela ineficiência que o sofrimento é vivido como uma anormalidade e, conseqüentemente, que a busca pela restituição da normalidade se faz urgente. E esta busca pela normalização se dá através da intervenção médica. As falas de Vinícius e de Ana nos trazem isso:

"A sensação de não ta fazendo nada de útil é horrível. Nessa condição (de síndrome do pânico) a pessoa fica sem conseguir desenvolver nada, porque fica com outro ritmo de vida. Eu me sentia um inútil, sem conexão com a vida prática. Aí eu notei que aquilo não era normal e resolvi procurar uma ajuda médica, um psiquiatra, no caso" (Vinícius, 32).

"Eu quero ser uma pessoa normal, alegre, que sai de casa, que tem uma vida normal, não quero ser essa pessoa doente, triste. O mundo ta aí cheio de coisas bonitas, cheio de prazeres... eu quero aproveitar. Ter uma tristezinha é normal, mas viver sofrendo, eu acho que não é não. Aí eu tomo os remedinhos que o médico lá passou pra me sentir bem".(Ana, 47).

Para alguns informantes os sofrimentos não são pensados como um problema a priori, mas como algo que faz parte da própria vida, como fenômenos naturais com os quais é preciso lidar e dos quais não é possível escapar. No entanto, começam a ser vistos como problemas justamente quando passam a interferir na produtividade das

peessoas, quando afetam a sua relação com o mundo especificamente neste aspecto. É o caso de José, de Maria do Socorro e de Ana:

“O sofrimento existe na vida, é um elemento que existe na vida já que a gente não tem como se desapegar das coisas matérias, então sempre vai ter uma perda, sempre vai ter um desapontamento, a própria questão da morte, das separações... tudo isso faz parte da vida, as dores em geral,. Então são coisas que a gente tem que enfrentar. Nesse caso aí, não creio que seja recomendável a gente tomar um medicamento pra anestesiá-la daquela dor, como se toma um analgésico pra se curar da dor de cabeça. O sofrimento e a dor são pra enfrentar da melhor forma possível... mas quando você não ta conseguindo fazer as coisas da sua vida, não ta conseguindo cumprir seus compromissos, quando você pára de ser uma pessoa produtiva”. (José, 57)

“Olhe, eu tive minha primeira crise de pânico... foi em 94. Eu tive a minha primeira crise de pânico, aflorou, né? Por que na verdade eu já tinha sentido sintomas, só que não me impediam de trabalhar normal, mas em 94 eu tive realmente uma crise de pânico que me levou de imediato a procurar um profissional, um psiquiatra [...] Por que começou a interferir na minha vida prática, eu parei de fazer as coisas, de produzir. Aí eu comecei meu tratamento na época”. (Maria do Socorro, 53)

“Olhe, o sofrimento não é o problema. Eu acho até que é uma coisa normal. Tem essa pessoa que num sofre, que num tenha um problema? Tem não. O homem ele está aqui na terra para passar por sofrimentos também. Mas o problema é se entregar ao sofrimento é deixar de fazer as coisas...” (Ana, 47).

Eu pergunto a Ana o que seria se entregar ao sofrimento:

Se entregar ao sofrimento... eu vou lhe dizer, é assim: é você ficar prostrada, paralisada. É você não fazer mais nada. Não se levantar da cama, não ir trabalhar, num arrumar nem a casa. Deixar a vida passar, sabe? Não ter coragem pra fazer as coisas. A pessoa vira uma doente em cima de uma cama, sem fazer parte mais do mundo.

Por ameaçarem seu sentimento de integração e pertencimento, os sofrimentos psíquicos como a ansiedade, a depressão, o pânico, a bipolaridade etc., além de gerarem as angústias óbvias, são percebidos pelas informantes como a representação de um fracasso diante das exigências da sociedade, como uma inadequação com relação às “maneiras certas de existir”.

“Sofrimento é você não se adequar, andar nas pontas dos pés pra ser imperceptível (Karla, 41)

“Olhar para um mundo que parece ter sido feito pra a gente aproveitar, cheio de tantos apelos pra ser feliz, pra gozar, ter prazer... a sensação que dá é a de que você é uma pessoa totalmente inadequada, uma pessoa fora de contexto” (Rafael, 24).

“Como eu tava falando, né? Angústia... de impotência, a gente se sente... meio incapaz de fazer as coisas, de enfrentar os problemas, e isso deixa a gente, é.. sem ação. Aí a gente pra que não... esse quadro não se estenda, não prejudique mais, aí é qd a gente recorre justamente ao ansiolítico” (Maria do Socorro, 53).

Os sofrimentos são, assim, vistos como espécies de falhas na constituição das identidades, porque geram uma incapacidade para a execução de um modo de vida em acordo com aquilo que é valorizado na sociedade. Se apresentam, então, como manifestações de um Self imperfeito e faltoso que precisa ser corrigido sob a pena de se viver uma vida de fracasso, como aparece na fala de Vinícius:

“me achava um fracasso total, ficava com vergonha de encontrar com as pessoas porque não tava conseguindo seguir a vida. Isso é muito louco, eu fico achando que não to sabendo o que fazer com

a minha própria vida, sensação de que eu to fazendo tudo errado”.
(Vinícius, 32)

Assim, ao procurar ajuda psiquiátrica, as informantes demonstraram ter ido em busca de corrigir o que consideravam/consideraram uma falha na construção do Eu - provocadas pelos sofrimentos psíquicos de que são acometidas. -, e que os impediam/impedem de exercer suas identidades da maneira desejada.

Eu comecei a usar o medicamento por que eu não queria parecer uma pessoa o tempo todo pra baixo, que não se alegra com nada, não gosta de nada, que nunca tá de bem com a vida. Acho isso um saco. As pessoas não gostam de gente assim, não é verdade? Você gosta? Ninguém gosta... (Rafael, 24).

Eu quis procurar um médico porque eu cansei de ser uma pessoa que eu não gostava. Eu ficava olhando pra todo mundo seguindo suas vidas e me dava muita angústia olhar pra a minha parada (Maria,21).

Na maioria das falas os sofrimentos remetem, portanto, a uma inabilidade para controlar a própria vida que gera um mal estar em relação à autopercepção e um desconforto em relação à imagem de si que é apresentada para os outros.

“Sofrimento, pra mim... sofrimento é tudo aquilo que me causa dor, que me causa incerteza, que me causa distanciamento dos meus objetivos. Pra mim sofrimento é isso. Resume tudo, porque quando a gente perde o controle da vida, do dia a dia, isso termina sendo o maior sofrimento”. (Maria do Socorro, 53)

No começo eu até achei meio chique ter depressão (risos). Mas na verdade é como se eu não tivesse as rédeas da minha própria vida. Uma sensação muito ruim de que você não controla a própria vida. Com o remédio isso muda, fica melhor. (Cristiane, 37)

Imagina o que é uma pessoa chorar por tudo? Pronto! Aí essa pessoa não faz mais nada, né? não trabalha, não estuda, não namora... (risos), não consegue fazer nada com a vida, fica meio a mercê dessas emoções que vem do nada, perde mesmo o controle (Maria, 21)

A sensação de adoecimento advém da percepção desta inabilidade, deste descontrole em relação à própria vida. A angústia entendida como patologia aparece diante da incerteza e da indefinição das coisas. Maria do Socorro relatou isto em uma de suas falas:

“Não sei... Acho que uma mistura de tudo. Trabalho. A responsabilidade de criar filho, você não conseguir ter as coisas como você gostaria que tivesse. Aí isso vai desencadeando uma insatisfação que se transforma em uma síndrome. Você vai se afastando daquilo que você não consegue controlar, e termina refém, justamente, no meu caso, do pânico. Que eu não tive a chamada depressão, né? Eu tive síndrome do pânico, que hoje eu controlo. Não tenho crises como eu tinha, mas ainda tenho essa mistura de angústia, principalmente quando eu não consigo ter as coisas que eu gostaria de ter bem definidas, e vira uma bola de neve, porque eu entro numa crise e aí é que eu não consigo controlar as coisas. Aí quando chega nesse nível já é um nível de adoecimento”.

