



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

GABRIEL ROCHA BANDEIRA

**MEDICALIZAÇÃO DA DIFERENÇA:**  
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA SOCIAL E  
ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

---

Londrina  
2022

GABRIEL ROCHA BANDEIRA

**MEDICALIZAÇÃO DA DIFERENÇA:  
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA SOCIAL E  
ANTROPOLOGIA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 02.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eneida Silveira Santiago

Londrina  
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Bandeira, Gabriel Rocha.

Medicalização da diferença : Aproximações entre Psicologia Social e Antropologia da Saúde / Gabriel Rocha Bandeira. - Londrina, 2022.  
127 f.

Orientador: Eneida Silveira Santiago.

Coorientador: Sonia Regina Vargas Mansano.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2022.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia Social - Tese. 2. Antropologia da Saúde - Tese. 3. Medicalização - Tese. 4. Diferença - Tese. I. Santiago, Eneida Silveira. II. Mansano, Sonia Regina Vargas. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

CDU 159.9

GABRIEL ROCHA BANDEIRA

**MEDICALIZAÇÃO DA DIFERENÇA:  
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA SOCIAL E  
ANTROPOLOGIA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 02.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eneida Silveira Santiago  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Regina Vargas  
Mansano  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Proença Rebello de Souza  
Universidade de São Paulo - USP

Londrina, 02 de fevereiro de 2022.

Dedico este trabalho à minha esposa.

## AGRADECIMENTOS

A escrita de uma dissertação é bem solitária e, em uma pesquisa teórica, o processo todo o é, já que, desde a coleta de dados até a escrita final, tudo é feito sumariamente de meu escritório em casa. Some-se a isso a escolha em fazer um mestrado fora de minha área, em um outro escopo teórico.

Foi um processo difícil, um giro de 360°, mas extremamente prazeroso. Ser um antropólogo na psicologia teve seus percalços conceituais, de escrita e até de socialização. Entretanto, fui muito bem recebido pelos discentes e professores do PPGPSI-UEL. Quanto aos professores, preciso destacar a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eneida Santiago, minha orientadora, que abraçou um projeto teórico que visa dialogar com duas ciências, deu todo suporte e liberdade para minha maneira de pensar e, sobretudo, de escrever; é muito bom ter apoio para pensar em perspectivas outras, para além das outras perspectivas. Também menciono, com carinho e gratidão, a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Mansano, que gentilmente coorientou meu trabalho, dando suporte e contribuições valiosíssimas ao longo da pesquisa, que me possibilitaram reflexões importantes para amadurecer meu processo de mestrado.

Eneida e Sonia, duas visões opostas que, no caos das oposições, me ajudaram a tecer a trama de um texto que de mim arranca sorrisos e isso me encanta e fortalece! Junto delas, agradeço imensamente o carinho e a delicadeza com que a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Proença se disponibilizou a estar tanto na banca de qualificação, quanto na de defesa, contribuindo para aprofundamentos importantes no meu texto com uma precisão quase cirúrgica.

Entre os colegas, preciso destacar os colegas Matheus Crivelari e Orlando Oliveira e Souza, com os quais acabei me vinculando fortemente durante os dois anos e criando uma grande amizade que foi essencial para lidar com uma pós-graduação pandêmica. Aos demais colegas e professores que, durante a pandemia, conseguiram levar adiante o processo da turma

2020, muito obrigado por tudo. Demos conta! Que os caminhos daqui para frente sejam fortificados pelo que fizemos nesse tempo em que estivemos (virtualmente) juntos.

Aos meus amigos e familiares, que aguentaram ausências, cansaços e reclamações com a correria de uma rotina de mestrado e trabalho simultâneos. Destaco especialmente minha esposa, Aline, que acompanhou e auxiliou no que pôde para que essa dissertação saísse da forma menos pesada possível... Saiu, graças à ajuda dela, com muito café, maços de cigarro e noites em claro!

Também agradeço a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, na pessoa da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nádina Moreno e da minha chefe imediata, Esp. Ana Cláudia Palomares, pelo apoio e suporte dispendidos durante meu processo de mestrado.

Como diz a canção, “vivendo e aprendendo a jogar, nem sempre ganhando, nem sempre perdendo, mas aprendendo a jogar”. Aprendi muito, cresci mais ainda e por tudo isso sou imensamente grato.

Tanto no processo de objetivação quanto no de subjetivação, é o investimento político sobre a vida que possibilita a constituição do indivíduo como objeto e sujeito (Fonseca, 2007, p. 100).

Bandeira, G. R. **Medicalização da diferença**: aproximações entre psicologia social e antropologia da saúde. 2022. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

## RESUMO

Psicologia e antropologia fazem parte das chamadas ciências humanas. Ambas possuem diversas abordagens na produção de conhecimento, cujo interesse de pesquisa é voltado para o humano e suas múltiplas relações. Ao pensarmos especificamente em psicologia social e antropologia da saúde, podemos perceber paralelos possíveis entre seus campos de saber, através do foco dado à complexidade e dinâmica da constituição do sujeito. Tendo isso em vista, este trabalho visa tecer paralelos entre psicologia social e antropologia da saúde por meio da análise teórica das produções acerca da medicalização e da noção de diferença existentes em cada uma delas, à luz de operadores analíticos foucaultianos. Partimos da abordagem crítica acerca da temática, percebendo a medicalização como importante mecanismo de padronização e controle de modos de existência desviantes dos padrões socialmente aceitos e reproduzidos. Os marcadores dos processos de medicalização aqui analisados são os saberes médicos, a popularização dos conhecimentos e as ações de *marketing* para a venda de medicamentos. Para tanto, o estudo foi delineado em quatro fronteiras teóricas. Na primeira, é discutida a constituição científica da psicologia e da antropologia e sua vinculação a uma análise crítica da vida em sociedade. Na segunda fronteira teórica, buscamos discorrer acerca das noções de sujeito que são mobilizadas por cada subárea em uma perspectiva de construção, crítica e transformação. Em seguida, são analisadas as instituições que participam da disseminação da medicalização como prática social popularizada, abordando especialmente o saber médico, a educação e o *marketing*. Por fim, na quarta fronteira, analisamos, através das diversas noções de medicalização possíveis, como a diferença acabou sendo, historicamente, considerada algo a ser combatido, medicado, curado e apagado. A partir desta pesquisa, esperamos corroborar o debate crítico acerca da medicalização e seus vários desdobramentos e entendimentos, bem como ampliar a possibilidade de estabelecer paralelos entre essas duas subáreas das ciências humanas.

**Palavras-chave:** psicologia social; antropologia da saúde; medicalização; diferença.

Bandeira, G. R. **Medicalization of differences:** approximations between Social Psychology and Health Anthropology. 2022. 124 p. Dissertation (Masters in Psychology) - State University of Londrina, Londrina.

## ABSTRACT

Psychology and Anthropology are part of the so-called Human Sciences. Both have many possible approaches regarding knowledge production, whose research interest is focused on the human and human relations. When thinking specifically about Social Psychology and Health Anthropology, we can see possible parallels between their fields of knowledge, through the focus given to the complexity and dynamics of the constitution of the individual. With this in mind, this work aims to weave parallels between Social Psychology and Health Anthropology through the theoretical analysis of scientific production about medicalization and the difference existing in each of them, in light of Foucault's analytical operators. We start with a critical approach to the individual perceiving medicalization as an important mechanism for standardizing and controlling modes of existence that deviate from socially accepted and reproduced standards. The markers of medicalization processes here are the medical knowledge, its popularization and marketing actions aiming at the sale of medicines. The study was outlined in four theoretical boundaries. The first discusses the scientific constitution of Psychology and Anthropology and its link to a critical analysis of life in society. In the second theoretical frontier, we seek to discuss the notions of an individual that is mobilized by each sub-area in a perspective of construction, criticism and transformation. Then, they are analyzed as institutions that participate in the dissemination of medicalization as a popularized social practice, especially addressing medical knowledge, education and marketing. Finally, on the fourth frontier, we analyze through the various possible notions of medicalization, how the difference ended up being historically considered something to be fought, medicated, cured and erased. From this research, we hope to corroborate the critical debate about medicalization and its various developments and understandings, as well as expand the possibility of establishing parallels between these two sub-areas of the Human Sciences.

**Key words:** social psychology; health anthropology; medicalization; difference.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
UBS	Unidade Básica de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PICs	Práticas Integrativas e Complementares

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1	DELINEANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	14
<b>2</b>	<b>APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA E ANTROPOLOGIA</b> .....	20
2.1	DA CONSTITUIÇÃO CIENTÍFICA DOS SABERES DA PSICOLOGIA E DA CONSTITUIÇÃO DOS SUJEITOS .....	20
2.2	ANTROPOLOGIA: CONSTITUIÇÃO CIENTÍFICA E NOÇÕES DE SUJEITO.....	32
<b>3</b>	<b>FOUCAULT COMO APORTE TEÓRICO: ALGUNS DELINEAMENTOS</b> .....	44
3.1	AS RELAÇÕES DE PODER E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO .....	45
3.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE DISPOSITIVOS, NORMAS E DISCIPLINA .....	51
3.3	A LOUCURA COMO MODO DE SER E EXISTIR DESVIANTE.....	58
<b>4</b>	<b>O PRISMA DA MEDICALIZAÇÃO</b> .....	65
4.1	DAS INSTÂNCIAS INSTITUÍDAS DA MEDICALIZAÇÃO .....	65
4.2	A SOBREPOSIÇÃO DAS DIRETRIZES LUCRATIVAS .....	71
4.3	MEDICALIZAÇÃO: UM TERRENO MULTIFACETADO .....	78
<b>5</b>	<b>DO HEGEMÔNICO AO SIMBÓLICO: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E MEDICALIZAÇÃO</b> .....	88
5.1	ONDE O HEGEMÔNICO ENGLIBA A DIFERENÇA .....	89
5.2	MEDICALIZAR O QUÊ? EM NOME DE QUÊ? .....	96
5.3	TRATAMENTO MÉDICO, TAMBÉM! .....	104
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES DE UM ANTROPÓLOGO NA PSICOLOGIA</b> .....	110
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	116

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o período de graduação em ciências sociais, voltamos nosso trabalho à pesquisa antropológica, mais especificamente ao entendimento de psicopedagogas acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e como elas mobilizavam o arcabouço psicológico e psiquiátrico para a realização de avaliações que objetivavam identificar ou não a existência do TDAH em seus alunos. No tempo em que realizamos a pesquisa, percebemos que o acesso aos campos da psicologia, embora permeado de narrativas advindas do senso comum, era contínuo e recorrente, exemplificado no uso de termos como inconsciente, psicoterapia e sofrimento psíquico.

