

## From Medicalization to Silence of Affections

### Da Medicalização ao Silenciar dos Afetos

Valdeir Soares Andrade<sup>2</sup>

Data de Submissão: 11 ago. 2018.

Data de Aprovação: 11 set. 2018.

Data de Publicação: 15 dez. 2018.

**ABSTRACT:** This study aimed to perform a bibliographical research in order to develop a critique about the medicalization of everyday life, which has been gaining ground in contemporary society. The study is, therefore, an investigation that aims to analyze the evolution of diagnoses throughout DSM productions, describing the historical and evolutionary process of the influence of medicalization in everyday life, directly influencing the increase of disorders diagnosed and categorized over the years. Therefore, we have the proposal of discussing the main means of control used to alienate the subject from the events of everyday life, pointing to strategies used to control the body through the numbness of affections, backed up in the production of disease and having the diagnosis as a single purpose.

**Keywords:** Medicalization. Mental disorder. Body standardization. Diagnosis and Affection.

**RESUMO:** Este estudo objetivou realizar uma pesquisa bibliográfica a fim de desenvolver uma crítica acerca da medicalização da vida cotidiana, que vem ganhando espaço na sociedade contemporânea. O estudo trata-se, porquanto, de uma investigação que objetiva analisar a evolução dos diagnósticos ao longo das produções do DSM, descrevendo o processo histórico e evolutivo da influência da medicalização na vida cotidiana, influenciando diretamente no aumento dos transtornos diagnosticados e categorizados ao longo dos anos. Por conseguinte, tem-se a proposta de discutir sobre os principais meios de controle utilizado para alienar o sujeito frente aos acontecimentos da vida cotidiana, apontando para as estratégias utilizadas para que o corpo seja controlado através do entorpecimento dos afetos, respaldados na produção de doença e tendo o diagnóstico como fim único.

**Palavras-chaves:** Medicalização. Transtorno mental. Normatização do corpo. Diagnóstico e Afeto.

## INTRODUÇÃO

Com o aumento no número de diagnósticos nas últimas décadas, há uma crescente preocupação de teóricos e pesquisadores sobre as condições do sujeito em sociedade. À medida que todas as ações do ser humano são emolduradas em uma

perspectiva normal/patológica, as produções dos diagnósticos psiquiátricos tendem a desenvolver meios para um enquadramento universal do conceito de doença mental, para então apropriar-se de uma linearidade entre as várias áreas de conhecimento, apoiando-se no pressuposto de

<sup>1</sup> **Atribuição CC BY:** Este é um artigo de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais.

<sup>2</sup> Graduado em Psicologia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). Pós-graduado em Psicologia Organizacional, pela Faculdade ISEIB de Belo Horizonte, FIBH. Trabalho orientado pelo Prof. Dr. Roberson Geovani Casarin.

desenvolver um diálogo único entre pesquisadores de saúde mental (RODRIGUES; SOUZA; PEDROSO, 2009).

Nesta perspectiva, diante das várias formas de tratar o sofrimento psíquico ao longo dos anos, surge o DSM, desenvolvido com a proposta de dispor em seu bojo uma gama de procedimentos que pudessem identificar e diagnosticar diversas desordens mentais. Guarido (2007) argumenta que, a partir de tais mensurações, tem-se como consequência um grande aumento no uso de medicamentos, sendo este, sido amplamente divulgado para tratar o sofrimento psíquico nas subseqüentes produções dos DSMs.

No decorrer desta primeira sessão, contextualizaremos historicamente as publicações do DSM, discorrendo em que circunstâncias surgiram as necessidades de estruturação do manual. No entanto, o trabalho se valerá de uma análise mais detalhada a partir da produção do DSM III, tendo em vista que trataremos com maior aproveitamento sobre as mudanças ocorridas nesse período.

Historicamente o ser humano se empenhou em desvendar os mistérios de sua própria mente, buscando integração entre os comportamentos e a natureza de suas ações. Para tanto, desde os filósofos da antiga Grécia as nuances do comportamento humano passaram a ser estudadas mais detalhadamente, através de um processo de observação e análise das diversas formas de relações apresentadas.

No início do século XIX, de um modo geral, a maioria dos medicamentos, independentemente de suas indicações era de origens naturais, apesar de apresentar em suas estruturas componentes químicos de base desconhecida, que eram utilizados para curar enfermidades que acometiam os indivíduos da época, porém sem comprovação de sua eficácia. Após a década de 40, ocorreu uma procura desenfreada de novos fármacos, que ocasionaram à população a alternativa de cura para enfermidades, até mesmo letais, especialmente no campo de doenças infecciosas.

Não obstante, no século XX o psiquiatra Emil Kraepelin se propõe a ampliar as primeiras especulações dentro do campo da saúde mental, haja vista que os estudos sobre as doenças físicas ganhavam grande destaque. Até mesmo Kraepelin desenvolveu um método pelo qual fosse possível classificar de maneira filosófica as experiências humanas, sejam elas de ordem orgânica ou emocional, fato que, não era distinguido nesse

período. Com isso, Kraepelin desenvolveu um modelo padronizado de classificação psiquiátrica, que passou a distinguir categoricamente os diagnósticos da época (ARAÚJO, NETO, 2013).

Diante da dificuldade em estabelecer um instrumento que pudesse apresentar uma gama de dados para qualificação dos doentes em hospitais psiquiátricos e, com o respaldo do serviço militar no contexto da segunda guerra mundial, Burkle (2009), descreve que no ano de 1934, foi desenvolvido, juntamente com os militares, psiquiatras e psicólogos, um sistema de classificação que apresentava disposições diagnósticas contendo 24 grupos com 84 subdivisões. Por conseguinte, a instrumentalização adotada surgiu para minorar as dificuldades de categorização que surgiram durante a Segunda Guerra Mundial, momento no qual não se tinha uma técnica adequada para avaliar soldados que ingressavam no exército.

O conceito de transtorno mental, ou doença, constituiu o tema no qual se respaldaram as construções dos manuais diagnósticos ao longo dos anos, tendo grande influência na maneira como se constituiu os modelos médicos até os dias atuais. No ano de 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde, a partir de um estado de completo bem-estar físico, mental e social apresentado pelo indivíduo, e não somente a ausência de uma doença ou enfermidade (ROSEN, 1980 apud SANTOS, 2013). Corroborando com o período de implantação do DSM, tal conceituação contribuiu para a pavimentação do percurso adotado pela psiquiatria rumo à hegemonia de seu *status quo*, amparada pelos estudos psicanalíticos desenvolvidos na época.