Em uma sociedade do (auto)controle, o descontrole revela-se um grande problema e é vivido como uma incompetência diante da vida. Como foi discutido, vivemos em uma época que reivindica uma “responsabilidade de si” que será cobrada aos indivíduos por várias instâncias e agentes sociais: medicina, educação, mercado de trabalho etc. A menção a um sentimento de culpa e de vergonha advindos desta falta de controle é também bastante comum nas falas das informantes.

“Eu não conseguia fazer nada por mim e me sentia culpada por tudo. Ficava vindo na minha cabeça o tempo todo que eu precisava fazer alguma coisa” (Maria, 21)

“Ficava com vergonha de encontrar com as pessoas porque não tava conseguindo... como eu posso dizer? É... fazer alguma coisa de útil com a minha vida. Todo mundo com seus planos, tocando seus projetos, se dando bem, e eu parado no tempo, saca isso?” (Vinícius, 32).

“Basicamente, sentimento de culpa e/ou de impotência diante de fatos da vida; culpa por ser impotente” (Carlos, 40).

“Eu me sentia culpada por que a vida tava passando e eu não tava fazendo nada por mim. Culpada por não ta estudando, culpada por não á trabalhando, por não estar sendo feliz. Por que eu acho que a gente ta aqui pra ser feliz, e ficar perdendo tempo se lamentando...” (Cristiane, 37)

Sendo os sofrimentos encarados como descontroles, a opção pela procura da psiquiatria e a decisão de fazer uso dos medicamentos representa um momento de empenhamento na própria vida e de gerenciamento da identidade. Ao falarem sobre os motivos pelos quais procuraram ajuda psiquiátrica, a retomada desta espécie de auto engajamento apareceu de maneira bastante forte:

“Chega uma hora que não dá mais pra ficar à deriva, ficar desgovernado. Foi aí que eu decidi cuidar da minha própria vida, fazer alguma coisa por mim. Aí decidi procurar um psiquiatra e tomar remédio (...) eu já sabia que era caso de remédio”. (Maria, 21)

“Eu me vi uma pessoa totalmente sem atitude. Ficava o dia inteiro no sofá, sem coragem pra nada. Isso me incomoda muito: ficar olhando a vida passar, sem fazer nada por falta de força. Foi

quando tomei a decisão de procurar recursos pra minha situação”
(Karla, 41).

“Aí que vi que precisava fazer algo, tomar as rédeas da minha vida, me ajudar” (Cristiane, 37).

Os psicofármacos são, portanto, os operadores deste (auto) controle, na medida em que são entendidos como tecnologias capazes de devolver – com rapidez e eficiência – aos indivíduos a sua capacidade produtiva; tornando-os novamente aptos a vivenciarem o mundo do trabalho, o consumo, a vida amorosa, familiar, tornando-os aptos para construírem uma vida de prazer e de felicidade (Aguilar, 2004 Birman, 2009). Assim, esses medicamentos visam não apenas curar males, mas sobretudo produzir um estilo de vida, revelando-se como mecanismos biopolíticos de gestão dos corpos e das subjetividades (Foucault, 2001).

Em relação a busca pelo autocontrole e pelo auto engajamento em prol de galgar um estilo de vida incentivado e aceitável, a fala de Paulo nos traz aspectos interessantes: "Olha, mesmo sempre criticando e tendo um pé atrás com esse tipo de tratamento com remédios, com todos esses diagnósticos... eu sempre fui crítico a isso tudo. Mas foi uma sensação muito louca quando eu comecei a tomar o antidepressivo, de que eu ia enfim poder ter condição de ter uma vida que eu queria, que eu admirava.

Então eu passei a querer muito isso".

A biopolítica dos sofrimentos aparece de maneira bastante clara em sua dimensão de exercício do governo das vidas em prol da produção e reprodução de determinada ordem (Foucault, 2011). Não é difícil fazer a ligação entre as exigências de produtividade, utilidade, autocontrole, eficiência e bem-estar, ao contexto do capitalismo contemporâneo que demanda a um só tempo força de trabalho e consumidores.

Medo, frustração, angústia, incerteza, insegurança com a vida etc. são sentimentos normais da vida cotidiana que quando agrupadas através da mediação médica ganham a forma de sintomas de distúrbios mentais a serem tratados quimicamente. Ao que tudo indica, essas emoções sempre estiveram presentes na vida dos seres humanos, mas começam a ser entendidas como doenças quando capturadas

pelo discurso médico normativo, que passa a diagnosticá-los e classificá-los, para posteriormente tratá-las. Nesse sentido de perceber como os sujeitos incorporam o saber médico e o aceitam como forma de dar lugar às suas existências, como garantia de uma "segurança ontológica" (Gidens, 2001) para seguir as suas vidas, trago ainda a fala de José:

“Saber que eu tenho depressão, entender como o meu cérebro funciona é fundamental pra me dar a sensação de estar mais seguro, entende? Eu sei que tem um defeito no meu cérebro e sei que o remédio que eu tomo é capaz de corrigir isso. Então tudo vai ficar bem, as coisas vão voltar pra o lugar delas”.

Os psicofármacos aparecem como uma forma de gerenciar a segurança do Eu em uma sociedade de riscos constantes, dados pelo ritmo e pela dinâmica de vida nascidas dela mesma: agitação, rapidez, grande fluxo de informação etc. (Simmel, 2005). Amparados no saber médico, os sujeitos acessam essa segurança através da dicotomia que a medicalização opera entre normal e patológico: sabendo que há uma patologia, sabe-se também que é possível curá-la, normalizá-la.

Mas, como afirma Schutz (1979), a experiência não é linear e homogênea, e não é apenas em busca de reatar o seu sentimento de adequação aos padrões sociais que os sujeitos estão. Do mesmo modo que se anseia pela adequação aos padrões, as informantes expressaram desejar sentir que estão no exercício de “autoria das próprias vidas”. Desta forma, constituir-se como um sujeito autônomo, livre e criativo, capaz de exercer as suas escolhas e de construir e executar projetos de vida se revela como um elemento importante na construção da experiência com os psicofármacos.

Assim, ao mesmo tempo em que procuram construir uma integração com a sociedade e demonstram certa ansiedade em corresponder às expectativas postas; ao buscar reorganizar as suas subjetividades mediante o uso de psicofármacos as pessoas intencionam resgatar os vínculos com as coisas que identificam de mais significativas na sua relação com o mundo e que julgam ter-se perdido ao longo do processo de “adoecimento”. Os indivíduos não apenas se submetem à medicalização, mas criam estratégias de subjetivação a partir do uso dos medicamentos, vinculando esta ação aos seus afetos, seus interesses, suas prioridades, seus projetos. Vejamos algumas falas:

Quando perguntei a Karla que motivos a levaram a procurar ajuda psiquiátrica e começar a tomar os medicamentos ela me respondeu da seguinte forma:

“Como eu disse, eu me sentia uma pessoa inadequada. Eu queria simplesmente me adequar”.

Mas apesar de ter afirmado que queria apenas se adequar, após alguns segundos de silêncio a sua fala se completa da seguinte forma:

“Eu queria simplesmente me adequar... E fazer as coisas que eu gosto de fazer e que me dão a sensação de estar viva: ali, quietinha e viva, entende? as coisas que eu acho que me conectam com a vida.

Isso me faz bem e é nisso que eu penso”.

Pergunto a ela que coisas são essas, e ela me responde:

Cantar, desenhar... coisas que eu gosto desde muito menina, que me lembram de quem eu sou [...] sem os remédios fico insegura pra fazer essas coisas, acho tudo besteira (risos).

A busca por adequação está ligada, portanto, a aspectos particulares de sua vida, a elementos que tem sentido apenas no interior de sua trajetória particular e que lhe garantem uma identidade única.