A percepção de que a popularização do arcabouço psicológico era, em certa medida, mais forte que o psiquiátrico, despertou-nos a curiosidade em entender como a produção antropológica de conhecimento se relacionaria com a psicológica, para além das conexões estabelecidas entre Claude Lévi-Strauss e Jacques Lacan, como é feito por Zafiropoulos (2018), por exemplo. No decorrer da monografia entramos em contato com pesquisas antropológicas como Salem (1993), Ortega et al. (2010) e Maluf (2013), voltadas às questões da medicalização, que teciam considerações críticas similares às encontradas em algumas correntes da psicologia social. Assim, para a realização deste trabalho, decidimos ter como objeto de estudo a medicalização, visando estabelecer pontes entre as duas áreas de conhecimento supracitadas.

Considerando o entendimento de que a medicalização atua como pretensa ferramenta de enquadramento de subjetividades em um padrão social pré-estabelecido (Foucault, 2018), auxiliando a manutenção de diretrizes rígidas que supostamente manteriam a ordem social, podemos estabelecer conexões entre pesquisas de campo na área da antropologia da saúde e as pesquisas de, ao menos, uma das correntes da psicologia social, que analisaremos neste trabalho, cujo enfoque são os processos envolvidos na complexidade de humano (Jacó-Vilela,

Degani-Carneiro & Oliveira, 2016). Ortega et al. (2010), por exemplo, discorrem que o aumento crescente no consumo de medicamentos para o controle de sintomas ligados ao TDAH é reflexo de uma constante exigência da sociedade de que seja feito o apagamento de traços subjetivos que não se adaptam às expectativas normativas depositadas sobre os sujeitos. Ao pontuar que o sujeito moderno, entendido como aquele que se vê como completo em si mesmo e independente de tudo e todos, está em agonia ao se ver dependente tanto do outro quanto do contexto social para se constituir, a argumentação de Rolnik (2005) pode ser considerada como um auxílio nas discussões acerca da manutenção das diretrizes sociais, mesmo que às custas do apagamento de subjetividades desviantes.

Biehl (2011) argumenta que o medicamento é cada vez mais percebido, por governantes e também pela população, como a solução de todos os problemas sociais. Segundo ele,

O fato é que as abordagens do tipo da “bala mágica” são cada vez mais a norma em saúde global – isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde (Biehl, 2011, p. 267).

Este apontamento, ainda para o autor, tem o intuito de argumentar que há socialmente uma noção de que, quando se medica determinado sujeito ou doença, não se tem tanta urgência em atentar-se para a configuração social, cultural e, por vezes, até sanitária da situação específica, basta que se medique o sujeito. Tal argumentação vai ao encontro, por exemplo, da discussão de Caponi (2012), em que a autora argumenta que a medicalização tem papel importante na manutenção da centralidade das normas sociais em detrimento das subjetividades. Pode-se dizer que, com isso, os sujeitos – ao serem tomados como fora dos padrões vigentes – devem ser de alguma forma readequados, sendo então levados a um diagnóstico médico que o leva ao uso de medicamentos.

Conexões entre psicologia social e antropologia da saúde fazem possíveis, pois a última faz o esforço de, através do trabalho de campo, tecer considerações acerca das influências do arcabouço médico e psicológico, bem como acerca do consumo de medicamentos nas configurações sociais (Maluf, Silva, & Silva, 2020). A primeira, na perspectiva aqui adotada, preocupa-se em perceber e analisar os processos sociais que envolvem o humano e os múltiplos aspectos da vida relacional que o compõe e decompõe simultaneamente (Jacó-Vilela, Degani-Carneiro, & Oliveira, 2016). Ao debruçar-se sobre a medicalização, a perspectiva dialoga de várias formas, em nosso entender, com a antropologia da saúde, como a que privilegiaremos aqui, a saber, a perspectiva crítica acerca da medicalização como facilitadora do apagamento de modos de existir desviantes.

Vale pontuar que a perspectiva sobre a medicalização exposta neste trabalho precisa, acreditamos, ser considerada ao lado das demais perspectivas, como, por exemplo, a eficácia de inúmeras medicações no combate efetivo a doenças que impedem o funcionamento de determinado órgão. O intuito do debate em perspectiva crítica é analisar como a prática da medicalização é complexa e composta por fatores múltiplos – como sociais, políticos, econômicos, culturais e médicos – e está ao mesmo tempo implicada no tratamento, cura e padronização dos desvios subjetivos (Foucault, 2018).

Rodrigues (2003) tece uma argumentação que corrobora as conexões entre antropologia da saúde e psicologia social. Para o autor, a prática da medicalização assumiu historicamente um caráter fundante na constituição dos sujeitos, difundindo o que é aceitável ou não em termos de modos de existência. Com isso, o que é avaliado como normal e anormal é colocado em evidência na sociedade (por meio das mídias, por exemplo), fazendo com que aqueles que figurem como diferentes tenham de ser submetidos a algum meio eficaz para seu enquadramento. Nesse sentido,

existe a intenção de se vender a ideia de que a medicação pode restaurar o equilíbrio, dar ao indivíduo condições de ter uma vida produtiva, reintegrá-lo plenamente à sociedade, proporcionar-lhe alegria e sentido. A medicação passa, então, a ser mais um agente na constituição do sujeito (Rodrigues, 2003, p. 19).

Há uma importante instituição, aliada ao uso dos saberes técnico-científicos da área médica e psicológica, que estimula o consumo de medicamentos na tentativa de corrigir modos de existência combatidos pela sociedade: a mídia e suas propagandas em prol de farmacoquímicos. Essa junção entre saberes médicos e estratégias comunicacionais de venda pode, segundo Buss (2007), ser entendida como uma operacionalização dos aspectos de saúde a partir das diretrizes do mercado, fazendo com que a saúde coletiva – incluindo a medicalização – seja percebida e gerida como um negócio, voltado ao lucro.

Carvalho (2017) afirma que a lógica lucrativa é percebida nas questões da medicalização através das ferramentas de *marketing*, que é o responsável por estabelecer e veicular massivamente propagandas estimulantes tanto à busca de médicos para identificar e medicalizar possíveis sintomas quanto ao consumo de farmacoquímicos por conta própria. Tanto Carvalho (2017) quanto Buss (2007) tratam os fenômenos de veiculação massiva de propagandas de medicamentos e o estímulo ao consumo como fatores constituintes da chamada indústria farmacêutica. Veremos mais adiante que essa indústria é um desdobramento da lógica mercantil no contexto de saúde.

Nesse cenário em que se enfrentam saberes e comercialização, há o sujeito que, como abordaremos logo no primeiro capítulo, não pode ser tomado unicamente a partir da passividade, apenas acatando tudo o que lhe é oferecido pelo mercado e pelas instituições sociais. O sujeito é ativo e desejanter na adesão ou não ao consumo de farmacoquímicos, chegando, algumas vezes, a buscar um profissional da saúde apenas para validar seu anseio

pelo remédio (Cardoso, 2002). Daí a relevância de analisar a medicalização pelo viés da crítica, como pretendemos aqui.

Diante do cenário exposto até aqui, o objetivo do trabalho consiste em analisar a articulação entre medicalização e diferença por meio do debate crítico existente na psicologia social e na antropologia da saúde. Este objetivo geral se desdobra em quatro objetivos específicos, a saber: 1. Analisar a constituição da psicologia social e antropologia da saúde como campos de produção de saberes; 2. Discorrer acerca das noções de sujeito mobilizadas por cada área em uma perspectiva de construção e transformação; 3. Identificar os componentes da medicalização e suas ligações com a constituição dos sujeitos; 4. Discutir a noção de diferença nos modos de existir.

Para compreender o sujeito, adotamos a ideia que Foucault (2018a) apresenta como construto de relações tencionais de poder estabelecidas entre as instituições sociais. Para o autor, tanto o sujeito quanto suas vivências em sociedade (subjetividade, moralidade, leis, crenças) são forjados em meio a essas relações, que possuem alto grau de complexidade e dinamicidade.

Neste sentido, podemos afirmar que, por conta de seu caráter dinâmico, tudo o que engloba os sujeitos permanece em constante movimento (Virilio, 1996), tornando complexas as problemáticas levantadas no campo das pesquisas das Ciências Humanas. Assim, os tipos de pesquisa realizados nessa área, bem como seus métodos, precisam levar em conta este cenário mutante para analisar, da melhor maneira possível, a dinamicidade do recorte pensado.

### 1.1 DELINEANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Partindo da argumentação supracitada, entendemos que “[...] a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela

transbordante” (Minayo, 2001, p. 15). Por conta disso, considerando que a medicalização é um processo em constante transformação, capaz de interferir nos mais diversos aspectos da vida social, é relevante que o tipo de pesquisa empreendida seja adequado para o tratamento simultâneo da complexidade, dinamicidade e movimento.

Situamos a presente pesquisa no escopo das pesquisas de cunho qualitativo e exploratório (Minayo, 2012), visando à compreensão e análise das qualidades que compõem os movimentos que permeiam e constituem a medicalização do diferente. Partimos da noção de que a este é o tipo de pesquisa adequado, pois

[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001, p. 22).

Assim, dentro do universo qualitativo, a aproximação entre psicologia social e antropologia da saúde é favorecida ao ter como estratégia a pesquisa teórica, que é adotada neste trabalho. Por pesquisa teórica entendemos a concepção de Severino (1996), que diz respeito à exclusiva articulação, problematização e análise de produções científicas.