Nessa perspectiva, também na década de 50 as multiplicidades de diagnóstico dos transtornos mentais tinham como respaldo o manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-6). Sabendo que as versões anteriores produzidas pela OMS não contemplavam as classificações metodológica até então descrita pela psiquiatria para o diagnóstico das psicopatologias da época, e, tendo em vista o descrédito frente aos estudos da ciência psiquiátrica, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) se viu pressionada a produzir um manual de classificação próprio, com isso surge o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-I (BURKLE, 2009).

Para tanto, com o DSM-I ancorado nas primeiras classificações diagnósticas, em 1952 é lançado o seu primeiro exemplar. Burkle (2009) destaca que, devido a eminente dificuldade em descrever as doenças inferidas na época, o manual

foi largamente utilizado por profissionais de saúde mental, como auxílio nas conclusões diagnósticas, bem como pelos militares para avaliarem os soldados que iriam para guerra, ou descrever os traumas sofridos pelos mesmos no pós-guerra.

O conteúdo versado no DSM-I continha um total de 130 páginas apresentando 106 descrições sobre as classificações de desordens mentais (APA, 1952). Passados alguns anos, mais precisamente em 1968, surge uma nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o então intitulado DSM-II (APA, 1968).

O DSM-II é apresentado com algumas transformações, no intuito de enquadrar o manual nas normas da OMS, apropriando-se de termos epidemiológicos para descrever os transtornos mentais. Com isso, passou a compor em sua estrutura 182 transtornos categorizados, contendo 134 páginas descrevendo a gama de dificuldade que um sujeito com transtorno mental tem para se adaptar aos conflitos cotidianos.

Diante desta proposta Alvarenga, Mendoza e Gontijo (2009) salientam que a APA se preocupou em descrever as desordens de personalidade unicamente em termos de traços psicológicos. Assim, superou a abordagem que conduziu os estudos até então presentes no DSM-I.

Com o avanço da psiquiatria em busca de confirmar-se, de fato, como a ciência responsável pelo estudo da saúde mental, para então, abandonar de vez o estigma presente desde as produções do DSM I e, para superar a resistência de outras áreas da saúde quanto à implantação o DSM II, tem-se nesse período a introdução maciça dos psicofármacos no tratamento dos transtornos psiquiátricos. Haja vista que, a utilização dos presentes fármacos não era tão difundida desde seu surgimento, em 1940, desse modo:

[...] a história da psicofarmacologia moderna inicia-se no final da década de 40, quando foram introduzidos os primeiros fármacos com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos. Data de 1949 o primeiro relato de tratamento da mania com lítio, realizado por Cade, seguido pela descrição dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina, em 1952, por Delay e Deniker. Os primeiros ansiolíticos foram o meprobamato (1954) e o clordiazepóxido (1957), seguido por uma ampla gama de benzodiazepínicos (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999, p.12).

Apesar de todos os esforços da APA para consolidar de vez a psiquiatria como ciência normativa, frente às aversões, entre os anos de 1952 e 1973 o manual sofre com as ferrenhas objeções de críticos da época, oposições essas que segundo Dunker e Neto (2011) referiam-se ao compromisso entre psiquiatria e psicanálise, que por sua vez, serviu como meio de individualizar e patologizar o comportamento humano em sociedade, com a exclusão das minorias e o mando e contenção de oposições, desenvolveram com excelência, uma proposta hegemônica para um referendo psiquiátrico-psicanalítico.

Frente às barreiras impostas para a implantação do cientificismo ideológico do DSM II, em 1974 surge a deliberação de produzir uma nova revisão do DSM, engendrada pelo psiquiatra Robert Spitzer. Para Dunker e Neto (2011);

Um dos objetivos da revisão foi melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico. Outro era padronizar as práticas de diagnóstico dentro dos Estados Unidos e outros países. O estabelecimento de critérios também foi uma tentativa de facilitar o processo de regulamentação farmacêutica. O potencial de novas categorias de desordem foi estabelecido por consenso durante as reuniões da comissão. A proposta era uma base de categorização em inglês descritivo, em vez de suposições de etiologia (“neokraepelinismo”) (p. 615-3).

Com a publicação do DSM-III em 1980, listando 265 categorias diagnósticas, e contendo 494 páginas, a proposta era desenvolver um instrumento que pudesse realizar categorização não teórica dos transtornos mentais (APA, 1980). Tal proposta influenciou significativamente na quantidade de diagnósticos, bem como, tendencialmente em aumentar o número de transtornos (BURKLE, 2009). Passados os nove anos de completa hegemonia do DSM III, é lançado sua atualização, publicada apresentando 597 páginas e contendo 292 categorias diagnósticas (LIMA *et al.* 2015). A partir de sua reestruturação, o manual, em passo acelerado, se espalhou a nível internacional, sendo utilizado por muitos profissionais e tendo sido considerado um marco ou transformação da psiquiatria. No entanto, manteve seu caráter empírico ao amoldar os transtornos a partir de sinais e sintomas apenas identificáveis. Tais identificações podem ser analisadas a partir do caráter organicista

apresentado contingencialmente ao longo das categorias apresentadas no manual.

À medida que as mudanças ocorridas no DSM III foram consolidadas, a supremacia do poder psiquiátrico também o foi causando grande impacto na elaboração de diagnósticos baseados em princípios empíricos. Assim, os transtornos podiam ser verificados por meio de observação e mensuração histórica do comportamento do indivíduo (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Uma vez que as modificações ocorridas no DSM III evidenciaram o rompimento com as produções anteriores do manual, os autores acima apontam os três níveis que se forjaram as mudanças;

Essa ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si, como veremos a seguir: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas, sobretudo, uma única *lógica classificatória*; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte americano; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos indenitários (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 464-465).

Adotando a mesma linha de raciocínio acima, os autores argumentam que o DSM III, a partir de sua preeminência passa a ser adotado como uma espécie de bíblia psiquiátrica. Com isso, foi em seu projeto ambicioso que o manual passou a ser um instrumento de globalização, difundindo-se e imprimindo sua marca no tempo, consolidando a pretensão inicial da psiquiatria, em ser amplamente reconhecida, ou conforme salienta Foucault (1987, p. 182), “exercer o controle sobre os corpos”, referindo-se aos métodos de análise utilizados pela psiquiatria no trato com a vida e as vivências humanas.