É aqui que vemos as histórias de vida começarem a emergir como um elemento fundamental da experiência de significação do uso de psicofármacos. Pois é apenas no diálogo com as suas histórias individuais que os indivíduos são capazes de, diante das inúmeras possibilidades, selecionar o que é importante para compor suas ações e suas experiências.

Para José, por exemplo, a grande perda que a depressão lhe trouxe foi o distanciamento do cuidado com os filhos, a incapacidade de dar conta deste aspecto. Se olharmos para a sua história veremos uma conexão imediata com este fato. José cresceu longe dos pais e em suas falas sempre faz menção ao fato dele, por conta deste traço da sua biografia, conhecer a importância de estar perto dos filhos. Afirma que viveu na pele a ausência dos pais e que não quer repetir essa mesma história, sendo este o elemento de importância selecionado para significar o uso dos medicamentos:

Eu tomo o clonazepan e o fluxetina por que... olha, eu sinto várias coisas, vários sintomas... mas eu vou te contar que a coisa que mais me fez querer ficar bom e que me fez aceitar tomar esses remédios foi o propósito de ser um bom pai. Eu tenho dois filhos: um de 10 e uma de 14. Quando eu estou em uma crise (de depressão) não consigo ser um pai como eu gostaria de ser, não consigo estar perto e cuidar como eu acho que deve ser. Olha, eu fui criado longe dos meus pais, por questões de dificuldade financeira. [...] eu sei como é importante ter a figura dos pais por perto. Essa é minha maior motivação pra buscar um tratamento, é esse o motivo de eu ta tomando (José, 57).

Para Socorro, também o cuidado com os filhos e com a família é um dos elementos centrais para dar sentido à sua experiência com os psicofármacos. Assim como José, Socorro foi afastada de seus pais muito cedo. Ela foi morar com a sua irmã mais velha e diz sentir falta de ter tido uma família nos modelos tradicionais. Por isso deseja estar bem para dar aos seus filhos isso que julga ter lhe faltado.

“Eu amo meus filhos mais que tudo. Eu podia ta preocupada com status, com mercado de trabalho, com o que as pessoas vão pensar de mim, com o que a sociedade espera de mim... mas eu to preocupada com o que meus filhos esperam, ou melhor, precisam mesmo de mim. A minha depressão, ela é minha maior dificuldade de ser uma boa mãe. Imagina você ter que levantar da cama, sem ter nenhuma vontade pra cuidar da sua família? Não é sempre que eu consigo. Então minha esperança é que esse remédio que eu to tomando agora bote as coisas no lugar pra eu poder cuidar da minha família. Vou me sentir mais feliz assim, com certeza.”.

Também as falas de Vinícius, de Ana e de Paulo trazem muito fortemente a significação da experiência de uso das substâncias numa vinculação com os seus afetos.

“Eu quero acordar e olhar pra fora pela janela num dia que tiver fazendo sole dizer: porra, vou pegar uma onda hoje, vou ligar pra

os caras e vou na praia. Eu surfo desde guri, velho... É a coisa que eu mais curto fazer na vida. De repente eu me vi com medo de pegar onda, saca? É um vazio que eu sinto. Eu quero voltar a fazer isso. Não me vejo passando a vida longe da praia. Me acalma, me deixa em paz, mas com essa doença nem isso eu consigo. Então eu tomo o remédio é pra melhorar disso aí. Controlar isso aí". (Vinícius, 32).

"Como eu já te disse, eu vejo esse remédio menos como uma cura de uma doença, e mais uma estratégia minha pra conseguir fazer as coisas que me dão prazer: desenhar, compor, tocar" (Paulo, 35)

Ana conta que o seu projeto é estar bem para voltar às suas atividades com os grupos nos quais sempre foi engajada em sua igreja e que a depressão acabou fazendo com que ela se afastasse:

Quero voltar pra igreja, pra o grupo de louvor e tudo mais. Mas exige muito, e nesse estado não dá pra conciliar as coisas todas. Tenho fé em Deus que o remédio vai ajudar a me curar.

Embora parta da medicalização, a sua narrativa a extrapola, revelando outros sentidos, como por exemplo a sua fé em algo que não provém do discurso médico.

Isso remete aos conceitos de estoque de conhecimento e sistemas de relevância trazidos por Schutz. Como vimos, os sujeitos se deparam com um mundo dado, arbitrário, imposto socialmente e anterior a eles; mas interpretam continuamente este mundo no qual estão inseridos. Os sujeitos criam classificações e tipificações próprias para determinar o que é importante em suas ações. Essas escolhas estão fundadas no sistema de relevância, que permite ao indivíduo selecionar os conhecimentos à disposição na medida em que são relevantes para a ação.

Deste modo, embora os esquemas de classificação médica estejam ancorados em um contexto social dado, escapando às possibilidades de escolha dos indivíduos; a maneira como estes olham para a medicalização, os elementos que selecionam para construir significados acerca dela, está profundamente ligada às trajetórias, as situações biográficas e aos conhecimentos acumulados ao longo dos percursos de vida, só sendo possível compreendê-los neste diálogo (Schutz, 1979; Dubet, 1994).

Podemos dizer que o estoque de conhecimento dos indivíduos não é homogêneo, mas que nele se cruzam referências e princípios heterogêneos de conduta que os sujeitos

articulam na construção de suas ações (Dubet, 1994). Assim, tanto José, quanto Socorro, quanto Karla, Víncius, Ana e Paulo selecionam aquilo que acham importante dentro de uma infinita possibilidade de referências, usando seus estoques de conhecimento disponíveis para compor, num trabalho reflexivo, os sentidos de suas ações e suas experiências.

O sentido genérico da medicalização – de ser uma pessoa normal e poder executar as funções da melhor maneira e em adequação com as exigências sociais – é atravessado pelas idiossincrasias de cada trajetória, e o uso dos psicofármacos – engendrado no seio do discurso medicalizante – torna-se operador de um projeto de vida particular e intransferível.

Sendo assim, o uso dessas substâncias não aparece como uma vivência sem vínculos de sentido, mas uma ação reflexiva que busca no passado as suas referências e que ganha novos significados no trabalho de cada sujeito de construir a sua própria experiência e ações (Schutz, 1979).

Deste modo, embora tenha um sentido dado pelo contexto societário, a experiência do uso de psicofármacos é ressignificada permanentemente de acordo com as referências que cada indivíduo acessa, da situação biográfica presente e dos projetos que fazem para o futuro (Schutz, 1979).

Se ser produtivo e útil é uma demanda social, a própria noção de utilidade e produtividade vão ser preenchidas no diálogo com a vida, variando de acordo com o acúmulo de vivências que cada um possui. Há uma seleção daqueles aspectos considerados importantes para cada um e é o cumprimento das exigências via a relação com esses elementos que vai trazer a sensação de ter obtido sucesso dentro de um projeto particular. Vejamos algumas histórias e como identificamos esta dimensão em cada uma delas.

Como vimos, Carlos tem uma história familiar de envolveu avô e pai eram militantes. Lutar por seus ideais é dito por ele como seu grande plano na vida. Ao falar do uso de psicofármacos Carlos cita estar disposto para continuar lutando, para continuar a trajetória dos seus antepassados como a grande motivação de estar levando a frente o seu tratamento:

"Como eu disse, felicidade é honrar seus ideais e suas lutas. Tenho uma enorme esperança que o tratamento com as substâncias me trará de volta para isso. Eu pretendo voltar a me

candidatar e lutar pela justiça. Eu não me candidatei outras vezes por conta da minha depressão".