Para tanto, é preciso pontuar que este trabalho é caracterizado como uma pesquisa interdisciplinar que, segundo Paviani (2005), implica a produção de conhecimento a partir do estudo dialógico dos saberes científicos. Segundo o autor, a importância da interdisciplinaridade está em considerar a multiplicidade de conhecimentos acerca de um mesmo foco de interesse, o que coloca o diálogo como estratégia fundamental.

No contexto deste estudo, também tomamos como base as considerações de Prado Filho e Martins (2007) e Duarte (1998), que apontam a necessidade de pôr em diálogo os dois arcabouços teórico-metodológicos (psicologia e antropologia) ao abordar problemáticas como a pretendida no cenário que estudamos. Com a adoção da interdisciplinaridade como

estratégia na pesquisa teórica, acreditamos ser possível empreender análises acerca das construções teórico-conceituais sobre a medicalização do diferente. Segundo Teixeira (2007),

A interdisciplinaridade exerce um papel de ponte entre o momento identificador de cada unidade básica de conhecimento e o necessário corte diferenciador. Trata-se não meramente de uma deslocação de conceitos, mas sim, de uma recriação conceitual, aberta, tanto ao mundo do sensível, quanto ao mundo do inteligível de modo não excludentes (Teixeira, 2007, p. 65).

Nesta perspectiva, tomamos a interdisciplinaridade como facilitadora do diálogo entre psicologia social e antropologia, a fim de fazer algumas pontes entre os conceitos mobilizados em cada seara. Com isso, torna-se possível que o diálogo pretendido leve em consideração as mudanças históricas em cada um dos campos pesquisados, além de localizar as especificidades de suas produções (Demo, 1989).

Para que este estudo se faça possível, estabelecemos como importante marcador o crescimento das ações de *marketing* para a venda de medicamento, além de quatro fronteiras como balizas para o diálogo pretendido. A primeira delas é a análise da constituição científica e produção de conhecimento tanto da psicologia quanto da antropologia. Desse modo, será possível estabelecer paralelos entre as duas subáreas e seus pressupostos científicos. Essa fronteira poderá ser percebida marcadamente no segundo capítulo, denominado “Aproximações entre psicologia e antropologia”.

Como segunda fronteira, estabelecemos os operadores analíticos foucaultianos de poder, normalização, disciplina e controle, descritos no terceiro capítulo, que foi denominado “Foucault como aporte teórico: alguns delineamentos”. Essa fronteira auxilia a mobilização e análise de produções como as de Guarrido (2007), Ignácio e Nardi (2007), Biehl (2011) e Duarte (1998) a partir da perspectiva crítica e dialógica.

A terceira fronteira está vinculada à medicalização: sua constituição, papel social e efeitos na constituição dos sujeitos, por exemplo. Essa fronteira pode ser percebida no quarto capítulo, chamado “O prisma da medicalização”. Com isso, serão realizadas discussões com Guarrido (2007), Ignácio e Nardi (2007), Biehl (2011) e Duarte (1998), corroborando o debate crítico sobre a temática bem como analisando a constituição e os desdobramentos da medicalização no arcabouço da psicologia social e da antropologia da saúde.

Uma quarta fronteira se faz necessária: a diferença. Ela é apresentada no quinto capítulo, chamado “Do hegemônico ao simbólico: práticas integrativas e medicalização”. Como fio condutor, aborda as diversas perspectivas acerca da medicalização, para além dos saberes médicos, acessando saberes populares que, por vezes, entrelaçam corporalidade, afecções, crenças e terapêuticas alternativas para o tratamento de suas dores e doenças (Brandão, 1986). A diferença é constantemente atravessada por desdobramentos da medicalização, sendo o principal deles a pretensão de padronização dos sujeitos (Foucault, 2018a).

Desse modo, no quinto capítulo, discutimos a existência de terapêuticas baseadas em pressupostos outros de entendimento acerca da constituição do sujeito, bem como dos processos de saúde e doença (Langdon, 1994). Essas terapêuticas, em alguma medida, foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob a alcunha de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), na tentativa de, em nosso entendimento, promover uma espécie de controle e cerceamento de sua atuação. Assim, abordamos a constituição dessas terapêuticas, sua sustentação a partir do simbólico (Lévi-Strauss, 1975), sua presença nos contextos sociais que integram no SUS e também as tentativas de apagamento que sofrem por parte do arcabouço médico ocidental hegemônico (Toniol, 2015). Tal argumentação permite-nos identificar essas terapêuticas como práticas plurais de medicinas, pautadas pelo simbólico,

evidenciando, assim, as diversas maneiras de acolher, analisar e tratar diferentes processos de adoecimento (Langdon, 2009).

Tanto o quarto quanto o quinto capítulos abordam a medicalização a partir da diferença como facilitadora do estabelecimento de múltiplas facetas da medicalização, inclusive alheias à hegemonia do arcabouço médico. A partir dessas fronteiras, cria-se um facilitador para o estudo aproximativo de nossa problemática de pesquisa, possibilitando a articulação da psicologia social e da antropologia da saúde. Quando partimos da psicologia, pretendemos articular aquilo que entendemos por psicologia social e, quando acessamos a antropologia, abordaremos especificamente o arcabouço da antropologia da saúde e doença. Por psicologia social entendemos o enfoque aos processos de constituição das sociedades, bem como a perspectiva de que o estudo do homem se pauta por sua dinamicidade e constante mudança (Figueiredo & Santi, 1997). Ademais, este olhar à dinamicidade e complexidade na construção de conhecimento torna possível a compreensão dos movimentos singulares e múltiplos que entrelaçam a formação de sujeitos e sociedades.

Isso é importante para que tanto sujeito quanto sociedade possam ser pensados a partir de diversas variáveis que, por serem dinâmicas, não são passíveis de naturalização ou explicações biologizantes. Conforme Jacó-Vilela, Degani-Carneiro e Oliveira (2016), essa psicologia social proporciona o estudo de paradigmas diversos como, por exemplo, representações sociais, minorias e ativismos sociais.

Também colocamos em diálogo, nesta pesquisa, a antropologia da saúde, que surge como corrente antropológica em meados de 1970. Seu entendimento sobre sujeito e sociedade guarda proximidade com o da psicologia social que mencionamos anteriormente. Segundo Langdon, Follér e Maluf (2018), essa antropologia estabelece problematizações acerca das instituições sociais e instâncias de poder na construção de noções de normalidade, doença e

saúde, visando a sua compreensão e análise de padrões cristalizados nas formações da sociedade.

Neste objetivo, Salem (1992) problematiza o crescimento de diagnóstico de doenças psicológicas sob o argumento de que ele, quando amparado nos códigos morais de ser e existir da sociedade, causa o que a autora denomina de “desposseção subjetiva”, ou seja, o sujeito passa a ser pensado e percebido não por si, mas por seu diagnóstico. Assim, ele não teria o direito de possuir características próprias, pois elas devem se resumir à psicopatologia. É neste sentido que dialogaremos com essas correntes científicas ao longo de nosso trabalho, percebendo contribuições mútuas na produção de conhecimento, por exemplo, nos autores citados.

Ressaltamos que a pesquisa teve como norteadoras as seguintes questões: Quais as ligações entre a consolidação científica da psicologia e da antropologia, em especial das suas correntes enfocadas aqui? Como analisar as conceituações de ambas as ciências por meio de operadores analíticos foucaultianos? Quais as instâncias que compõem o universo da medicalização e qual seu papel na construção dos entendimentos sobre modos de existência? O que pode ser definido como diferença e qual a interferência da medicalização nela? Cada uma dessas questões norteou a discussão de um tema que possui relevância coletiva tanto no que se refere às relações sociais quanto às relações institucionais que permeiam a vida em sociedade.

Por fim, a partir da pesquisa que realizamos, é possível afirmar que, através do arcabouço médico ocidental, promove-se a tentativa de apagar as diversas configurações medicinais que visam dar conta dos processos de adoecimento a partir do simbólico (Lacerda, 2015). Nesse sentido, nossa pesquisa evidencia que a diferença é percebida, no cenário da medicalização, em diversos contextos, através dos processos de saúde e doença que, pelas pressões da medicina ocidental, sofrem constantemente tentativas de apagamento.

## 2. APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA E ANTROPOLOGIA

Aproximar duas áreas de conhecimento científico acerca do humano é uma tarefa complexa, tendo em vista que são subdivididas em correntes e abordagens que instituem para si operadores analíticos singulares, os quais levam à distintas compreensões sobre o humano. Ao propormos a construções de pontes dialógicas entre a psicologia e a antropologia, tendo em vista a multiplicidade de campos nas correntes, limitamo-nos à mobilização de uma abordagem de cada área, a saber, a psicologia social e antropologia social. Daremos destaque às produções que, na psicologia social, abordem o social à luz de um debate filosófico norteado por pensadores da filosofia da diferença. Já na antropologia social, destacaremos às produções que versam sobre o campo médico, psiquiátrico e psicológico para que se torne mais palpável no exercício de aproximação entre as áreas.

Neste capítulo, abordaremos a temática da constituição científica, tanto da psicologia quanto da antropologia, sob a ótica das correntes supracitadas. Junto dessa discussão, e até mesmo a partir dela, buscaremos delimitar alguns entendimentos acerca da constituição de sujeito que nortearão a argumentação que pretendemos acerca da medicalização do diferente nos capítulos que se seguem. Dessa forma, a escolha por autores como Figueiredo e Santi (1999), Guattari e Rolnik (1996) e Rolnik (2005) na psicologia, bem como de Rubim (1999), Laraia (2001) e Maluf (2013) na antropologia, auxilia a aproximação entre ambas as ciências que se preocupam com a elucidação de processos de constituição de sujeitos, considerando como importantes os aspectos socioculturais.