Em 1994 é lançado o DSM-IV, tendo em sua estrutura inicial 886 páginas e listando 374 desordens. Para sua formulação foi organizado um comitê com 27 pessoas, destes, quatro psicólogos dentre os demais profissionais de saúde. Na presente produção, o manual surgiu com um

acréscimo de 82 novas desordens mentais comparados ao exemplar anterior (APA, 1994). Por conseguinte, em 2002 publicou-se a revisão da quarta edição, o então DSM- IV-R (APA, 2002).

As mudanças ocorridas no DSM-IV e DSM-IV-R são descritas por abordar fatores que evidenciavam uma análise dos valores sociais a partir de uma ordem meramente clínica, compreendida em quase metade de todas as categorias diagnósticas, causando um significativo sofrimento clínico ao sujeito, mediante a mensuração de sintomas que supostamente poderiam prejudicar o seu funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do convívio em sociedade (DUNKER; NETO, 2011).

Corroborando da mesma ideia, Pereira (2014) alerta-nos para o fato de que é através das modificações no comportamento humano que se pode encontrar o ponto de convergência para discutir saúde mental, assim, tem-se que considerar o indivíduo em sua singularidade, nas relações sociais e no contato consigo.

Todavia, passados dez anos desde a última publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, surge em 2013 o DSM-5, desenvolvido a partir de um sistemático planejamento e propondo novas modificações em sua estrutura. Dentre as mudanças ocorridas o manual é publicado com 475 categorias diagnósticas, exibidas ao longo de 600 páginas (APA, 2013).

Durante as alterações realizadas para fundamentação do DSM-5, Lima *et al.* (2015) destacam as áreas nas quais os pesquisadores se organizaram para realizar as modificações e os agrupamentos das psicopatologias, utilizando da base da nomenclatura e respaldando-se nos estudos da neurociência, a partir do desenvolvimento de métodos que pudesse medir o prejuízo e incapacitação do diagnosticado, para então fechar as lacunas que se teriam surgido nos sistemas diagnóstico de diagnósticos produzidos anteriormente.

No entanto, antevendo a formulação de um novo manual diagnóstico Burkle (2009) afirma que, mesmo diante do interesse dos pesquisadores envolvidos na formulação do DSM-5 em buscar explicações biológicas para os transtornos mentais, fato é, os mesmos não podiam atingir o objetivo proposto.

Para tanto, é por meio das recorrentes alterações nos manuais diagnósticos que, segundo Lima *et al.* (2015) pode-se constatar a incidência de

acontecimentos culturais específicos de uma época, na qual, tem-se como perspectiva uma compreensão de doença mental por meio do comportamento, ou seja, condutas que outrora eram normais são passíveis de tratamento.

Segundo Pereira (2014) é notório que atualmente a psiquiatria passa por uma crise em sua base, de modo que a publicação do DSM-5 realizada desencadeou uma série de especulações, deixando, sobretudo, uma lacuna nos diagnósticos pautados nos manuais anteriores. Assim, o manual passa a ser visto com total descrédito, na medida em que seus diagnósticos não passam de meras especulações da vida cotidiana.

## MEDICALIZAÇÃO E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS

O uso de medicamentos como meio de curar doenças e a busca por um alívio de enfermidades são fatores históricos, nos quais eram utilizados métodos artesanais para diagnosticar e tratar enfermidades, sendo esses manuseados por terapeutas populares, conhecidos e com grande prestígio durando o século XVII e século XIX.

No entanto, no decorrer do século XIX, surgem os químicos e droguistas com métodos terapêuticos, tornando-se figuras reconhecidas pela sociedade, ganharam espaço com a utilização de técnicas para produção de medicamentos, e principalmente, a partir do interesse do governo em controlar os avanços dos meios de curas alternativas encontrada pela sociedade (KANINKADAN E MARQUES 2010). Entretanto, como destacado pelo autor, tais meios eram vistos com total descrédito pelos profissionais de saúde.

Apesar do grande destaque dado a produção de medicamentos na época, segundo Kanikadan e Marques (2010), comitês que desenvolviam drogas a partir de estudos e testagem começaram a levantar suspeitas em relação à eficácia das drogas produzidas a partir dos conhecimentos populares, assim, desencadeou-se sérias críticas em relação aos saberes não científicos produzidos, haja vista que tais remédios não passavam por testagem que pudessem comprovar sua eficácia.

Outros profissionais que ganharam destaque com a instalação de casas e lojas, tendo como finalidade vender medicamentos para curar doenças e tratar enfermidades (PEREIRA e NASCIMENTO, 2011), foram os conhecidos boticários ou apoticários, sendo esses, muitas vezes, analfabetos

que possuíam apenas conhecimento de métodos e fórmulas de medicamentos comuns.

Para Kanikadan e Marques (2010), os boticários, assim como os químicos e droguistas, surgiram primordialmente com a função de ganhar dinheiro, ao desenvolver métodos para curar doenças, e por outro lado, tomando para si, a função de médicos da família, dando conselhos para doentes e pobres. Com isso, ganharam grande destaque e credibilidade na sociedade, despertando o interesse dos governos que viram na produção de medicamentos meios de obterem secundariamente ganhos financeiros, a partir da venda e comercialização das drogas.

Foi a partir das discussões e avanços obtidos nas formas de produzir medicamentos que, segundo Kanikadan e Marques (2010), surgiram os profissionais que, hoje, são conhecidos como farmacêuticos. No intuito de romper com os saberes da medicina popular, e, tendo em vista a necessidade de se consolidar as produções através de estudos e pesquisas balizadas por um viés científico, os profissionais de farmácia tornaram-se responsáveis pela manipulação das fórmulas medicamentosas que, na medida em que se materializavam, passaram a ser produzidas em escala industrial.

Complementando, Pereira e Nascimento (2011) consideram que foi a partir do século XX que os farmacêuticos ganharam grande destaque na sociedade, sendo referência na produção e comercialização de medicamentos. Com isso, ocorreu uma grande expansão de indústrias responsáveis por produzir drogas para curar enfermidades. Por conseguinte, por meio da ampliação das indústrias farmacêuticas, os autores destacam a desqualificação do profissional de farmácia, em função da transformação da saúde em produto, ou seja, na produção financeira/comercial de medicamentos. Nesse contexto, perde-se a função de clínico da família e torna-se perito em produção de drogas.