Assim também Ana expôs a ligação direta do seu tratamento com os psicofármacos ao seu projeto:

“Eu estou há anos na igreja, faz tempo que eu me converti. Tudo que eu sei hoje de bom eu aprendi lá. Todas as amizades que eu tenho hoje eu fiz lá. Então o pior é isso. Assim, eu fui me afastando da minha igreja. Muito ruim isso. A gente que é crente em deus tem falta de servir. Aí eu era do grupo de louvor, do aconselhamento. Já num sou, né? Porque tem que tá lá toda terça, quinta e nos domingos. Mas eu não consigo. Tem dia que eu acordo, faço minha oração e fico em casa mesmo. Mas eu tenho muita a certeza que eu vou voltar logo, logo a ser ativa na igreja. Todo mundo gosta de mim lá. E esse tratamento vai me ajudar, já tá ajudando. E Deus e Jesus vão me ajudar através desse remédio que eu to tomando”. E tem também a coisa de cuidar da casa, pra uma mulher isso é a derrota: não poder cuidar da casa, da família, do marido. Qualquer hora ele me deixa (risos). (Ana, 47)

“Eu sou filha única. Meus pais não tem curso superior, então pra eles eu estar na faculdade é um mérito muito grande. Eles acham o máximo ter uma filha fazendo universidade, ainda mais federal. Acaba que mesmo eu entendendo que tudo isso é uma besteira, eu fico achando importante também. Não sei dizer se mais por eles ou por mim. Mas eu sei que é um projeto terminar o meu curso, que é de pedagogia lá na UFPE. E, como eu tinha te contado, eu, quando tive a primeira de verdade mesmo, tranquei a faculdade. Que foi justamente quando eu vi que tava grave a situação e comecei a me tratar. Aí... Eu não acho muito de boa tomar esses remédios, não. Eu sempre achei meio estranho, e muita gente já ouviu muitas críticas vindas de mim, mas aí se eu não começasse esse tratamento eu não ia conseguir seguir em frente nem nesse

projeto, sabe? E é importante pra mim, pra minha família. Aí aceitei por causa disso. Quando eu aceitei isso eu fiquei mais tranquila, sem me julgar tanto” (Maria, 21).

Vemos surgir a noção de intencionalidade e de projeto, uma projeção no futuro daquilo que cada informante pretende que sua vida seja. A partir de suas referências passadas, cada um consegue realizar planos para o futuro e ver no tratamento a que estão se submetendo uma estratégia para alcançar os fins desejados (Schutz, 1979).

Retomo a fala de Karla:

Eu comecei a tomar o remédio porque queria poder ser um pouco imperfeita, me livrar desse medo de fazer as coisas, medo de desagradar. Queria tornar possíveis coisas como cantar, desenhar, falar em público. Me sentir produzindo coisas pra mim e não pros outros, coisas simples que me fazem feliz. O remédio me deixa em condição de ter isso, me deixa ficar mais conectada com os meus projetos”.

A intencionalidade da ação e a sua ligação a um projeto se manifestam em vários níveis que vão (numa ordem decrescente) desde a à construção de propósitos mais abrangentes, ligados a uma dimensão ética (como vimos nas histórias acima); até a criação de estratégias imediatas, ligadas à execução de uma ação pontual vinculada a desejos pontuais. Mas todas elas estão relacionadas a um exercício reflexivo, a uma capacidade de exercer um distanciamento do sistema social (Schutz, 1979) e realizar uma ação que se vincula a um projeto (Schutz, 1979).

Foi quando os informantes foram perguntados sobre os aspectos negativos do uso dos medicamentos e o que faziam para lidar com essas dificuldades que surgem que as estratégias pontuais começaram a aparecer. Elas se dão à revelia da autoridade médica, como uma espécie de micro estratégias de subjetivação, embora em grande parte vinculadas aos padrões sociais estabelecidos, como ter uma vida sexual ativa, se divertir e beber, ter um corpo específico etc. Vejamos algumas falas nesse sentido da construção de estratégias na relação com o uso dos psicofármacos:

“Sim, tem um... (risos). A parte da relação sexual, né? Atrapalha um pouco esse remédio que eu tomo. Mas quando eu conheço alguém que eu acho que vai rolar uma coisa legal, aí eu paro de tomar, dou um tempinho. Eu penso assim: o que é que adianta ser feliz e não... né? Não transar (risos)” (Filipe, 27).

“Identifico. Você tá vendo que eu já sou magra... Aí a medicação que eu tomo diminui o apetite, e as vezes eu começo a emagrecer muito. Quando eu noto que to ficando muito magra, aí fico umas semanas sem tomar. Mas eu nunca falo isso ao meu psicólogo” (Maria, 21).

“Eu gosto de sair pra beber, de vez em quando eu acho que é necessário, inclusive (risos). Só que todo mundo sabe que o álcool não pode reagir com esse tipo de remédio. Então quando eu tô muito afim, ou quando tem uma festa específica que eu quero ir, alguma coisa do tipo, aí eu me planejo e paro de tomar alguns dias antes. É o meu segredo (risos)” (Rafael, 25).

“Eu vou falar com as minhas palavras, certo? O pênis não sobe. O remédio faz isso. E aí, como faz? Eu tenho essa necessidade. Então eu me programo. Paro de tomar uma semana antes, mais ou menos, de ter um encontro com alguém. Tem que ser esperto, né?”

Outro ponto notado ao longo das entrevistas foi que apesar da crença no discurso médico ser de fundamental importância, há algumas brechas onde outros sistemas de crença se encaixam para compor os sentidos da experiência. Embora o saber médico exercer uma enorme autoridade, sem que esteja costurando às crenças que essas pessoas construíram ao longo da vida, que receberam na sua socialização, ele parece esvaziar-se um pouco de sentido. Neste sentido retomo a fala de Ana:

“Mas eu tenho muita a certeza que eu vou voltar logo , logo a ser ativa na igreja. Todo mundo gosta de mim lá. E esse tratamento vai me ajudar, Já tá ajudando. E Deus e Jesus vão me ajudar através desse remédio que eu to tomando”.

A maior parte dos informantes acredita que apenas os medicamentos não são capazes de curá-los completamente, mesmo acreditando que padeçam de uma doença que

provoca uma falha química no cérebro e que o remédio seja necessário. Este fato contraria a maior parte da literatura, que afirma que os indivíduos creditam completamente seus tratamentos aos psicofármacos. De fato eles ocupam um lugar fundamental, e nenhum dos informantes demonstrou ter segurança para abrir mão deles, mas quase todas e todos reconheceram que outras atividades terapêuticas são fundamentais: psicológicas, religiosas, artísticas, exercícios físicos etc.

"Eu tô sentindo mais efeito com a terapia. Porque eu acredito que falar as coisas que tão dentro da gente adianta muito, sabe?. Eu tenho que entender o que me fez chegar nesse distúrbio. Então, o remédio me dá força pra agir, e a terapia vai me dar força pra entender" (Socorro, 37)

"Durante a maior parte do tempo desde que me submeti ao tratamento, realizei terapia psicanalítica. Habitualmente, realizo caminhadas. Práticas religiosas, como meditação Ch'an (zen) e Shinsokan (Seicho-no-Ie), frequência a igrejas, leituras e práticas espiritualistas (Racionalismo Cristão), esportes, como vôlei e caminhada. Não acredito só no poder do remédio. Eu acho que tem uma alteração química, e isso o remédio combate, mas a gente tem que fazer alguma coisa a mais. E também acredito nestas forças superiores, acredito que elas concedem muitas curas. Na verdade, que sem elas não há cura completa e definitiva" (Carlos, 40).

"O recomendado hoje pra mim é o exercício físico, é sair da minha rotina. Coisa que eu não tenho feito, na verdade. Que eu não tenho conseguido, mas... o grau hoje de ansiedade que eu tenho, ele é combatido com exercício físico, mudança de hábitos, e pronto. Não tenho mais acompanhamento psicológico, não. Acho até que o que eu ainda sinto, mesmo com o remédio, é por falta de seguir isso que eu disse. Porque só o remédio, eu acho que não basta. Acho que tem que somar essas outras coisas" (Maria do Socorro, 53)

“Fiz uns seis anos de terapia de base analítica, mas atualmente só acendo incenso (risos). Mas eu acho que se eu parar de cantar esse trem desse remédio não vai adiantar é nada, ou quase nada. Acho que a importância é meio a meio. Acho que o remédio dá o apoio todo, e não quero ficar sem ele, mas só ele não é suficiente” (Karla, 41).