### 2.1 DA CONSTITUIÇÃO CIENTÍFICA DOS SABERES DA PSICOLOGIA E DA CONSTITUIÇÃO DOS SUJEITOS

Estabelecer aproximações entre a psicologia e a antropologia se faz necessário no contexto deste trabalho para que a discussão entre tais searas se torne possível e mais rica.

Para tanto, acreditamos necessário discorrer sobre a busca dos saberes da psicologia e da antropologia ao constituírem-se enquanto ciência.

Partindo dos estudos de Figueiredo e Santi (1997), é possível afirmar que a reivindicação dos estudos da mente como constituintes essenciais de um campo específico de conhecimento, denominado de psicologia, pode ser localizada em meados do século XIX, com a criação do primeiro laboratório de psicologia na Alemanha, criado por Wilhelm Wundt com o intuito de provar – por meio de experimentos laboratoriais – que as estruturas psicológicas podem ser explicadas a partir das bases científicas biológicas.

O início do processo de tornar-se ciência se dá com forte inspiração das ciências biológicas, bem como dos saberes médicos, em especial advindos da psiquiatria da época, que postulam que explicações de caráter biológico devem ter maior veracidade no fazer científico. Assim, nesse primeiro momento, os estudos psicológicos se pautam fortemente por conceituações e noções das ciências biológicas e da saúde, ou seja, visam justificar os estudos da mente e localizar sintomáticas de afecções mentais em aspectos físicos dos sujeitos.

Isso ocorre para que se torne possível a criação de um campo próprio desta ciência, que pode ser datado a partir das pesquisas realizadas em meados do século XIX e XX, que, segundo Rose (2008), caracterizam este último como o “século da psicologia” (p. 156), pela multiplicidade de recortes, métodos e teorias produzidas para pensar o homem por outro olhar, mais característico da psicologia, analisando e caracterizando a constituição da psique e suas patologias.

No início do percurso de constituir o olhar da psicologia, podemos pontuar como um marco as tentativas de Wundt de analisar em laboratório as afecções da psique e de reproduzir aspectos sociais para tentar explicá-las. Muito embora pareça que há no projeto de Wundt uma tentativa de se distanciar das ciências biológicas, não é o que ocorre, uma vez que as diretrizes de análise ainda se pautam pelo arcabouço biológico da época (Figueiredo & Santi,

1999). O que se pode afirmar é que o projeto científico de Wundt foi um passo importante na consolidação da psicologia enquanto ciência. Entretanto, conforme discorre Nunes (2012), ao mobilizar as bases biológicas, a psicologia nota que essas não podem responder a todas as problemáticas do campo de conhecimento nascente, que anseiam por análises que proponham considerar os elementos presentes nas dimensões sociais. Estabelece-se aqui um grande problema para a psicologia nascente: como forjar bases científicas próprias desse campo, se seu foco de interesse está em diversas áreas de conhecimento já consolidadas?

Responder a esse problema faz com que a psicologia postule que, mesmo que o homem seja compreendido por meio de conhecimentos advindos de outras ciências, o caráter científico que se pretende dar aos saberes da psicologia deve ser justificado no enfoque singular dado ao homem na produção de conhecimento dentro deste campo, que, inclusive, permitiria um descolamento das ciências biológicas a partir, por exemplo, do estudo de subjetividades e suas implicações sociais (Figueiredo & Santi, 1999).

Antes de deter nosso olhar nas respostas dadas pela psicologia ao problema de constituir sua base científica, gostaríamos de discorrer sobre o contexto do surgimento desta indagação: o que faz com que a permanência das bases biológicas se torne uma questão importante na constituição de uma psicologia científica? Seria o caráter múltiplo e singular do humano?

Quando pensamos a reconfiguração epistemológica – em termo de desvinculação das bases biológicas – da psicologia a partir da singularidade do humano, partimos daquilo que Rose (2008) considera como característica fundante da psicologia a partir do século XX: a proposição de estudar as diferenças individuais e suas diversas configurações. Assim, não se torna suficiente para a ciência psicológica a explicação unicamente biológica da constituição do homem, pois há nessa constituição aspectos que não são passíveis de objetividade, postulado básico do fazer científico biológico, como, por exemplo, as experiências subjetivas

vivenciadas nas relações interpessoais.

Com isso, nota-se uma necessidade, por parte dos pesquisadores, de abandonar a exclusividade dos paradigmas biológicos para, assim, postular um saber e um fazer científicos da psicologia que possibilite abarcar as diversas reverberações das dimensões sociais. Sobre isso, Prado Filho e Martins (2007) observam que a alteração de paradigmas gerou um

[...] movimento de deslocamento do biológico para o cultural, do natural para o histórico, do individual para o coletivo; o olhar torna-se sempre mais social, histórico e político, desenhando objetos sociais, centrando foco nas relações, mas também no material, buscando superar as concepções idealistas, subjetivistas e individualizantes (Prado Filho & Martins, 2007, p. 15).

O leque de possibilidades para tentar responder aos problemas colocados no campo psicológico aumenta e assim as bases biológicas se tornam insuficientes para responder questões que envolvam o contexto social, como por exemplo, a pobreza (Nunes, 2012). Mas como dar conta dessas novas questões levantadas dentro dos problemas de pesquisa da área, a partir de um fazer descolado das ciências biológicas, sem se tornar apenas uma repetição daquilo que é feito nas demais ciências que pesquisam o homem?

Parte da resposta para essa pergunta está no próprio contexto de seu surgimento, o englobamento dos aspectos sociais mencionados para as análises pretendidas, o que faz com que a construção de conhecimento nesse campo parta do homem, mas não se resuma a ele. Começa-se a construção da noção de que o humano não se constitui isoladamente, mas a partir de suas vivências em sociedade (Prado Filho & Martins, 2007).

É importante que façamos a ressalva de que o entendimento acerca da constituição do humano através de múltiplos aspectos não é construído de forma exclusiva. Há trabalhos elaborados na primeira metade do século XX que, segundo Figueiredo e Santi (1999), se pautam pela ideia de que o homem se constitui sozinho, única e exclusivamente a partir de

suas experiências individuais, sem muita – ou nenhuma – interferência dos demais ou do contexto social nessa constituição, ideia que os autores chamam de “subjetividade privatizada” (p. 3). Tal ideia é considerada, ainda segundo os autores, como um dos sustentáculos do surgimento da psicologia enquanto ciência. Figueiredo e Santi (1999) afirmam que tanto o início científico da psicologia quanto os passos em direção ao afastamento das diretrizes biológicas advêm da subjetividade privatizada através da sua criação e sustentação, bem como a partir de sua crise.

No que diz respeito ao início da psicologia como ciência, podemos datar sua ligação com a subjetividade privatizada a partir de meados do século XIX, com a valorização de que cada sujeito se pensasse como único responsável por sua constituição, autônomo em relação às suas escolhas e experimentador de vida única. Assim, para os autores, “surge um espaço para a experiência da subjetividade privatizada: quem sou eu, como sinto, o que desejo, o que considero justo e adequado? Nessa situação, o homem descobre que é capaz de tomar suas próprias decisões e que é responsável por elas.” (Figueiredo & Santi, 1999, p. 3). Sobre o afastamento do fazer científico biológico, podemos localizá-lo na crise dessa ideia que valoriza a autonomia e singularização de cada sujeito, que se inicia no romantismo e se acirra com o neoliberalismo. “A subjetividade privatizada entra em crise quando se descobre que a liberdade e a diferença são, em grande medida, ilusões.” (Figueiredo & Santi, 1999, p. 10).

Nota-se assim que, por trás da concepção de que os sujeitos são constituídos por si mesmos e são autônomos em suas vivências e escolhas, existem aspectos sociais e culturais irredutíveis ao indivíduo que balizam tanto a constituição do humano quanto suas vivências. Assim, a percepção de que o homem se constitui em meio à vida em sociedade, em conjunto com os demais e em experiências coletivas, tem papel significativo no fazer científico desse campo, que começa a ter um norte para suas próprias bases. Pensar a constituição do homem como discutimos aqui possibilita pautar suas relações e considerar processos históricos para

sua formação (Prado Filho & Martins, 2007).

Partir dessa noção histórica possibilita que a psicologia se volte ao humano levando em conta que ele se relaciona, tem desejos, singularidades e semelhanças e divergências nas formas de existir e viver. Com essa perspectiva, o humano passa a ser percebido e considerado em uma multiplicidade de aspectos. Reconhece-se também a dinamicidade de suas existências e relações (Prado Filho & Martins, 2007).

Ao levarmos isso em consideração, acreditamos ter a última parte da resposta sobre como ocorre a alteração das bases científicas da psicologia ao buscar um saber científico próprio. Atentar-se aos processos de constituição dos sujeitos, de suas interações, bem como sua forma de ser e existir torna possível a distinção da psicologia enquanto ciência (Rose, 2008). Por certo, não é possível afirmar que a psicologia é homogênea. Ao tecer considerações sobre a constituição científica da psicologia, buscamos trilhar os caminhos históricos dessa ciência.

Desta forma, quando falamos da constituição da psicologia enquanto ciência, pretendemos evidenciar o deslocamento das bases biológicas para a constituição de bases científicas próprias. Outrossim, não se exclui o diálogo com as demais ciências no saber científico deste campo. Cada corrente dentro da área conduz o diálogo com outros campos de saber para dar conta das demandas do homem enquanto interesse de suas produções.

Discorremos anteriormente que a criação e sustentação da valorização de um sujeito voltado para si foi importante para a constituição científica da psicologia, e sua crise, para o afastamento da ciência nascente das bases biológicas (Figueiredo & Santi, 1999). Assim, se o entendimento que se tem de sujeito é essencial para a construção de conhecimento da psicologia, parece-nos importante abordar a noção de sujeito que sustenta e norteia a nossa discussão.