Tendo em vista os avanços obtidos pela ciência farmacêutica, com o aprimoramento das técnicas de produção, bem como aquisição de credibilidade e confiabilidade por parte da sociedade, a medicina se viu obrigada a reestruturar sua base, para então se tornar o principal recurso para as doenças que acometiam a população ou que viriam a ser constatadas para ulterior tratamento.

Com o advento dos avanços tecnológicos conquistados, a partir do século XX, e com o prestígio das demais áreas de conhecimento, os médicos

deram início a um projeto de reestruturação da medicina, se articulando corporativamente para então se difundir e ganhar espaço na sociedade, a qual utilizava de conhecimento dos curandeiros, boticários e apotecários como meio de curar suas doenças fisiológicas (KAWAMURA, 1987). Para o autor, a partir desse período, em meados dos anos 70 ocorreu o que ele denomina de complexo médico industrial, que transformou as classes de trabalho da maioria dos profissionais da categoria.

Concomitante a hegemonia médica obtida no período destacado acima, Kawamura (1987) é claro ao explicitar que, dado ao grande prestígio internacional que estava adquirindo a indústria farmacêutica, ocorre um elevadíssimo aumento na exposição a produção de medicamentos de amplo espectro, com ação prolongada de seu efeito no organismo humano. Para tanto, ocorreu uma incisiva e descontrolada forma de promover o uso de medicamentos por parte dos meios de comunicação, dos médicos e das instituições de ensino em medicina, promovendo e provocando, consequentemente, a crescente automedicação por parte da população.

A modernização tecnológica na saúde atende fundamentalmente aos interesses das indústrias de capital estrangeiro, particularmente a químico-farmacêutica e a de aparelhos e equipamentos médicos, aos interesses das empresas médicas, principalmente a medicina de grupo, e aos interesses das organizações hospitalares (KAWAMURA, 1987, p. 3).

Diante dos aspectos mencionados, retoma-se de maneira mais esclarecida o processo de medicalização da vida cotidiana, demonstrando que, através da supremacia do poder médico, corroborada a sua necessidade de se instaurar como saber, encontrou na produção psicofarmacológica o caminho para obtenção de seu *status quo* social. Fato que Burkle (2009) aponta para uma conexão entre o desenvolvimento do DSM e da indústria de psicofármacos, com influência direta nos artifícios sociopolíticos, bem como nos aspectos da economia dos Estados Unidos, difusores da nova ordem psiquiátrica, que viviam tempos de turbulências.

Mediante as produções de novas fórmulas de promover a amortização do sofrimento do sujeito enquadrado nos manuais diagnósticos, a medicalização passa do que era tido como patologia mental para a tomada de esforço em concebê-la a

um modelo de ordem patológica orgânica. (CALAZANS; LUSTOZA, 2008).

Não obstante, ao citar Aguiar (2005) Calazans e Lustosa (2008) apontam para uma pertinente crítica acerca do gradativo interesse da psiquiatria em (re)medicalizar o sujeito em todas as suas instâncias vivenciais. Com isso, comprova-se a proposta de uma renúncia a outras abordagens psicoterápicas, para então submetê-las a uma padronização da medicina, que por sua vez, está mais interessada em controlar os sintomas, ignorando sua origem.

Seja através do excesso de diagnóstico formulado ou por meio do uso desenfreado de psicofármacos, Bezerra *et. al.* (2016) adverte que a utilização de medicamentos para tratamento de transtornos mentais deve ser limitada ao estritamente necessário, onde a análise dos riscos em detrimento do benefício justifica ou não o emprego do fármaco, sendo imprescindível que outros recursos sejam devidamente explorados.

Entretanto, pautando-se em uma perspectiva prática de resultado imediato, a medicalização ganhou espaço ao longo dos anos por imbuir a ideia de que problemas de ordem cotidiana podem ser curados, com isso.

Ao ser transformado em fundamento filosófico da clínica psi, o pragmatismo acaba respaldando uma prática cuja preocupação maior seria a restituição do bem estar ao paciente, sendo considerado bem-sucedido o tratamento que consegue diminuir sofrimento subjetivo a um baixo preço e em um tempo curto. A busca de eficácia como uma forma de reduzir custos se torna, então, o norte das políticas de saúde pública (CALAZANS; LUSTOZA, 2008, p. 2).

Segundo Burkle (2009), com o surgimento de uma nova concepção para o tratamento de doença mental, construía-se uma nova lógica biologizante do sofrimento do indivíduo, amparada por um maciço investimento do governo norte americano na indústria farmacêutica durante o século XX.

Acreditando facilitar esta análise, tem-se como exemplo o grande destaque que as indústrias farmacêuticas deram para divulgação dos novos tratamentos com psicofármacos. A partir de um prisma político, as organizações relacionaram-se intimamente com conhecimento científico, tendo como respaldo o cenário econômico como mote para difusão de doenças, sendo a mais difundida; a

depressão, que através da ampla divulgação pelos meios de comunicação, passou a permear o imaginário popular (MACHADO; FERREIRA, 2014).

O que chama a atenção é o fato de ocorrer uma comercialização da saúde, tomando-se como exemplo a disseminação dos diagnósticos e sintomatologias criadas para a depressão, que por sua vez, passou a ser definida como sendo um transtorno mental pela Organização Mundial da Saúde, em 2009, após um levantamento que constatou a depressão como a principal causa de afastamento do trabalho (TAVARES, 2010).

Para evidenciar a concretização da proposta de transformar a depressão em uma epidemia global, fato concretizado em 2009, como descrito pelos autores acima. A fluoxetina que já havia sido aprovada em 1987, ganha destaque no tratamento de pacientes diagnosticados com transtorno depressivo (BURKLE, 2009), tendo grande ênfase nos Estados Unidos a partir das produções da indústria farmacêutica “Eli Lilly”, sendo comercializada com o nome de “Prozac”.

A fluoxetina, popularizada nos Estados Unidos sob o nome de Prozac, inaugura toda uma geração de psicotrópicos, mas também da produção de subjetividades que marcariam a chamada “geração Prozac”. [...] inicia-se outra corrida, não mais por “medicamentos inovadores”, mas por doenças, síndromes e transtornos inovadores. [...] À beira do novo milênio, na década de 1990, cresceram os investimentos em pesquisas na indústria de cosméticos e dermatologia. (MACHADO, FERREIRA, 2014, p. 4).