Mais uma vez a diversidade de lógicas de ação se cruza aqui tendo como ponto de encontro as trajetórias particulares dos sujeitos, seus sistemas de relevância e seus estoques de conhecimento. É assim que é possível que os sujeitos decidam tomar os medicamentos por desejarem se adequar socialmente, ao mesmo tempo em que o fazem por querer dar seguimento aos seus projetos e às suas individualidades, escolhendo as referências que lhes são pertinentes dentro de seus planejamentos.

Gostaria ainda de destacar que a partir das narrativas das pessoas entrevistadas, percebi que ao serem diagnosticados, ao serem prescritos os medicamentos e ao serem iniciados os tratamentos medicamentosos, os sujeitos não se desvinculam das suas histórias como afirmam algumas pesquisas ao dizer que o uso de psicofármacos expropria os sujeitos de suas histórias e experiências, mas buscam no passado as referências que guiaram seus tratamentos presentes, suas experiências com os medicamentos, muitas vezes ajudando-os a projetar ações futuras. De modo geral o discurso médico é aceito sem que se questione significativamente a autoridade desta fala – salvo alguns casos. Mas embora aceitem os diagnósticos impostos, todas as informantes deste trabalho identificaram em algum fato biográfico a causa do seu adoecimento e buscaram formular explicações baseadas em acontecimentos das suas vidas; vinculando o diagnóstico médico, advindo de uma classificação universal e generalizante, a fatos específicos de suas trajetórias.

‘Perdi dois filhos, frutos da minha primeira união. O primeiro, com poucas semanas de gestação e o segundo, com 8 meses. Esta última perda foi bastante traumática e o dia em que recebi a notícia foi a primeira vez que tomei um ansiolítico, pois não conseguia dormir. Acho que a partir dessa época mudei bastante, passando a ser menos confiante e otimista e tendo uma atitude por vezes melancólica e cautelosa diante da vida, que durou alguns anos. “Mas a depressão só se instalou, de forma diagnosticada, no final de 2010, após uma campanha eleitoral que disputei para deputado federal” (Carlos, 40)

“A minha depressão vem da minha história. Foi uma história cheia de lacunas. A distância dos meus pais. Depois a morte da minha mãe, que foi um baque pra mim. Eu vi ela definhando. E fazia tão pouco tempo que eu tinha voltado a estar com ela. Acho que a morte da minha mãe foi o principal. Fez estourar toda a minha insegurança” (José,)

"A depressão desencadeou quando eu perdi um emprego muito importante pra mim. Eu tinha muitas chances de crescer, mas deu errado. Aí passei a não acreditar mais nas coisas, a não querer mais nada. Minha vida desmoronou e eu entrei em um quadro depressivo grave" (João, 47).

Sem identificar um fato específico, Karla também retoma a sua história para nos dizer dos motivos que lhe levaram a começar o uso dos psicofármacos, e a partir de um olhar para a sua narrativa vemos como esses motivos só se constituem no diálogo com o acúmulo de experiências que possui, ou nos termos de Schutz, da sedimentação das experiências ao longo da vida (Schutz, 1979).

“Nasci numa família muito atenciosa e carinhosa. Tive uma mãe extremamente ríspida, mas que ao longo dos anos foi compreendendo as filhas e acompanhando as mudanças de gerações. Meu pai sempre foi tão amigo que mais parecia um irmão mais velho. Era a mãe quem mais educava e ditava as regras. Sou a filha do meio de três irmãs. Uma onze anos mais velha, a outra um ano e meio mais nova. Ganhei o estigma de filha perfeita e isso pesava nas minhas costas. Minha irmã mais nova, ganhou o de braba. Isso dava a ela o direito de ser mais parecida com ela mesma. Eu tinha muito medo de perder o amor dos outros e desde cedo engoli sentimentos a ponto de, mais tarde, não saber mais o que sentia. Eu não brigava, eu não gritava, eu não discordava. Eu comecei a tomar o remédio porque queria poder ser um pouco imperfeita, me livrar desse medo de fazer as coisas, medo de desagradar. Queria tornar possíveis coisas como cantar, desenhar, falar em público. Me sentir produzindo coisas

pra mim e não pros outros, coisas simples que me fazem feliz. O remédio me deixa em condição de ter isso, me deixa ficar mais conectada com os meus projetos”.

A todo tempo as e os informantes buscaram mostrar a idiossincrasia de suas vidas e identidades, afirmando suas histórias, parecendo recusar um diagnóstico sem a vinculação a suas histórias únicas. Assim como afirma Schutz, a busca pela subjetivação e pela autoria da própria vida, pela construção do próprio mundo se faz presente na construção da experiência.

4.2 Situação biográfica e posicionalidade: identidade socialmente no uso do remédio

Outro elemento relativo a como as e os informantes se sentem socialmente com o uso dos psicofármacos foi bastante relevante. De acordo com Schutz, a situação e a posicionalidade que cada indivíduo ocupa altera a maneira como ele interpreta e elabora significados para as suas experiências. Ficou bastante claro que as marcações de classe, escolaridade e gênero são fundamentais para dar contornos a estas simbolizações.

A posicionalidade dos sujeitos é fundamental para entender as suas práticas de significação, pois em relação a como cada entrevistada e entrevistado se sentiam por estar tomando os medicamentos as opiniões também estavam claramente ligadas às trajetórias e disposições sociais dos sujeitos.

Socorro, por exemplo, afirmou que não sentia vergonha e não tinha problemas em falar sobre isso, apesar de alguns membros da família a recriminarem. Em sua narrativa, fazer uso de medicamentos é algo normal e bastante comum hoje em dia. Socorro é formada em Ciências Políticas, tem dois filhos e mora atualmente entre Recife e Brasília. Faz terapia há sete anos e seu esposo é psicólogo. Assim, os conhecimentos que acessa, os lugares que acessa e as pessoas com quem convive permitem que a sua interpretação relativa ao uso desses medicamentos seja no sentido de não lhe trazer nenhum mal estar, nenhuma vergonha.

Não tenho o menor constrangimento em tomar. Antes se achava que era coisa de louco, ou que era invenção. Mas hoje eu sei que é normal, que muita gente passa por isso e que não tem por que ter vergonha, ou algo assim. Meu marido é psicólogo, então leio

muito sobre isso, me informo bastante. Minha psicóloga também me deixa bastante informada. Ter informação é muito importante nesse caso, se não pode até piorar todo o tratamento.

Carlos e José também afirmaram não sentir nenhum constrangimento, pois afirmaram achar normal hoje em dia usar esses medicamentos.

Há muita literatura disponível. Li bastante sobre depressão e outros transtornos, sobre o que cada medicamento faz e como agem. Não há mais aquela compreensão de antes, que associava isso a loucura.

Esse estigma está quase extinto. Falo abertamente” (José, 57)

Aqui novamente a informação, o nível de instrução apareceu como fundamental para dar sentido à experiência de uso de psicofármacos.

O caso de Paulo é um pouco diferente. Paulo é músico e desenhista. Vem de uma família onde o bem-estar, a felicidade advém da relação com a arte e com o prazer da fruição artística. Pelo que ele me informou, essa via terapêutica farmacológica não é estigmatizada pela família, mas ele sente que poderia estar procurando ajuda por outras vias. Além disso, Paulo demonstrou um certo constrangimento por achar que a arte perde um pouco da sua dimensão genuína. Não comenta com os amigos por não querer que esse aspecto se sobreponha em sua identidade. Mas também afirma achar uma coisa normal e comum na sociedade contemporânea.

Assim, historicamente arte e sofrimento combinam, né? Se eu contar à galera, vai todo mundo tirar onda. Eu vou ser o doentinho, sabe? O doido da turma (rs). Mas eu mesmo acho que não tem nada a ver, é normal.

A mãe de Paulo é terapeuta holística, e mais tarde ele nos afirma que acha tomar esses medicamentos, que escolher essa via também é uma forma de negar essas referências e construir as suas próprias.