Partimos do entendimento que as noções de sujeito são necessariamente condicionadas

pela história, uma vez que cada mudança social interfere diretamente na sua sustentação (Guattari & Rolnik, 1996). Nessa perspectiva, é possível identificar três grandes marcos sobre o sujeito e sua constituição que podem exemplificar a ligação desta noção com as alterações históricas. O primeiro pode ser localizado nos anos iniciais do século XIX e pode ser denominado, segundo Rolnik (2005), como “modelo mecanicista” (p. 50). Nessa época, tudo o que diz respeito à vida em sociedade – incluindo o sujeito – é pensado como ordenado, funcionando sempre no mesmo ritmo e sem espaços para a instabilidade ou mudanças. O sujeito do modelo mecanicista é aquele que “se vê como uma essência identitária, uma ordem, sempre igual a si mesma” (Rolnik, 2005, p. 51). Essa concepção de sujeito instaura o entendimento de que este é composto por si mesmo, independente das relações vivenciadas no contexto social do qual faz parte. Nada modifica ou altera a constituição de um sujeito, pois ele é concebido como estável, ordenado e se identifica com isso: entende tanto a ordem quanto a estabilidade como componentes de sua essência. Ignoram-se as relações sociais ou o contato com o outro, pois, assim como o sujeito, este outro também é visto como estável, ordenado e único responsável por sua constituição. Por conta disso, o outro também é visto em uma posição de neutralidade em relação ao sujeito, já que este – o sujeito – pensa a si como completo em si mesmo (Rolnik, 2005).

Em meados do século XIX, há o início de um processo histórico que pode localizar um marco de alteração no entendimento acerca do sujeito, o chamado sujeito moderno (Rolnik, 2005; Figueiredo & Santi, 1997), que não difere muito do sujeito mecanicista anteriormente descrito, a não ser pela retirada do outro da posição de neutralidade. Percebe-se que o sujeito não é tão autossuficiente quanto se pensava e que, para ser constituído, depende de determinantes externas a ele, inclusive das relações que constitui em sociedade (Figueiredo & Santi, 1997). Dessa forma, se há uma importância constituinte nas relações do sujeito com o outro, não se pode pensá-lo como neutro. Entretanto, ao deixar de lado o entendimento de

neutralidade para a figura do outro, estabelece-se a ideia de que o outro representa turbulência e caos, que seriam prejudiciais ao sujeito. Assim, mesmo no sujeito moderno, a pretensa ideia de ordem e estabilidade ainda se faz presente.

Ao colocar o outro como representante do caos e da desordem, o sujeito moderno desenvolve meios para que a inevitável relação entre eles não cause transformações irreversíveis na sua constituição. Ao tentar evitar as transformações do encontro com o outro, Rolnik (2005) discorre que o sujeito moderno é aquele que luta constantemente contra o encontro, a fim de minimizar as turbulências causadas por ele e manter sua constituição ordenada e estável. Novamente, o que se vê é a ideia de que o sujeito deve ser pensado a partir de si mesmo, contendo sua essência na identificação com a ordem social dominante. A autora define os tais meios como “*scripts*” (p. 52) que o sujeito constrói para demarcar tanto “os lugares de um si mesmo quanto os lugares do outro, assim como a relação entre eles” (p. 52). Isso é feito justamente para tentar manter certo ordenamento e evitar, ilusória e defensivamente, as transformações, que são inevitáveis nos encontros.

Vê-se que a concepção de sujeito moderno ainda mantém a ideia de uma essência que está ligada à identificação com o ordenamento e a estabilidade, mesmo que se perceba sua impossibilidade. Assim, há uma espécie de luta para manter essa ideia de estabilidade por meios que falseiam um si mesmo estável e completo. É possível perceber a presença dessa noção de sujeito mesmo nos dias de hoje, em que este se pensa como indivíduo centrado em si, mesmo que não o seja de fato (Figueiredo & Santi, 1997).

A partir da discussão proposta por Guattari e Rolnik (1996), podemos afirmar que há motivos para a permanência histórica dos moldes do sujeito moderno, qual seja, a sua serventia para a manutenção das bases capitalistas. Diferentemente do surgimento dessa noção de sujeito, na qual ele mesmo criava meios de falsear a ideia de sua essência ordenada e estável, o sujeito moderno dos dias de hoje, embora se pense constituído de ordem,

estabilidade e autonomia, já não forja por si só os *scripts* que encobrem a importância dos demais e do contexto. Para os autores, diferentes agentes do mercado participam disso, colocando em circulação meios para que, através de instâncias como a mídia, seja possível um “processo de individuação” (p. 37), responsável por produzir indivíduos, ou seja, fazer com que o sujeito seja pensado a partir da ideia de um si mesmo, encobrindo o fato de que ele é resultado de uma série massificada voltada a “produzir indivíduos deslocáveis ao sabor do mercado” (Guattari & Rolnik, 1996, p. 39). Nesse sentido, pode-se dizer que o sujeito moderno é forjado, até mesmo nos dias atuais, por meios que o fazem atender a toda e qualquer demanda produtivista que lhe seja colocada na sociedade capitalista, ao mesmo tempo que ele se pensa como único, autônomo e insubstituível. Vende-se a noção de completude em si mesmo, além da pretensa autonomia do sujeito, através da ilusão de estabilidade e segurança, seja afetiva, emocional, financeira ou profissional, para manter a hegemonia dos pilares capitalistas (Rolnik, 2005).

Sobre essa discussão, Spink (2011) afirma ser possível identificar o objetivo e a função da individuação: autonomizar cada vez mais o sujeito para, ao torná-lo indivíduo, atender a demandas de uma sociedade hegemônica, a capitalista, pautada pela produção de mão de obra capaz de promover a manutenção do *status quo*, com a hegemonia de bases institucionais voltadas às demandas de mercado.

Em paralelo com essa noção de sujeito moderno, autônomo e individualizado, há um processo de constituição de sujeitos mais específico de nossos tempos – meados do século XX em diante – que, segundo Rolnik (2005), atormenta a noção de sujeito moderno que acabamos de apresentar, por colocar em questão a ideia de essência e de identidade, deixando entrever seus limites. Tal processo pode ser descrito como produto das duas Grandes Guerras, que proporcionaram uma reconfiguração das instituições sociais, e dos limites da disciplina – entendida como a responsável pela elaboração e veiculação de mecanismos capazes de

promover e sustentar a noção de sujeitos completos em si mesmo – como constituinte de sujeitos (Rolnik, 2005). Nele, embora ainda se veja o encontro com o outro como produtor inevitável de turbulências e transformações, essa percepção não se dá em uma ótica negativa: tais transformações e turbulências deixam de ser sinais do caos para serem sinais da complexidade do mundo. Nesse sujeito, não é possível pensar uma essência a partir da identificação com a ordem e a instabilidade, uma vez que, em cada encontro com o outro, é possível perceber transformações, enfrentamentos, diferenças e rupturas (Rolnik, 2005). Além disso, o si mesmo do sujeito moderno não cabe nesse processo justamente por conta da complexidade desse sujeito, que se faz fundamentalmente a partir do encontro com o outro, pois:

[...] não dá para pensar corpo algum isoladamente como um em si, pois não existe corpo que não esteja em confronto com os outros, e no encontro entre os corpos, desestabilizam-se as estruturas vigentes, formando-se ao mesmo tempo, e indissociavelmente, novas estruturas [...] não existe nada no universo que não seja fruto desta coexistência dos corpos (Rolnik, 2005, p. 53).

É possível afirmar, então, que esse processo de constituição do sujeito é aberto e imprevisível, uma vez que toma em consideração a relação e os encontros constantes com o outro que, como discorre a autora, desestabilizam e alteram as bases que constituíam o sujeito até então. Esse constante movimento de desestabilizar e reconstituir o sujeito nesse processo é o que faz com que o sujeito moderno – que se vê completo em si mesmo – perceba-se ameaçado, sem saber como lidar com o abandono de sua concepção antiga para experienciar a complexidade dos vários encontros com o outro e consigo (Rolnik, 2005). Isso porque esse outro sujeito coloca em questão todos os norteadores do sujeito moderno, que se vê questionando tanto a si quanto ao seu papel social, que até então era forjado para falsear a ideia de que o sujeito deveria zelar pela manutenção da lógica capitalista (Guattari & Rolnik,

1996). Esse conflito interno do sujeito desestabiliza a ideia de uma essência ligada à identificação com uma ordem social posta e leva o sujeito a gradativamente abandonar os parâmetros de um em si mesmo e buscar reconstituir-se de outro modo, qual seja, nesse processo que se norteia pelo encontro com o outro (Rolnik, 2005).

Como esse deslocamento do sujeito moderno para um outro processo de produção de sujeitos se dará não sabemos de antemão. Rolnik (2005), Guattari e Rolnik (1996) e Figueiredo e Santi (1997) apontam que, para além do como, o importante é analisar o processo. Com esse intuito, parece-nos importante para nosso trabalho que, ao focarmos a medicalização nos capítulos que se seguem, partamos justamente desse novo processo de constituição de sujeitos, que coloca em xeque o sujeito norteado por uma completude em si mesmo.

No que diz respeito especificamente aos processos de medicalização, pode-se encontrar na Psicologia diferentes abordagens e campos de pesquisa. Nas pesquisas psicanalíticas, restringindo-nos às freudolacanianas, a medicalização ocupa um lugar problemático, principalmente quando recorre, em casos considerados graves, a intervenções farmacológicas (Canabarro & Alves, 2009). Quando isso ocorre, a medicalização é percebida como uma forma paliativa de tratar o sofrimento dos sujeitos (Baltazar, 2005). Isso porque a psicanálise considera que a maneira mais eficaz de combater sintomas é identificar a causa e tratá-las diretamente, valendo-se da terapêutica clínica (Laplanche & Pontalis, 1996). Assim, o uso de medicamento foca o sintoma, visando à extinção dele de forma rápida. Adotando uma perspectiva questionadora na psicanálise, Pelegrini (2003) aponta que a medicalização na sociedade contemporânea é tida como uma busca central e imediatista de solução supostamente rápida para o sofrimento dos sujeitos, deixando de ser um coadjuvante no tratamento de patologias. Nesses termos, é possível dizer que a medicalização é vista como instrumento que aplaca o problema, evitando o contato direto com afecções, patologias e

sintomas de difícil abordagem que interfiram na busca pelo ideal de vida feliz (Canabarro & Alves, 2009).