É por meio desses fatos que Machado; Ferreira (2014), ao satirizarem as recorrentes modificações, “metodologia *fast-food*”, nas produções dos DSMs ao longo da história, demonstrando com precisão a problemática na qual, a fabricação de diagnóstico focada apenas nos indícios de ansiedade, fadiga, insônia, dentre outros, contribuíram para a exclusão do conjunto de outros fatores sociais que estariam ligados ao alojamento do suposto quadro depressivo.

Adotando a mesma linha de raciocínio destacada acima, Tavares (2010) alerta para o fato de que a medicalização, equiparada a outras modalidades de intervenção, tem como viés a fabricação de subjetividades, onde atuam nomeadamente nas alterações físicas e somáticas das sensações e dos afetos, apropriando-se daquilo

que era condições psicológicas de ordem natural, e transformando-as em modalidades patológicas, onde são supostamente sandas ou curdas por meio do processo de intervenção química.

Ao passo que a saúde mental tem sido padronizada pelos DSMs ao longo dos anos, o ser humano e sua singularidade tem ganhado tónus coletivo. A vida em sociedade recebe um repertório de condutas padronizadas e vigiadas, das quais quem foge ao eixo normativo padece com um diagnóstico estrutural. Por conseguinte, a medicalização se incorpora as práticas psiquiátricas como forma de subsidiar a oferta de controle da vida cotidiana, seja nas relações ou nas formas como os sujeitos se expressam em sociedade.

## O INDIVÍDUO BIOPSISSOCIAL

Para uma compreensão global do que seja o homem em sua essência, faz-se necessário observar os meios nos quais este está inserido, levando em consideração fatores sociais, biológicos, bem como fatores psicológicos, para que desse modo o mesmo seja compreendido em sua magnitude.

Diante do bombardeio de opções para o apaziguamento do sofrimento, como que, se por um passe de mágica, todos os entraves da vida cotidiana pudessem ser ignorados, ou pelo menos adiado, tais direções parecem ser demasiadamente atraentes. No entanto, Aquino (2008) adverte sobre os perigos frente às propostas/soluções irrealistas. Não obstante, à guisa para o alívio do sofrimento existencial se faz através do intermédio do uso de medicamentos. De acordo com o autor, o acompanhamento/tratamento medicamentoso deve ser realizado sob os olhares dos diversos atores sociais, desde os pacientes, os profissionais farmacêuticos e outros profissionais de saúde, pautando-se em uma legislação que articule políticas públicas, indústria, comércio e governo. Situação que, em sua grande maioria não ocorre.

Bezerra (2014) aponta para o fato de que, na contemporaneidade, diante das frequentes mudanças que vem ocorrendo, tanto cultural quanto social, o indivíduo vem adquirindo uma incapacidade de conduzir suas emoções frente às cobranças de produção de alta performance. Por conseguinte, tem-se como consequência o adoecimento mental. Assim, as práticas assistenciais baseadas em tratamentos clínicos é o que resta aos indivíduos em questão, foco que atende a uma ordem medicalizante.

É nesse contexto que os novos modelos de tratamento da medicina psiquiátrica ganham espaço, ampliando seu controle não mais sobre o indivíduo, mas sobre a população, ao instaurar no sujeito uma infinidade de subtipos diagnosticáveis frente a um conjunto de estratégias para exercer o controle das condutas tidas anormais (SANTOS, 2013).

Tendo em vista que, o grande destaque da medicalização é a biologização da vida do indivíduo, com o intuito de mensurar comportamentos vulgo anormal caminha pelo pressuposto de que os estudos desenvolvidos colaboram para o estudo da gênese das causas ou do progresso das doenças. No entanto, Belloch e Olabarria (1993) sugerem outros meios de estudar o indivíduo, que não através de uma unificação dos sintomas, mas a partir da sistematização de um modelo biopsicossocial, apresentando pressupostos nos quais;

O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar; [...] Saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação; [...] O estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas; [...] A etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial. Devem se considerar os vários níveis etiopatogênicos e que todos eles requerem uma investigação adequada; [...] (BELLOCH; OLABARRIA, 1993, p. 4).

Para Belloch e Olabarria (1993), é imprescindível que a saúde não seja reduzida a um objeto pertencente ou manipulável por especialistas ou um grupo controle. Sendo assim, é inaceitável que a averiguação de dados ou o tratamento esteja exclusivamente nas mãos das especialidades médicas.

Complementando a ótica apresentada pelos autores acima, Pereira, Barros e Augusto (2011) sugerem que, para que ocorra uma inversão dos conceitos biomédicos para o conceito biopsicossocial, uma série de modificações e reconstruções paradigmáticas tem que ser consideradas. Com isso, propõe (re) significar a

definição de “saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação” (p. 532). É nesta concepção que o autor destaca a complexidade do humano, quando o mesmo observa o mundo a sua volta através da dimensão de si e do outro, respeitando a história e o comportamento de cada ser.

É por meio de um conjunto de ações integradas que o ser humano vivencia os diferentes conflitos cotidianos, através das relações estabelecidas e, mediante afetos e emoções experienciadas em cada ação. Por outro lado, quando imerso em um pressuposto alienante, o indivíduo tende a seguir os ditames vigentes na cultura do aqui e agora, que privilegia a evitação da dor com meio de alcançar atuações espetaculosas (TAVAREZ, 2010).

## **NORMATIZAÇÃO DO CORPO COMO FORMA DE SABER - PODER**

Como explicar a busca incessante por prazer cada vez mais frequente encontrada em sociedade? Como identificar e evidenciar as manobras de controle engendrado nas ações do indivíduo e de sua subjetividade? Para tanto, Michael Foucault (1999) propõe em seu livro, “Em defesa da sociedade”, formulado a partir de aulas ministradas no Collège de France nos anos de 1975-1976, o argumento de que, a partir da tomada do poder médico, sendo esses, incentivados pelas técnicas e tecnologias de poder, tem-se no final do século XVIII e início do século XIX um marco no disciplinamento das ações do homem e de sua forma de se expressar em sociedade, ou seja, através da dominação e disciplinamento dos corpos, sendo desencadeados por meio:

[...] da introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população [...] (FOUCAULT, 1999 p. 182).