Acho que tem um pouco dessa negação. Por minha mãe ser toda natural, sempre propor essas outras terapias: Reiki, floral,

acupuntura... essas coisas. Aí eu quis romper um pouco. Eu moro com eles, né? Aí já é uma referência muito forte.

Nesse sentido, podemos dizer que há um questionamento ao seu estoque de referências herdado e a reorganização dele.

Rafael acha que ao dizer a todos que ele faz uso de psicofármacos a vida fica mais simples. Em sua opinião é mais fácil justificar as "loucuras" pra os outros. Rafael é filho de médicos, e quando ele tem os medicamentos seus próprio pai o prescreve. Para ele é algo que faz parte do cotidiano e algo bastante aceito na família.

olha, eu digo a todo mundo. Eu acho que todo mundo devia tomar uma coisinha pra ajudar. E sabe o que eu notei? que se todo mundo sabe, eu não preciso ficar me justificando. É tipo: deixa o cara, ele tem depressão, toma remédio e tudo (risos)

Aqui um importante achado fenomenológico: na renegociação de ser um usuário ou usuária de psicofármacos, um sentido completamente novo surge, uma nova possibilidade de se reposicionar no mundo dos *status na fala de Cristiane*. Ao ser perguntada sobre o que achava e como se sentia ao tomar esses medicamentos, Cristiane afirmou achar muito chique tomar Rivotril.

“Menina, no começo achei estranho, ficava me achando que eu tava louca. Mas sabia que agora eu acho até chique. Essas coisas são de rico, minha filha. Coisa de madame de novela chique (risos)”

Ela demonstrou associar o uso de psicofármacos a uma classe superior, citando as cenas de novela onde as “madames” sempre pedem calmantes diante das dificuldades da vida.

Menina, elas dão uns nervoso, aí chama o mordomo e ele já traz um copo de água com o comprimido. Já viu isso? É muito luxo (risos).

Ao fazer uso dos medicamentos, Cristiane sente aproximar-se de um tipo de vida específico das classes altas que ela valoriza. Desta maneira, ressignifica o uso dos medicamentos colocando a ênfase em um ganho identitário – por mais problemático que essa questão seja, e por mais discussões que estejam subjacentes - e não em uma perda advinda da doença. A sua reinterpretação escapa às previsões médicas e aos discursos estabelecidos em relação a esses usuários, mostrando que há inúmeras possibilidades, inclusive como afirmação de si.

Felipe se sente constrangido em tomar, ele diz que todos na comunidade e na família dele se souberem vão achar que ele é louco. Ele prefere esconder, prefere não falar. Apenas a mãe sabe do uso de psicofármacos na vida dele. Felipe é morador de uma comunidade do Recife. Ele diz não ter problema com o uso dos medicamentos, mas a sua leitura do contexto onde está posicionado lhe traz informações que interferem na significação de sua experiência.

“Eu não acho nada demais, mas lá onde eu moro o pessoal é ignorante, sem estudo. Vão achar que eu sou doido, aí eu prefiro que ninguém fique sabendo, não.”

Ainda tratando sobre as posicionalidades, destaco uma questão fundamental. Quase todas as mulheres entrevistadas – todas as que tem filhos - fizeram menção à necessidade da cura do adoecimento psíquico em prol do cuidado de seus filhos. Exceto Maria, a jovem estudante de 20 anos, todas as mulheres mencionaram o cuidado com a casa, com os maridos e com a família, inclusive ao falarem do seu projeto.

Eu preciso tomar conta da minha família, por isso que eu tomo o remédio, não tem jeito, vou fazer o tratamento todinho pra isso não atrapalhar minha família mais ainda. Eles não tem culpa (Ana, 47)

É muito triste ver seus filhos precisando de você e você sem condição de cuidar nem de você mesma. Ta dentro da minha intenção melhorar pra criar meu filho direitinho. As vezes dar uma pena ver ele sem entender nada, e eu sem a menor condição de ser a mãe que eles precisam.

(Cristiane, 51)

Mesmo Maria do Socorro, que neste momento não faz menção aos filhos, afirma que um dos motivos pelos quais que decidiu tomar a medicação e fazer o tratamento foi a sua responsabilidade com os seus alunos.

No meu caso não é nem só trabalho. Tem meus alunos, né? Eu detesto faltar e atrasar os assuntos, deixar na mão. Aí os remédios dão uma estabilizada. Só as vezes que tem que mudar, aí vem uma crise forte. Mas os remédios seguram a onda e eu posso seguir dando minhas aulas, acompanhando minha turma. Além dos meus filhos eu me sinto mãe deles, coisa de professora, e acho que eu preciso cuidar das vidas escolares deles (Maria do Socorro, 53).

Dos homens, apenas José falou mais incisivamente sobre o uso de psicofármacos associado a esse cuidado com os filhos.

Sem dúvidas, a experiência de adoecimento mental e todo o transtorno que pode representar ao ritmo da vida relaciona-se com questões de gênero. Viver a experiência de adoecimento e uso de psicofármacos para as mulheres traz questões próprias dessa identidade. Além dos filhos, casa e família, a questão do sexo, do medo de perder os companheiros, de não o satisfazê-los e serem abandonadas e traídas é frequente. Como vimos, um dos efeitos colaterais de determinadas substâncias é a diminuição da libido. Isso será trazido como um problema por grande parte dos entrevistados – mesmo os homens – mas para as mulheres chegará com toda a carga de medo e de senso de obrigação de satisfazer seus companheiros que foi dito acima. Ou não será um grande problema, como no caso de Karla:

Acho que também um dos problemas é a diminuição da libido. Mas acho que tesãozinho nenhum substitui um coração tranquilo (Karla, 41).

Já no caso de Ana e Socorro essas angústias aparecem:

“Sabe daquela história, né? Se o homem não tem em casa... já sabe o resto, né? Homem é safado... Aí eu fico meio assim, mas fazer o que? Esse remédio é o que ainda me salva. Eu preciso trabalhar, cuidar da minha casa, ir pra a igreja. Pra mim mesmo não faz falta, não(risos)” (Ana, 47).

“Olha, como eu já disse tem a questão da libido. E além disso as vezes você se sente com a auto-estima baixa, se sente menos desejada, mesmo sendo você a estar com a libido baixa. Mas às vezes dá a sensação de que isso não vai dar certo. Dá um pouco de medo de traição. Mas eu já falei que meu foco é cuidar dos meus filhos e trabalhar, então... paciência. Minha psiquiatra até trocou o remédio por um que diminui esse efeito, vamos ver se dá certo” (Socorro, 37).

É interessante notar que ainda que esses problemas apareçam, há uma seleção de elementos em detrimento de outros. Vemos nestas falas que o sistema de tipificação, o estoque de conhecimento e o sistema de relevância agem para indicar aquilo que será considerado para a ação.

Outro aspecto importante na fala de Socorro é a negociação com o médico com vistas nos seus desejos e motivos. Ao perceber que o medicamento que ela estava tomando diminuía demasiadamente a sua libido, ela pediu que este medicamento fosse trocado por outro que reduzisse o efeito. Assim também com Maria, que nos relatou um problema com a libido e com a lubrificação. Ela afirmou que ao notar isso, foi imediatamente ao médico dizer que precisava trocar a medicação, pois essa estava lhe trazendo problemas.

“Eu disse pra ele que tava com baixa libido e com a lubrificação vaginal ruim. Nem esperei ela falar, já fui pedindo outro. Eu já tinha até pesquisado. Aí trocou e deu uma melhorada, mas não completamente” (Maria, 21).

As falas de Karla e Maria revelam o que Schutz afirma em relação aos sujeitos elaborarem interpretações sobre o mundo e construírem seus próprios sentidos a partir daquilo que consideram importante dentro de seus estoques de experiência e sistema de relevância. Revela também que a ação é dotada de intencionalidade. De acordo com ele, nem tudo que está posto nos estoques de relevância compartilhados será considerado para a ação dos indivíduos, que selecionarão apenas aquilo que por hora lhes for útil para elaborar o curso das ações, aquilo que está de acordo com seu ato intencional. Dentre os incômodos que o medicamento gera, esse foi relevante neste momento para as entrevistadas.