Nas pesquisas sobre o tema da medicalização vinculadas à perspectiva da psicologia histórico-cultural, elabora-se uma crítica aos diversos agentes e instituições que reconfiguram as bases sociais em resolução médica e farmacológica (Suzuki, Leonardo, & Leal, 2017). Ao proceder desse modo, visa-se estancar a análise dos problemas sociais, mantendo a hegemonia de expectativas e valores em relação aos sujeitos que consomem os medicamentos, culpando-os tanto pela patologia em si quanto pelos efeitos relacionais que delas se desdobram. O medicamento atua, então, como ferramenta que serviria para extinguir aspectos que impedem o sujeito de atender às demandas sociais da forma esperada, rotulando-os como patológicos (Spazziani, 2001). Em larga medida, isso facilita a manutenção de diretrizes sócio-históricas desiguais, segundo as quais o sujeito deve cumprir todas as expectativas das instituições sociais.

Discussões realizadas no campo da psicologia crítica pontuam que a medicalização promove a redução do sujeito unicamente aos seus aspectos biológicos, fazendo com que todos os aspectos cotidianos de sua vida sejam avaliados a partir deles. Assim, os usuários de medicamentos tendem a ser rotulados por meio do arcabouço médico, aderindo ao consumo de medicamentos para a manutenção de um padrão de existência socialmente aceito (Uhr, 2012). A dimensão crítica adotada nessa abordagem mostra que as dificuldades encontradas pelos sujeitos para desempenhar seus papéis sociais acabam sendo explicadas apenas como déficits biológicos individuais, devendo ser identificados e tratados pela via dos fármacos (Conrad & Barker, 2013), à revelia de uma análise crítica das bases relacionais da sociedade. Segundo Vaz (2015), a redução do sujeito à esfera biológica faz com que aspectos sociais complexos e historicamente situados sejam tratados como doenças, conferindo legitimidade aos saberes médicos para proporcionar a padronização dos sujeitos.

Em perspectiva similar, as discussões da psicologia social que se filiam à filosofia da diferença abordam a medicalização de modo a problematizá-la na construção de modos de existência padronizados (Lemos, Gomes, & Oliveira, 2020). Essa padronização tende a apagar os diferentes modos de existência, promovendo diversas formas de controle sobre os sujeitos e sobre a manutenção dos padrões sociais vigentes (Carvalho, Rodrigues, Costa, & Andrade, 2015). Silva (2015) argumenta que a medicalização pensada nesses moldes atua principalmente em duas frentes, quais sejam, a produção de subjetividades padronizadas, que são veiculadas aos sujeitos nas instituições sociais, além do controle e extinção do que é considerado desviante e não aceito socialmente, por meio da legitimação dos saberes médicos.

Nosso trabalho situa-se no entrecruzamento entre a psicologia social e a filosofia foucautiana: uma vertente ao mesmo tempo crítica e questionadora que toma em consideração a análise dos dispositivos de controle, vigilância e disciplinarização que incidem sobre a diferença. Da perspectiva crítica, ressaltamos que nossa argumentação se baseia no entendimento de que “a crítica é o movimento por meio do qual o sujeito se atribui o direito de interrogar a verdade sobre os seus efeitos de poder, e ao poder sobre seus discursos de verdade” (Foucault, 1995a, p. 5). Da perspectiva da filosofia da diferença, mobilizaremos as pesquisas de caráter foucaultiano que questionam o normal e o patológico, mostrando sua validade e instrumentalização por meio de práticas disciplinares e normalizantes (Foucault, 2011). Essa mobilização se dará a partir do entendimento de que a medicalização figura como importante mecanismo de padronização dos sujeitos e facilitador da pretensa extinção das diferenças (Caponi, 2012). Veremos esses aspectos de forma mais detalhada no segundo e terceiro capítulos deste trabalho.

## 2.2 ANTROPOLOGIA: CONSTITUIÇÃO CIENTÍFICA E NOÇÕES DE SUJEITO

Cabe-nos agora discorrer acerca da constituição científica da antropologia, a fim de analisar possíveis aproximações e distanciamentos entre esses saberes no que tange a bases

científicas. O início da discussão antropológica enquanto campo de conhecimento científico pode ser demarcado bem próximo da constituição científica da psicologia, em meados do século XIX, também com forte influência das matrizes científicas biológicas, como afirma Lidório (2009). Para o autor, a consolidação científica da antropologia está vinculada, em seu início, a dois pontos cruciais que norteavam as pesquisas deste período, são eles: a crescente tentativa científica de mapear e explicar o surgimento e desenvolvimento das sociedades europeias a partir de outros povos e o estudo de organizações societárias tidas como exóticas pelos europeus, com vistas a uma possível colonização. Assim, é possível afirmar que os primeiros passos da antropologia em direção à constituição científica se dão a partir de diretrizes colonialistas (Nascimento, 2016), autocrítica presente até hoje entre os antropólogos. Mas, o que significa fazer tal afirmação?

Refletir sobre isso passa pelo entendimento acerca das bases biológicas no fazer antropológico. A utilização dos parâmetros biológicos ocorre por meio do darwinismo social, ou seja, a classificação das sociedades em termos evolutivos, partindo do primitivismo até a civilização (Lidório, 2009). Neves (2008), ao discorrer sobre a temática pontua que:

[...] para os primeiros antropólogos do século XIX, atordoados, por um lado, pela então impactante obra de Darwin e, por outro, pelo exotismo das culturas de suas colônias, tanto na África, quanto na Ásia e na América, as distintas etnias do planeta passariam, todas, por graus de civilização cada vez mais complexos até chegarem na mais evoluída, por acaso a Inglaterra vitoriana. Para tais antropólogos, geralmente de gabinete, todo e qualquer grupo humano, se deixados por sua própria conta e provido o tempo necessário, passariam, ao longo dos milênios, pelos diversos estágios culturais que a Europa ocidental passou (p. 3).

Nesta perspectiva, as pesquisas antropológicas têm por objetivo acessar populações distantes, exóticas e constituídas por outras formas relacionais e culturais que não as

européias, em termos de religião, costumes, linguagem, produções artísticas e hábitos alimentares. Tal acesso permitiria estudá-las e classificá-las nos parâmetros evolutivos, identificando os estágios vividos por uma sociedade para alcançar características tidas como civilizadas, objetivando assim entender o processo que teria sido vivenciado pela sociedade europeia até alcançar a civilidade.

Vale ressaltar, portanto, que esses parâmetros são pensados em comparativo com o modo de vida da Europa, que era tido como o mais civilizado. Segundo Rubim (1999), diferir deste modo de vida é, nesse período, sinal de certo grau de primitivismo. Com isso, como discorre Nascimento (2016), os europeus conseguem, a partir dos dados das pesquisas antropológicas, estabelecer formas de forçar as populações estudadas a adequarem-se aos padrões impostos por eles. Por conta desse interesse, muitos estudos antropológicos do século XIX possuem financiamento das cortes europeias. Daí também a resposta à colocação sobre o caráter colonizador dos primórdios da antropologia.

A necessidade de alterar as bases que norteiam o fazer antropológico até então surge de forma semelhante ao que ocorreu na psicologia: a antropologia nota que suas questões não são respondidas a contento quando embasadas pelo fazer objetivo das ciências biológicas. Essa demanda gera, para além do afastamento dos ditames do darwinismo social e das ciências biológicas, a alteração da prática antropológica em si. A antropologia muda seu foco e passa a ocupar-se em entender outras formas de organizações sociais, sem inferiorizar ou categorizar nenhuma (Kuper, 1978).

O abandono dos nortes biológicos causa o surgimento do mesmo questionamento enfrentado na psicologia sobre como fazer a alteração das bases científicas. Assim como no campo psicológico, o caminho da antropologia se faz ao considerar o humano como constituído de diversos aspectos – sociais, relacionais e culturais, por exemplo – para a realização de suas pesquisas (Rubim, 1999). A partir de problemáticas norteadas por esses

aspectos, a antropologia passa, por exemplo, a “enfrentar problemas como as diferenças de poder entre o pesquisador e seus informantes – parceiros de pesquisa -, dos conflitos e das desigualdades sociais entre os povos que são substancialmente diferentes” (Rubim, 1999, p. 11).

Essa alteração torna-se basilar para os trabalhos antropológicos, favorecendo e possibilitando o abandono das hierarquizações entre as sociedades acessadas pelos antropólogos, pois instaura, segundo Kuper (1978), o princípio da alteridade. Por alteridade entende-se o estudo do homem para a compreensão dos diversos aspectos que o constituem, sem promover uma espécie de *ranking* classificatório entre os diversos modos de existência ou de organização social.

Essa modificação das bases do fazer antropológico possibilita a manutenção da antropologia enquanto ciência mesmo depois que sociedades tomadas como distantes e exóticas e vistas como foco principal desta seara, como, por exemplo, algumas etnias indígenas, vão sendo extintas. Estamos falando de meados do século XX, período em que os antropólogos começam a pensar que o fim dessas sociedades poderá causar o fim da antropologia. Rubim (1999) pontua que:

[...] esta discussão aparece na literatura dos anos 50/60 com a chamada crise do objeto quando Lévi-Strauss (1962) [na obra “A Crise Moderna da Antropologia”] faz um alerta sobre a possibilidade do desaparecimento das sociedades tribais, tradicionalmente o objeto de estudo antropológico (p. 8).

Pautados pelas novas bases científicas, os antropólogos percebem a possibilidade de pesquisar o homem da sua própria sociedade, mantendo assim a cientificidade antropológica. Surge aqui outro norteador importante para esta área de conhecimento, a desnaturalização. Segundo as discussões de Velho (1978) na antropologia urbana, incluir a desnaturalização na prática antropológica significa considerar que nada pertinente aos modos de ser e existir é

como sempre foi e se explica por si só. Partir disso, implica problematizar e estudar de forma detalhada os componentes da vida social, sendo essa abordagem o que sustenta o caráter científico da antropologia.