Foucault (1999) discorre sobre a forma do poder disciplinador, tendo como principais

mediadores os saberes médicos, desempenhado pela psicologia, a psiquiatria, e, não menos importante, a pedagogia.

Para evidenciar as estratégias de poder utilizadas na docilização do homem, Foucault (1987) demonstra os diversos mecanismos de controle empregados para reprimir as ações do indivíduo que confronta as ordens pré-estabelecidas. Assim, têm-se novas formas de disciplinar os corpos, bem como a construção de novos saberes, que por sua vez atuam como estruturas de dominação e constituição de subjetividades.

Conforme Cruz, Ferraza e Cardoso Jr (2014), inspirados nos estudos de Foucault, argumentam que, ao transformar o ser humano em um produto manipulável, o saber-poder passou a utilizar o mesmo como instrumento de investigação por meio de exames e técnicas;

[...] O procedimento do exame combina as estratégia de vigilância e as técnicas de normalização, o que permite, por meio da qualificação, da classificação e do controle de sujeitos submetidos ao poder disciplinar, duas coisas relacionadas, mas distintas: a primeira é a transformação desses indivíduos em objetos organizados e disciplinados, e a segunda é a organização de um sistema descritivo de fenômenos relacionados ao grupo com a possibilidade de criação de estimativas sobre a distribuição desses aspectos em âmbito populacional [...] Nessa configuração de engendramento de uma sociedade de normalização, os mais diversos âmbitos da vida podem estar sujeitos aos domínios de saberes especializados [...] (CRUZ; FERRAZA E CARDOSO JR, 2014, p. 2015-2016).

Ao se referirem a saberes especializados, os autores acima enfatizam a ótica foucaultiana, que aborda a hegemonia do poder médico psiquiátrico na análise biológica do comportamento do homem. Segundo Foucault (1963), o surgimento da medicalização tem como um modelo um saber científico, com isso, passa a reafirmar uma medicina nosográfica, preocupada em normatizar a vida dos indivíduos em sociedade. Para o autor, inaugura-se no século XIX uma série de estratégias utilizadas pelo saber médico.

Equivaler-se de uma estrutura crítica para compreender o processo de medicalização é imprescindível para que se possa refletir sobre as práticas normativas estabelecidas para a

manutenção das relações em sociedade, a qual possibilita ao sujeito construir um padrão próprio de pensar a vida, diante das múltiplas concepções do ser humano em sociedade (CRUZ; FERRAZA; CARDOSO JR, 2014).

É nesse contexto que as ampliações das rotulações diagnósticas passaram a ser acompanhadas cotidianamente da influência psicofarmacológica no controle das emoções. Com isso, problemas que antes eram abordados a partir de sua complexidade e singularidade, hoje se apresentam sobre uma base diagnóstica, estando categorizadas e padronizadas pelos manuais diagnósticos, onde são reconhecidamente apresentadas como doenças, déficits ou transtornos.

No entanto, é imprescindível pensar o ser humano em sua complexidade. Negar que o mal-estar e os entraves da vida cotidiana possam causar sofrimento é um erro, há de considerar, por vezes, que há problemas difíceis de serem superados. É assim que Rodrigues (2003) alerta para o fato de que o cerne da discussão está em subjugar as problemáticas rotineiras da vida cotidiana, transformando-as em categorias de diagnóstico psiquiátrico, para então ampliar o poder médico, ignorando as experiências subjetivas de cada sujeito.

É a partir do dilema social instaurado, de que o mal-estar não pode ser suportado ou vivenciado, que se tem um colapso na formação de subjetividades, sendo essas, constituídas a partir ou delegada pelas diversas especialidades científicas, propondo ao indivíduo o alcance ilusório de capacidades ilimitadas e unificadas. Cabendo ao mesmo desenvolvê-las baseada na relação de busca por completa satisfação consigo mesmo, estabelecendo uma norma, na qual a regra é o consumo desenfreado para obtenção de prazer desmedido.

## DO DIAGNÓSTICO AO SILENCIAR DOS AFETOS

Socorro! Não estou sentindo nada. Nem medo, nem calor, nem fogo. Nem vontade de chorar, nem de rir. Socorro! Alguma alma mesmo que penada me empreste suas penas. Já não sinto amor, nem dor. Já não sinto nada! Socorro! Alguém me dê um coração. Que esse já não bate nem apanha. Por favor, uma emoção pequena. Qualquer coisa, qualquer coisa que se sinta, tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva (ANTUNES; RUIZ, 1998 [s/p]).

No decorrer do trabalho foi possível evidenciar o percurso histórico adotado pelo saber médico, representado aqui pela medicina psiquiátrica na condução da vida do sujeito em sociedade frente suas representações subjetivas ou como descrita anteriormente, frente à unificação de comportamentos diagnosticados a partir de um prisma coletivo.

Não obstante, Tavares (2010) aponta para o impacto subjetivo que um diagnóstico pode causar no sujeito que procura por uma cura para seu mal-estar, pois o rotulo imposto ao mesmo age de maneira a garantir que suas ações serão vigiadas e mensuradas, a partir do enquadramento do que antes era próprio do sujeito, torna-se norma categorizada. Como se sabe, ao longo das elaborações dos manuais diagnósticos como o CID-06, e, o ponto central da crítica elaborada no presente trabalho, o DSM, o mesmo serviu de parâmetro para a instauração de práticas diagnósticas, respaldados no pressuposto de que conviriam para a comunicação entre as diversas áreas da saúde, assim se efetivaram. No entanto, além da universalização do conteúdo versado no manual, ocorre o mesmo com as particularidades de cada indivíduo que passaram a compor as estatísticas de um grupo controle.

Para tanto, Canguilhem, 1978/2005 apud (Tavares, 2010) aponta para o fato de que, à medida que novos diagnósticos são criados, a clínica médica se depara com novas formas de tratamento de base medicamentosa, ou vice-versa, ou seja, ao passo que surgem novas modalidades terapêuticas, novas doenças são constatadas.

Em resumo, verifica-se que, por meio da flexibilidade encontrada nos manuais diagnósticos ao enquadrar o mal-estar cotidiano em um transtorno mental, qualquer comportamento que traga dificuldade para o sujeito, pode ser tratado e, consequentemente, ser medicado.