Para os homens entrevistados a questão da diminuição da libido também aparece, como já foi trazido em um dos casos anteriores, porém aparece vinculado a sentidos distintos. O uso de psicofarmacos e a diminuição da libido os afeta a partir de outro universo simbólico que é o das exigências da masculinidade ligadas à virilidade; além das perdas relativas ao sexo como fonte prazer.

O problema que eu vejo é não transar. Pode dizer isso, né?... Você conhece uma menina e parece até que você tem problema (risos) entende? Fica feio pra o cara. Meu maior problema com esse remédio que eu tomo é esse. Mas se não tomar também é ruim, aí eu não sei o que eu faço, não. Não sei se eu tomo, se não tomo (risos) (Filipe, 27)

Filipe é solteiro e jovem, vivendo um momento em que o sexo é um imperativo social. Dentro de seu sistema de relevâncias a sexualidade emerge como algo fundamental. Mas ainda assim ele demonstra viver um impasse no seu projeto e na elaboração de sua ação, precisando ponderar vários elementos significativos para saber quais deles serão levados em conta em determinado momento. Pois, como afirma Schutz, o estoque de conhecimento e o sistema de relevâncias nem sempre é ordenado, podendo ser confuso e mutável.

Já para João, a perda de libido está ligada ao fracasso no casamento, ao medo de sua esposa achá-lo menos viril, e ao próprio fracasso da sua masculinidade. João nos conta que quando era mais novo “pegava todas as mulheres”. E agora está passando por esse momento onde sua identidade masculina está fragilizada.

É difícil, porque quando você é homem, uma vida inteira você escuta isso, que pra ser homem tem que estar nas suas atividades sexuais plenas. E de uma hora pra outra tem que se ver assim. Mas é o jeito. A depressão é pior (João, 51).

João consegue distinguir dentro de seu sistema de relevâncias aquilo que acha mais importante para ação neste momento de sua vida, mas ainda assim sente o peso de como as coisas estão organizadas socialmente.

A trajetória de Paulo é um pouco diferente em termos da vivência da masculinidade. Paulo é gay e apesar da libido diminuir, o problema da ereção não o

impede de realizar as suas atividades sexuais. Ele brincou dizendo que tem outras possibilidades, então não é uma questão com a qual ele se preocupa.

Eu tenho outras possibilidades. Se não sobe, dá-se um jeito. A famosa versatilidade gay... (risos)

Ainda nas entrevistas compreendi que o nível de instrução das pessoas – seja essa instrução adquirida por meios formais ou informais –, por sua vez construído ao longo de sua biografia, é um elemento central para a maneira como se estabelece a relação com os médicos e a percepção dos efeitos dos medicamentos. A naturalidade da apropriação de um vocabulário médico por parte dessas pessoas foi algo que nos chamou atenção, mas o nível de intimidade e segurança também variou de acordo com as trajetórias e o acúmulo de conhecimentos.

A entrevistada Socorro, que faz terapia há anos e é casada com um psicólogo, traz bastante estes aspectos da apropriação do vocabulário médico ao falar sobre a sua depressão, mas sempre usando termos técnicos e com bastante segurança:

“Eu acho que a depressão na minha família é genética, vem da minha mãe, vem das minhas irmãs. Eu comecei a usar o psicotrópico porque eu não tava bem. Tava faltando alguma substância no meu cérebro. É como uma vitamina no seu corpo que falta. No meu falta uma substância, e eu reponho essa substância com o antidepressivo. Pra me ajudar nesse dia a dia, na pressão do dia a dia, de trabalhar, de criar filho, cuidar da casa, ser uma boa esposa. Das minhas angustias, dos meus medos. Do medo de não dar conta da vida. E eu acho que o remédio vai trazer de volta essas substâncias e vai me ajudar a encarar a realidade, a fazer as coisas, a agir”. (Socorro, 37)

A fala de Carlos também traz esses elementos que evidenciam a apreensão do sofrimento pelo discurso médico:

“Eu fui diagnosticado com depressão em 2010. O que eu sentia era incerteza diante da vida, frustrações diante das derrotas, ansiedade, medo de não realizar meus projetos. Aí eu comecei a ficar meio estático sem conseguir fazer as coisas. Procurei um médico que diagnosticou a depressão e me receitou a bupropina.

[...] Ela ajuda meu cérebro a funcionar melhor, a suprir a deficiência de substâncias que ele tem”.

As falas de Ana e Felipe trouxeram essa apropriação do vocabulário médico com uma certa insegurança, expressando uma confiança maior no que foi dito pelo profissional que os acompanha.

O médico mandou eu tomar e eu tô tomando, não sei direito como é, mas ele disse que eu tenho depressão e que esse remédio é pra isso. As vezes eu sinto umas coisas estranhas, mas eu nunca digo... ta errado, é? (risos)
(Ana, 47)

O que ele disser eu tomo, que ele sabe o que tá dizendo. Eu tenho essa confiança. Mas às vezes eu minto um pouco, sabe? Dos sintomas que eu sinto. Pra ele não passar outro.

Já no caso de Maria, ela demonstrou não se intimidar com o saber médico, demonstrando que também pode acessar esse conhecimento e percebendo o lugar de barganha que tem nesta relação:

Tenho o maior pé atrás com essa lógica da medicina, vivo discutindo com o meu psiquiatra, já chego botando banca, dando pitaco. Digo a ele que não vou ficar tomando isso a vida toda, que quero trocar de remédio (risos) (Maria, 21)

Considerações finais

Analisar a experiência de outras pessoas é um trabalho difícil. Há sempre entre as compreensões daqueles sujeitos e a da pesquisadora uma série de elementos que precisam ser considerados cuidadosamente. De modo que a minha percepção enquanto pesquisadora nunca dará conta da totalidade, riqueza e multiplicidade que a experiência de alguém carrega. Assim, considero que o que foi percebido neste estudo serve como indicadores parciais das experiências de usuários de psicofármacos.

Neste estudo nos empenhamos em mostrar de que modo os sujeitos compreendem, atribuem sentidos e vivenciam as suas experiências com os psicofármacos. Buscamos, assim, perceber os sentidos atribuídos pelos informantes com relação ao uso desses medicamentos desde suas narrativas.

Pensar o uso de psicofármacos a partir da experiência do sujeito revelou-se enriquecedor pelo fato de que assim pudemos olhar para elementos para os quais que uma abordagem sistêmica não poderia atentar, visto que se trata de nuances que apenas a escuta dos sujeitos é capaz de acessar. A partir da perspectiva da experiência os significados e sentidos atribuídos pelos sujeitos emergiram de maneira multifacetada, diminuindo os impactos da unilateralidade da análise.

A experiência não se dá de maneira unívoca e completamente ordenada, sobrepondo elementos que por vezes se contradizem. Esta desorganização compõe a experiência mesma: seu aspecto passivo e incontrolável e seu aspecto ativo e reflexivo, pensado, projetado.

Percebemos que de fato há uma cultura de medicalização que atua sobre as identidades, especialmente impondo valores que dizem respeito ao projeto moderno de controle e de eficiência. Todos os indivíduos demonstraram perceber o sofrimento como um descontrole do self, de perda de limites e de um certo sendo de incompetência na autogestão das identidades que os psicofármacos parecem vir consertar. No entanto, estas incompetências também estão vinculadas às biografias, sendo compreendidas de diferentes modos por cada um dos indivíduos, que as costuram às suas experiências.

A medicalização não se dá, portanto, sobre indivíduos passivos, pelo contrário, encontra resistências nos desejos, motivações e projetos de cada um deles. Deste modo, todos esses elementos normativos que partem da objetividade do sistema encontram as biografias individuais, gerando experiências idiossincráticas. Assim, a gestão do uso dos psicofármacos envolve a vinculação às trajetórias, motivos, referências etc., traduzindo-se em ações intencionais que se direcionam a projetos refletidos.