Assim, podemos dizer que o fazer antropológico deixa a lógica objetiva e as diretrizes das ciências biológicas para um fazer científico próprio, norteado pela noção de que o homem é constituído por inúmeras questões e que, portanto, a prática antropológica se esforça em partir do princípio da alteridade e na desnaturalização de tudo o que envolva os modos de ser e existir do homem.

No decorrer desta seção construímos nossa argumentação em torno do pressuposto de que o homem é o foco das pesquisas antropológicas. Ao discorrer sobre isso na discussão empreendida sobre a psicologia, argumentamos que esta afirmação significa que os estudos da psicologia partem do homem, mas não se resumem a ele isoladamente.

É possível repetir também esta afirmação acerca da antropologia, pontuando que partir do homem sem resumir tudo a ele requer o estudo das múltiplas questões e aspectos que constituem o sujeito, bem como o entendimento da antropologia sobre ele.

Tanto a psicologia quanto a antropologia partem de uma concepção do homem como ser multidimensional e complexo para a realização de seus estudos. Nas pesquisas antropológicas, a cultura tem caráter importante na constituição de estudos que contemplam a complexidade dos sujeitos. Tomar o homem enquanto sujeito de cultura está intimamente vinculado com a discussão que fizemos anteriormente sobre a não hierarquização dos povos. Cunha (2017), através da etnologia, discorre que partir da noção de que o homem é sujeito de cultura significa necessariamente considerar que todos os sujeitos e todas as sociedades são ao mesmo tempo produtos e produtores de cultura, não sendo possível assim inferiorizar nenhum deles.

Segundo Laraia (2001), a cultura é dinâmica e complexa, pois cada sujeito participa dos aspectos culturais de seu contexto social - e os acessa - de forma diferente. Em um mesmo contexto, ao mesmo tempo que as bases culturais são as mesmas para todos os sujeitos, elas os constituem de formas distintas. A cultura é, para o autor, a intermediadora das relações sociais sem deixar de ser um construto delas, entendimento fundamental para a antropologia, e em especial para sua vertente cultural. Rubim (1999) aponta que, com esse entendimento, a antropologia:

[...] vem trabalhando com a problemática da natureza x cultura, isto é, de uma mesma unidade biológica humana em confronto com a sua multiplicidade cultural. A questão básica colocada pela antropologia tem sido: frente a unidade biológica comum a todos os seres humanos, como se explicariam as diferenças visíveis? (p. 10).

Partindo da diferença, mas não da hierarquização das culturas, a antropologia pauta seus estudos pela concepção de que o homem não é seu objeto de pesquisa, mas sujeito e interlocutor, tanto na posição de pesquisador quanto na posição de pesquisado (Laraia, 2001). Colocar o sujeito como interlocutor das produções da antropologia significa que sua perspectiva acerca das questões analisadas também importa, partindo da ideia de que não só o pesquisador é detentor de saber, mas que o sujeito participante da pesquisa também possui um saber que é relevante para a construção do conhecimento pretendido (Flick, 2009).

Para que esse saber seja acessado, é preciso que se considerem os aspectos da vida cotidiana dos sujeitos, pois aqueles, segundo Gunther (2006), interferem em seus modos de ser, pensar e agir sobre as vivências experienciadas destes e, portanto, são parte importante da construção de saberes, pois “[...] os acontecimentos no âmbito do processo de pesquisa não são desvinculados da vida fora do mesmo” (Gunther, 2006, p. 203).

Gunther (2006) afirma que é preciso ter em mente que o pesquisador também é um sujeito e a interação entre o sujeito pesquisador e o sujeito participante produz efeito no

contexto de estudo, caracterizando assim uma relação dinâmica entre eles. Nesta perspectiva, é possível afirmar que, no processo de pesquisa, há um envolvimento de ambos os sujeitos, o que faz com que o estudo seja possível a partir do contexto sociocultural do qual tanto pesquisador quanto participante fazem parte.

Isso se aproxima da discussão proposta por Minayo (2012) acerca de medidas para a construção relacional do conhecimento nas pesquisas científicas. Segundo a autora, cabe ao sujeito pesquisador considerar que, se o vínculo é relacional e mediado pela cultura, tanto o narrado quanto o vivido estão “entranhados na e pela cultura” (Minayo, 2012, p. 622). Tal afirmação significa, ainda para Minayo (2012), o entendimento de que todo estudo que parta dos pressupostos que discurremos até aqui pode ser localizado no tempo e no espaço. Dito de outro modo, é necessário entender que o conhecimento gerado deve ser contextualizado a um recorte sociocultural específico e que o papel do antropólogo é o de compreender sem pretender com isto aplicar este conhecimento para contextos diferentes.

Maluf (2013) discorre que essa alteração na concepção antropológica acerca da constituição do sujeito a partir de constructos culturais apresenta para a área dois caminhos. O primeiro consiste em descentralizar a figura do antropólogo como único detentor de saber, conferindo protagonismo também àqueles que se encontram na posição de pesquisados. O segundo – que, para nossa discussão, parece ser o mais interessante – tem a ver com a constituição de estudos sobre as sociedades ocidentais capitalistas. Para a autora, quando o assunto é a constituição dos sujeitos dessas sociedades,

[...] o sujeito (empírico e conceitual) tem sido em geral situado no interior da configuração individualista moderna, e muitas vezes reduzindo a esta – sujeito e indivíduo sendo tomados como duas faces da mesma moeda, cunhada pela abordagem das representações sociais (Maluf, 2013, p. 132).

Essa leitura implica dizer, ainda para Maluf (2013), que “há um sujeito, presente na locução ‘do sujeito’” (p. 133). A noção de sujeito que se tem nesse contexto então é cunhada por meio de bases individualizantes que visam falsear a ideia de que cada sujeito deve ser entendido como isolado do meio em que vive e das relações que constitui. Desse modo, ao falar sobre si, o sujeito retrata não a si – enquanto constructo e construtor da cultura de seu contexto – mas a noção construída de um sujeito singular, individual, que nada reflete de seu contexto sociocultural.

Já o segundo caminho a ser tomado pela antropologia é o de problematizar os enunciados que possibilitam a sustentação da noção de sujeito intimamente vinculada com parâmetros individualizantes (Maluf, 2013). A ideia de individualização pode ser entendida como um processo a que o sujeito é submetido a partir dos séculos XVII e XVIII para ser pensado como um indivíduo (Prado Filho & Martins, 2007). Na antropologia, indivíduo surge, segundo Goldman (1996), nos escritos sobre a noção de pessoa localizados na obra de Marcel Mauss (1938) intitulada “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa”, para estabelecer uma separação dicotômica entre as questões biológicas e as questões sociais. Isso significa que a noção de indivíduo começa a ser mobilizada no pensamento antropológico apenas como um instrumento de demarcação destas questões. Entretanto, Goldman (1996) também aponta que essa mobilização acarreta um problema de análise para a pesquisa antropológica, qual seja, a mera separação entre social e biológico a partir da noção de indivíduo torna impossível a compreensão sobre as concepções de social e individual que o grupo estudado possui. O antropólogo deixa de compreender a complexidade do humano quando se pauta pela noção de indivíduo como simples demarcação (Goldman, 1996).

A explicação que Goldman (1996) encontra para esta mobilização de Mauss é a preocupação em não incorrer em pesquisas de cunho holista, ou seja, que visam dar conta da totalidade da realidade estudada. Duarte (1998), ao discutir as bases da antropologia social,

entretanto, discorre que é preciso sim se desvencilhar do que chama de “holismo metodológico na antropologia” (p. 15), pois não é possível considerar a complexidade do humano partindo da noção de indivíduo enquanto demarcador entre o biológico e o social. Mas aponta que não se trata de holismo a partir do entendimento da complexidade do sujeito e de sua constituição cultural, uma vez se faz necessário que os entendimentos acerca de indivíduo sejam analisados em profundidade. Duarte (1998) sinaliza que a individualização impede a compreensão da referida complexidade da constituição do sujeito.

Salem (1992) argumenta que a construção de uma noção de sujeito colocado como um sinônimo de indivíduo, como deslocado do social e compreendido como único responsável por sua constituição sem dever nada à sociedade, é pautada por um sustentáculo moral que se forma para a hegemonia dos modelos sociais neoliberais. Ao pensar a si como um ente isolado do todo, esse sujeito – agora indivíduo – passa a atender as demandas sociais hegemônicas sem grandes problemas ou preocupações com o impacto de suas ações para o restante da sociedade, afinal ele precisa fazer o que for preciso para seu benefício. Ademais, sua não preocupação com a sociedade é um dos lados dessa noção, pois “a representação do indivíduo como proprietário de si e, correlativamente, como o fundamento primeiro e último da vida social manifestasse ainda na modalidade de sua relação, de um lado, com a sociedade pensada como totalidade, e, de outro, com os ‘outros’” (Salem, 1992, p. 67). O outro figura, nesse contexto, como um competidor que pode se tornar um empecilho para a manutenção dos direitos e liberdades individuais. Tal concepção torna-se um plano fértil para que competições desiguais no mundo do trabalho, por exemplo, se tornem hegemônicas e até defendidas pelos próprios sujeitos.

Para analisar esse contexto, Rose (2011) postula a ideia de *self*, que tem ligação com a discussão de sujeito como proprietário de si de Salem (1992). Como *self*, o autor descreve a criação de uma espécie de essência de sujeito, pautada por sua individualização. Essa suposta

essência sustenta a noção ensimesmada de sujeito, referendando o indivíduo moderno e maquiando sua constituição cultural com o intuito de manutenção de bases sociais desiguais (Rose, 2011). Vale dizer que a demarcação como indivíduo moderno se faz importante nesse contexto, pois o entendimento acerca de indivíduo vinculado à ideia de sujeito se faz possível a partir de um aparato discursivo que o sustenta. Esse aparato pode ser definido como a junção de enunciados morais, religiosos, econômicos, médicos e psicológicos que atuam na promoção da noção de indivíduo, tornando o sujeito ensimesmado (Russo, 1993). Mesmo que, nas sociedades ocidentais, a concepção de sujeito esteja entrelaçada na construção de uma noção individualizante, é possível afirmar a importância da cultura. O aparato apontado por Russo (1993) tem por objetivo forjar a ideia de que é possível pensar o sujeito como um ente separado do contexto social e dos demais. Todavia, ainda para a autora, essa ideia apenas oculta a importância cultural na constituição de sujeitos, para que eles não interfiram na hegemonia da desigualdade social (Russo, 1993; Maluf, 2013).