Cabe aqui ressaltar que, tendo em sua estrutura o método descritivo como pressuposto para definição minuciosa dos sinais e sintomas de uma enfermidade, para Pontes e Calazans (2016), o viés não teórico inaugurado no DSM III torna-se discrepante quanto às questões originárias do sofrimento psíquico, por ter como base uma teorização nosológica na análise dos sintomas.

Mais do que uma característica do DSM, o descritivismo é uma estratégia utilizada para evitar pronunciar-se sobre a etiologia do sofrimento psíquico, valendo-se da

recusa de qualquer sistema teórico. A recusa ao debate sobre a causalidade do sofrimento psíquico culminou também em uma mudança terminológica: abandona-se o conceito de doença mental, por este exigir um marcador biológico como causalidade da patologia e adota-se, convenientemente, a noção de transtorno mental - conjunto de sinais e sintomas (síndromes) sem uma especificação etiológica (PONTES e CALAZANS, 2016, p. 7).

É por meio da descrição e mensuração do comportamento humano que se tem uma exacerbação no número de diagnósticos, em que a medicalização se torna recorrente no apaziguamento do sofrimento presente, tendo a psicofarmacologia como mediadora.

Para Birman (2013) o sujeito contemporâneo está imerso em uma dinâmica viciosa, com excessos de exigências performáticas frente ao consumo exasperado, havendo uma negação do indivíduo em vivenciar uma dimensão simbólica do sofrimento psíquico, tendo como exemplo, os recorrentes diagnósticos de depressão que ganha proporções avassaladoras. Para o autor, a depressão é algo real e encontrado na sociedade, no entanto, a crítica se refere ao exercício de controle subjetivo adotado pela psiquiatria e outras áreas da saúde, quando associam comportamentos da vida diária a sintomas a serem enquadrados em uma categoria diagnóstica de transtorno depressivo.

Diante de uma constante vigilância normativa, tem-se em contraponto o silenciar dos afetos (SOCUDO, 2016), onde “a tristeza persistente e aparentemente sem motivo, a fadiga, a ansiedade, a tensão, o *stress*, a angústia e o medo são transformados em instabilidades emocionais, sinais de uma emotividade patológica” (p. 240).

Nesta perspectiva, na contemporaneidade a saúde se torna uma materialização do corpo, a busca obsessiva por realização pessoal ultrapassa os limites existenciais (VERAS, 2015), com a institucionalização da vida cotidiana. A saúde se tornou um produto, com produção, comercialização e consumidor final. Assim, cria-se a ideia de que a contenção dos afetos e os mal-estares devem ser eliminados, o consumo se mostra como possibilidade de lucro.

Esse processo de tomada do corpo como templo a ser protegido de qualquer experiência de sofrimento ou alegria, de maneira desproporcional, tem como consequência a proibição da manifestação dos afetos. Acreditando estar doente, o indivíduo deixa de experienciar a tristeza, sendo

impossibilitado de sentir alegria. Ao passo que o uso dos ansiolíticos e antidepressivos são oferecidos como pílulas da felicidade.

Desse modo, ficar triste ou vivenciar o luto de um ente querido tornou-se patológico, a vida passa a ser reduzida a um aspecto puramente biológico. Para Socudo (2016), ao transformar os afetos e o sofrimento em signos, tendo como base as especulações e categorizações diagnósticas instauradas sobre a vida do sujeito, a supremacia do poder médico passa a mediar, quantificar e dosar as experiências individuais.

Os afetos aqui tratados são propriamente ditos de origens subjetivas e individuais, como a angústia, a tristeza, a alegria, o medo e o tédio. Cada uma dessas inquietações propriamente ditas são experiências da vida cotidiana.

É através do estudo do dispositivo da medicalização que as condições contemporâneas do cuidar devem ser entendidas, pois,

[...] o silenciamento como forma de controle biopolítico desconecta as pessoas e inibe as formas coletivas de resistir enquanto a medicalização se apresenta como uma forma de (não) enfrentamento, sem que outras possibilidades estejam investidas efetivamente na vida dos sujeitos. O consumo de psicofármacos é, portanto, uma tecnologia de si que se encontra intensificada e naturalizada nos corpos, a qual passou a definir as condições de saúde de uma sociedade ao silenciar os corpos. Esta tecnologia se consolidou como o sentido atribuído à saúde neste meio e, enquanto estes modos de vida sobreviverem, sempre haverá fluoxetinas, sertralinas, diazepam, alprazolam (IGNÁCIO; NARDI, 2007, p. 11).

Comumente, a política de intervenção da medicina no corpo social, tem como norte os estudos da medicalização, através da implantação de normas morais para determinar a abolição de comportamentos configurados como anormais, atua no processo de gerenciamento dos saberes que tornam o indivíduo dependente do conhecimento científico (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Assim, ao passo que o sujeito é analisado a partir do objetivismo científico, ocorre a exclusão de sua relação com o meio onde vive (MARTININS, 2012) Por esse motivo, quando o mesmo tem suas dificuldades mentais rebaixadas a um conjunto de sintomas a-teóricos, fundamentado em um manual

diagnóstico, tem-se uma desvalorização das vivências históricas do sujeito ao negar suas relações pessoais e sociais na direção do tratamento.

Em linhas gerais, o processo de medicalização por meio do incisivo uso de diagnóstico promove a crença de que o silenciar dos afetos é forma de o sujeito atingir suas potencialidades. No entanto, é através da ilusória potencialidade produzida pelos efeitos dos medicamentos que o indivíduo tem uma neutralização de suas produções subjetivas, deixando-as a cargo das intervenções que substituem quimicamente os sintomas, causando a ausência de sensações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa foi possível evidenciar que a medicação é uma forma de domínio que vem se articulando historicamente, através das construções normativas criadas pela medicina psiquiátrica e a indústria farmacêutica, na busca de universalizar um saber, apropriaram-se do corpo e da vida privada do indivíduo ao padronizar suas condutas. Assim, a produção de doença juntamente com a fabricação de uma terapêutica de base químico medicamentosa, constitui um processo estratégico que transforma aspectos subjetivos da vida do sujeito em uma mercadoria altamente lucrativa, para isso, temos o excessivo uso de medicamento para aliviar a tristeza, estresse e a baixa autoestima.