Assim também, de acordo com os sistemas de relevância, os atores elaboram estratégias no uso dos medicamentos, negociando e por vezes burlando aquilo que o saber médico determina. Neste sentido, cada um dos entrevistados demonstrou criar estratégias de subjetivação, desafiando muitas vezes a própria hegemonia médica.

Na contramão das perspectivas que consideram os sujeitos em adoecimento psíquicos e usuários de psicofármacos incapazes de elaborar narrativas acerca de si e de seus tratamentos, e ainda incapazes de traçar planos acerca de como conduziram seus tratamentos. Essa pesquisa revelou que os indivíduos se defrontam, experimentam e entendem seus tratamentos, sempre relacionando-os com suas próprias vidas e vinculando-os a projetos que não consistem simplesmente em elaborações abstratas, mas, antes, em práticas situadas que são forjados em contextos de ação perante as coisas significativas da vida (cantar, surfar, cuidar da casa, dos filhos, cantar, desenhar) – essas dadas pelos estoques de conhecimento e pelos sistemas de relevância situados biograficamente.

Visto que a fenomenologia parte do mundo da vida e dos próprios conhecimentos que os sujeitos possuem sem que se desconsiderasse o mundo da vida, o mundo pré-estabelecido das relações sociais; foi possível perceber que essas trajetórias e criatividade individuais, compõe e articulam elementos de uma narrativa cultural mais ampla, nos permitindo identificar vivências específicas de gênero, classe, idade e escolaridade, mas que também revelaram-se específicas de acordo com cada trajetória.

Deste modo, não é possível homogeneizar experiências que diferem de acordo com os lugares, as posições sociais e as histórias de cada indivíduo. Todas as variáveis serão fundamentais para dar contornos a maneira como cada uma das pessoas experimenta e interpreta a medicalização psicofarmacêutica.

Por fim, afirmo que foi valioso ter como guia este esquema teórico-conceitual e contribuir para uma outra percepção acerca dos processos de medicalização do sofrimento, levando em conta as ricas experiências dos sujeitos sem abandonar as estruturas sociais em que se inserem, visto que uma dimensão não deve ser subsumida a outra, posto que a relação entre o mundo interior e exterior não pode se dar de maneira polarizada.

BIBLIOGRAFIA

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer. O Poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte:UFMG; 2004.
- AGUIAR, Adriano. *A Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.
- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar. 1998.
- BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar. 2001.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. RJ, Edições 70. 1998.
- BELLO, Angela Ales. *Introdução à fenomenologia*. São Paulo: Edusc. 2006.
- BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: A Psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2009.
- BIRMAN, Joel. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2006.
- BRITO, Walderes. *De objeto a sujeito: a condição do informante na sociologia da experiência*. Anais II Seminário de pesquisa em Ciências Sociais. RS, 2011
- CAMARGO, Sílvia C. *Experiência e Utopia em Theodor W. Adorno, André Gorz e François Dubet*. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 4 n. 1 (1), agosto-dezembro. 2007
- CAPONI, Sandra. *Biopolítica e normalização dos anormais*. Santa Catarina. 2012.
- CASTRO, Fabio Fonseca de. *A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz*. Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, Vol. 48, N. 1, p. 52-60, jan/abr 2012
- DUBET, François. *Sociologia da experiência*. Instituto Piaget: Lisboa, Portugal, 1996
- EWALD A.P.; THIEME, M.; MELETTI, G.. *Contemporaneidade e sofrimento psíquico*:

Relações entre modos de vida e demandas psicoterapêuticas Psicol Argum. Jan-Mar, 30(68):119-29. 2012

FERREIRA, Jonatas; MIRANDA, Erliane. “Consumo de psicofármacos: entre o cuidado consigo e a sintetização da catarse”. In *Corpos em concerto: diferenças, desigualdades e desconformidades*. Recife, Ed. Universitária da UFPE. 2011

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Edições Graal, 2011.

FOUCAULT, M. *Ditos e escritos*. Vol.III. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FUKS, M.P. *Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes*. Psicanálise e Universidade: revista do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e do Núcleo de Pesquisa "Psicanálise e Sociedade" da PUC-SP. (9-10):63-78, 1999.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo, UNESP. 1991.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 2002.

GUIMARÃES, Francisco Silveira Guimarães; GRAEFF, Frederico Guilherme. *Fundamentos de psicofarmacologia*. São Paulo, Editora Atheneu. 1999.

GUARIDO, Renata. *O que não tem remédio, remediado esta?*. Educ. rev (online). v. 25. n.1. 2009.

GUERCI, Antonio, CONSIGLIERE, Stefania. *Por uma antropologia da dor: nota preliminar*. Florianópolis: Ilha. 1999.

HUSSERL, Edmund. *Elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento*.

In: *Investigações lógicas*. São Paulo, Nova Cultural, 1988. [Coleção .Os Pensadores.]

HUSSERL, E. *Conferências de Paris*. Lisboa: Edições 70, [1929] 1992

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmeses da medicina*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JAY, Martin. *Cantos de experiencia: variaciones modernas sobre un tema universal*.

Tradução de Gabriela Ventureira. Buenos Aires: Paidós, 2009. KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro (200). *Emoções, Sociedade e Cultura: a categoria de análise emoções como objeto de investigação na sociologia*. Curitiba: Editora CRV.

LE BRETON, David. *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006.

LIPOVETSKY, G. (2004). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.

MERLEAU-PONTY, M. (1990) Merleau-Ponty na Sorbonne: resumo de cursos psicossociologia e filosofia. Campinas: Papirus.

MIRANDA, Erliane.. *Medicalização da vida como cuidado de si : pondera 20mg/10mg-repasso 10 cx, por um ótimo preço!*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco PPGSUFPE. 2009.

OLTRAMARI, Leandro Castro. *Contribuições da fenomenologia de Alfred Schutz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas*. V.2.n.2 Florianópolis jul/dez. 2005.

RABINOW, Paul e ROSE, Nikolas. *O conceito de Biopoder Hoje*. In: *Política & Trabalho* 24: 27-57.

PETERS, Gabriel. *Admirável Senso Comum? Agencia e estrutura n sociologia fenomenológica*. Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, Vol. 47, N. 1, p. 85-97, jan/abr. 2011.

SANTOS, H.. *Ação, relevância e interpretação subjetiva*. **Estudos de Sociologia**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 1, mar. 2013.

Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/53/43>>. Acesso em:

04 Jun. 2015..

SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio G. *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar. 2005

SCHUTZ, Alfred. *Le chercheur et le quotidien*. Paris, Méridiens Klincksieck. 1987

SCHUTZ, Alfred. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Helmut T.R. Wagner (Ed. e org.). Petrópolis: Ed. Vozes. 2012

SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos*. Rio de Janeiro: Zahar. 1979

TESSER, Charles Dalcanale. *Medicalização social: o excessivo sucesso do epstemicídio moderno na saúde*. Interface – Comunic. Saúde, Educ., v.10, n19,p 61-76, jan/jun 2006

TOURINHO, Carlos. *Fenomenologia e ciências humanas: a crítica de Husserl ao positivismo*. Rev. Filos., Aurora, Curitiba, v. 22, n. 31, p. 379-389, jul./dez. 2010

WAUTIER, Anne Marie. *Para uma Sociologia da Experiência. Uma leitura contemporânea: François Dubet* Sociologias, vol. 5, núm. 9, enero-junio, pp. 174-214. 2013

WEBER, Max. Metodologia das ciências sociais. São Paulo, Campinas: Cortez: Universidade Estadual de Campinas, 1999. 2v.

WEBER. M. Ensaio de sociologia. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

BOAVA, Fernanda. *O tipo ideal de estratégia: um estudo fenomenológico social em arranjo produtivo local moveleiro*. Tese apresentada ao Programade Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Lavras PPGS-UFL. 2012.