À medida que a medicalização toma o corpo social como estratégia de poder normatizado, o saber psiquiátrico transforma tudo que é próprio do campo existencial humano em ações passíveis de servirem a uma classificação diagnóstica, e para cada diagnóstico, um estigma é instaurado. É por meio do processo de alienação da vida cotidiana que as experiências afetivas são frequentemente rejeitadas.

Assim, através da análise do processo histórico de consolidação dos manuais diagnósticos como método de classificação dos transtornos mentais, é possível corroborar a ênfase dada pela psiquiatria na materialização do diagnóstico como instrumento para normatiza a conduta humana, seja através da produção de novos diagnósticos ou mediante o uso de psicofármacos no tratamento das doenças listadas.

Conseqüentemente, ao passo que os manuais se estabilizaram por meio da busca de um critério universal de normalidade, construiu-se no campo da saúde mental um modelo para que o sujeito pudesse

responder aos ditames sociais, seja através do entorpecimento de si, seja através de uma resposta desenfreada às cobranças de superprodução e de bem-estar pleno, ou seja, um estado em que o indivíduo comporte uma plena satisfação de seu gozo-felicidade como prioridade.

Em resposta a problemática levantada, a discussão em relação à normatização do saber-poder, tornou-se fundamental para sua resposta, partindo da lógica foucaultiana, de que ao transformar a conduta humana em uma norma padronizada, o poder médico consolidou sua supremacia sobre a vida cotidiana. Apesar de não

usar o termo medicalização em sua obra, o autor tem como norte os estudos sobre o controle engendrado pela medicina ao longo da história.

Em linhas gerais, o trabalho demonstra de maneira crítica uma reflexão acerca da construção e normatização da saúde psíquica e a tentativa de unificação das vivências subjetivas de cada indivíduo, tendo como principal propagadora a medicina psiquiátrica, a qual atua em conformidade com regras previamente estabelecidas pelas indústrias farmacêuticas.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders: DSM-I**. 1a Ed. Washington, D. C., American Psychiatric Association, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders: DSM-II**. 2a Ed. Washington, D. C., American Psychiatric Association, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-III**. 3a Ed. rev. São Paulo, SP: Manole, 1980.
- Associação Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2013.
- Associação Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM- IV**. 1996.4a Ed. rev. São Paulo, SP: Manole, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)**. Artmed, 2002.
- Alvarenga, Mas; Mendoza, C, E, F; Gontijo D, F. Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. **J Bras Psiquiatr**. 2009; 58 (4): 258-266. Personalidade antissocial e o DSM.
- AQUINO, Daniela, Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Sup, 2008.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco, Lotufo. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DMS-5. **Jornal de Psicanálise**, v. 46, n. 85, p. 99-116, 2013.
- ANTUNES, Arnaldo; RUÍZ, Alice. Socorro. **Um som**, 1998.
- BELLOCH, A; OLAVARRÍA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Clínica y Salud**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.
- BEZERRA, Indara Cavalcante. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: sujeito, autonomia e corresponsabilização. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.
- BEZERRA, Indara Cavalcante et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, 2016.
- BURKLE, Thaaty da Silva; MARTINS, DR ANDRÉ. Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais–DSM. 2009. Tese de Doutorado. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CALAZANS, Roberto; ZÉTOLA LUSTOZA, Rosane. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 60, n. 1, 2008.
- CRUZ, Murilo Galvão Amancio; FERRAZZA, Daniele de Andrade; CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebello. Projetos de lei sobre medicalização da educação: biopolítica, controle e resistência na contemporaneidade. **Nuances**, p. 210-233, 2014.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV-breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. 1999.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica** 5. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1998, 1963.
- GORENSTEIN, Clarice; SCAVONE, Cristóforo. Avanços em psicofarmacologia-mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 64-73, 1999.
- Guarido, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e

seus efeitos na Educação. Universidade de São Paulo **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, 2012.

HUXLEY, Aldous. **Admirável mundo novo**. 1978.

IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & sociedade**. São Paulo SP. Vol. 19, n. 3 (set./dez. 2007), p. 88-95., 2007.

KANIKADAN, Paula Yuri Sugishita; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Farmacêuticos paulistas e as práticas de cura populares (1892-1930). **Cadernos de História da Ciência**, v. 6, n. 2, p. 65-80, 2010.

KAWAMURA, Lili K. Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos. *Revista de Administração de Empresas*, v. 27, n. 2, p. 48-55, 1987.

LIMA, Aluísio Ferreira de et al. O Diagnóstico De Depressão Nas Cinco Edições Do DSM: A Hipertrofia Da Dimensão Orgânica Em Detrimento Dos Aspectos Psicossociais/The Diagnosis Of Depression Along The Five Editions Of DSM. **Revista FSA** (Faculdade Santo Agostinho), v. 12, n. 1, p. 182-199, 2014.

MARTINS, CLARA RODRIGUES. **PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA: DE QUE, SE TRATA?** Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2012.

MACHADO, Letícia, Vier; FERREIRA, Rodrigo, Ramires. **A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E PSICANÁLISE DIANTE DA "E PÍDEMIA DE DEPRESSÃO": RESPOSTAS POSSÍVEIS**. *Psicologia em Estudo*, v. 19, n. 1, 2014.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. **Physis, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 4, p. 1035-1052, Dec. 2014.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01033312014000401035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01033312014000401035&lng=en&nrm=iso)>.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental, Barbacena**, v. 9, n.17, p.523536, dez. 2011. Disponível em <[http://pepsi.c.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16794272011000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsi.c.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794272011000200002&lng=pt&nrm=iso)>.

PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. Os Primórdios da Psicanálise e a insuficiência do descritivismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 16, n. 1, p. 240-259, 2016.

RODRIGUES, Silvia Maués Santos; SOUZA, Airle Miranda de; PEDROSO, Janari da Silva. Diagnóstico psiquiátrico: evolução histórica, conceitos e vicissitudes. **Rev. para med**, v. 22, n. 3, 2008.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em estudo**, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SANTOS, Adriana Rosa Cruz. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p. 205-206, 2013.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo**: medicalização e (ex)-assistência do sujeito depressivo. 2010.

#### How to cite (ABNT)

ANDRADE, Valdeir Soares. From Medicalization to Silence of Affections. **JOSSHE: Journal of Social Sciences, Humanities and Research in Education**. v. 1, n. 2, p. 47-59, jul.-dez., 2018.