Quando analisamos a noção de sujeito para a antropologia, estamos tratando de um constructo e de um construtor simultaneamente, atribuindo relevância ao contexto cultural do qual ele faz parte (Laraia, 2001). Ter isso como norte de análise e produção faz com que se leve em consideração que o sujeito é constituído complexamente. Sendo assim, seja em contextos em que a pluralidade de aspectos sociais se faz perceptível, como entre as sociedades indígenas que partem do todo para constituir cada ente em função de seu papel social (Cunha, 2017) ou em sociedades ocidentais que mascaram a importância cultural por meio de constructos individualizantes (Maluf, 2013), há bases culturais constituindo e sendo constituídas pelos sujeitos (Russo, 1993).

É possível encontrarmos discussões iniciais acerca da medicalização desde o início das pesquisas antropológicas. Lévi-Strauss (1973), ao etnografar o processo de formação de um feiticeiro, relata que este executa diversos rituais simbólicos de invocação de espíritos,

valendo-se da materialização da doença em objetos e sua expulsão através de cânticos. O autor relata que tal encenação de fato possuía eficácia e os pacientes daquele feiticeiro curavam-se, o que, segundo Lévi-Strauss (1973), se devia à “eficácia simbólica” (p. 195) que todo aquele ritual tinha para o paciente. Tais práticas eram validadas por aquela sociedade, promovendo uma organização no imaginário do doente que, ao passar pelo processo de simbolização de suas afecções, acreditava-se curado e apresentava melhoras orgânicas.

Ao presenciar um parto feito por um xamã, em que a parturiente tinha algumas complicações que estavam impedindo o nascimento da criança, Lévi-Strauss (1975) identifica novamente a eficácia simbólica, pois o xamã atribuía o mau parto a um espírito que tinha se apossado da criança e não queria largá-la. Para promover a libertação da criança das mãos de Muu – o espírito –, o xamã entoava cânticos narrando sua luta com o espírito, utilizava amuletos simbolizando essa luta e seus personagens, até que, ao fim do cântico, o xamã vencida Muu e o bebê nascia. Lévi-Strauss (1975) discorre que, tão logo o cântico dava a vitória ao xamã, o nascimento ocorria. Isso, segundo o autor, se devia à simbolização no imaginário da mãe ao longo da canção que, imersa numa cultura que validava tal rito e lhe atribuía sentido, sofre reações orgânicas (corporais) que possibilitam o parto.

A relação entre rituais e a medicalização é abordada pelo próprio Lévi-Strauss (1975), que discorre sobre o uso ocidental de medicamentos envolto de eficácia simbólica. Segundo o autor, para além das discussões científicas, o uso de remédios que levam à melhora ou à cura de enfermidades se dá também pela simbolização feita no imaginário do enfermo, que acredita que aquela pílula trará efeito curativo, confia na descrição de seu médico e por isso a toma. Isso tudo é balizado pela validação simbólica do social (Lévi-Strauss, 1975).

Ademais, nossa discussão, de cunho crítico, colocará ênfase nas produções antropológicas que versam sobre o sujeito pensado através de constructos individualizantes, pois elas impactam diretamente “[...] a discussão sobre os fenômenos no campo da

antropologia da saúde, como a medicalização do sujeito, a reconstrução corporal [...]” (Maluf, 2013, p. 142). Deste modo, nos restringiremos ao arcabouço da Antropologia da Saúde, pautando-nos pelas argumentações de autores como Nakamura e Santos (2007), Maluf (2013), Bihel (2011), Langdon, Follér e Maluf (2018). Eles se propõem a destacar os aspectos concernentes ao par saúde-doença, analisando-o como fator importante para a constituição de subjetividades individualizadas e passíveis de serem medicalizadas com a intenção de promover o apagamento de modos de existência divergentes do que é socialmente aceito. Essa perspectiva é possível ao tomar a Antropologia da Saúde como área importante para o estudo das construções subjetivas, modos de existência e, no universo da medicalização, como o antagonismo estabelecido entre saúde-doença e normal-patológico favorece a manutenção de uma organização social voltada à individualização e a uniformização dos sujeitos, reduzindo-os a diagnósticos (Cardoso, 2002).

Partir das discussões advindas da Psicologia Social e da Antropologia da Saúde, transversalizadas pela crítica foucaultiana permitirá, acreditamos, estabelecer aproximações entre o sujeito moderno da perspectiva antropológica e o da perspectiva da psicologia social, além de possibilitar a ampliação do debate acerca do processo de constituição de sujeitos que é observado na atualidade (Rolnik, 2005; Guattari & Rolnik, 1996) por meio das discussões sobre a medicalização.

Com o interesse em analisar o processo entre a constituição do sujeito moderno e essa outra, mais voltada aos encontros com o outro, por meio da noção de medicalização, a partir de agora, se faz necessário tratar dos operadores analíticos que mobilizaremos para construir nossa argumentação em torno da medicalização, tendo em vista as concepções de sujeito abordadas até aqui, que servem de contexto para localizar o ponto inicial dessa pesquisa.

### **3. FOUCAULT COMO APORTE TEÓRICO: ALGUNS DELINEAMENTOS**

Ao argumentarmos em direção a uma noção de sujeito constituída em meio às relações sociais e históricas, colocando-as como fundamentais na constituição dos diversos modos de subjetivação, optamos por partir do aporte teórico foucaultiano. Para tanto, julgamos essencial que, para maior compreensão da noção de sujeito que permeia nossa discussão, abordássemos com maior afincos pontos basilares da constituição do sujeito que são desenvolvidos por Foucault. Assim, as relações sociais ocorrem em meio a relações de poder e o sujeito é entendido como simultaneamente produto e produtor delas. E, para que esses entendimentos se tornem possíveis, são mobilizadas as conceituações acerca de dispositivos, normas, disciplina e loucura.

Nas páginas que se seguem, cada uma dessas conceituações será tratada, a fim tanto de abordar o que são quanto de delimitá-las dentro de sua relevância para o entendimento da medicalização do diferente, fio condutor deste trabalho. Por conta do duplo objetivo deste capítulo, restringimo-nos a algumas obras de Foucault para acessar e fundamentar a construção argumentativa pretendida. Partindo de *Microfísica do Poder* (Foucault, 2018a), *Os Anormais* (Foucault, 2018b) e *História da Loucura* (Foucault, 2019a), visamos apresentar os conceitos supracitados ao mesmo tempo que pretendemos exemplificá-los no universo da medicalização do diferente.

A conexão entre o sujeito que é simultaneamente ente de tensão e sujeitado, o modo de ser e existir da loucura – e a percepção da sociedade em relação a ele – e os conceitos descritos anteriormente é contexto privilegiado para a análise e argumentação acerca da medicalização e, em especial, do recorte que damos a nossa argumentação.

### 3.1 AS RELAÇÕES DE PODER E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

Anteriormente abordamos a noção de sujeito na psicologia e na antropologia. Pontuamos que serão importantes para nossa discussão e mencionamos que retornaríamos a tais noções de forma mais aprofundada. Neste capítulo empreenderemos o esforço de nos determos sobre estas e outras noções foucaultianas – tais como biopolítica, norma e dispositivos – que nortearão as reflexões que empreenderemos em nosso trabalho, iniciando pela constituição do sujeito.

Segundo Foucault (2018a), só é possível tecer considerações acerca do sujeito levando em conta que ele é o principal efeito do poder. Isso é posto, pois o poder, para o autor, não é centralizado em instituições ou pessoas, mas ramificado em todos os âmbitos que compõem uma sociedade. Esta afirmação significa dizer que o poder não é algo que se possui, mas que se exerce a partir de relações (Foucault, 2018a). Toda a constituição social se faz no interior das instituições sociais – escola, igreja e família, por exemplo – por meio das relações que ali se estabelecem (Foucault, 2018a). Essas relações se dão a partir de um tensionamento exercido mutuamente por todos os entes das relações.

É importante pontuar, como faz Guimarães (2019), que o tensionamento para Foucault está relacionado à capacidade de produzir discursos que sejam instrumentalizados de tal forma que se tornem legitimados e massificados por todos os âmbitos da vida social. Ele também está ligado com os movimentos de estabelecimento e recusa de normas sociais, que dizem respeito aos modos de ser e existir. O sujeito não é passivo aos padrões e normas e o tensionamento evidencia isto, pois podemos defini-lo como a resistência constante que o sujeito oferece àquilo que lhe é imposto. Sobre isso, Foucault (2004) discorre:

O que quero dizer é que temos a possibilidade de mudar a situação, que esta possibilidade existe sempre. Não podemos nos colocar fora da situação, em nenhum

lugar estamos livres de toda relação de poder [...] se não há resistência, não há relações de poder. Porque tudo seria simplesmente uma questão de obediência (p. 268).

Assim, quando afirmamos que as relações de poder implicam tensionamentos, compreendemos que estes são definidos como o jogo entre a tentativa de padronização dos sujeitos e a constante resistência oferecida a isso pelos sujeitos. É deste jogo contínuo que se constituem novos discursos que produzirão, por consequência, padrões e normas que servirão como balizadores para pautar o que deve ser vistos como aceitáveis ou não em termos de conduta e modos de ser e existir, por exemplo (Fonseca, 2007). Por meio da aceitação e legitimação na sociedade, os discursos são capazes de formular e massificar padrões que regularão o ser e o existir de todos aqueles que fazem parte da sociedade. Pela resistência, tais padrões são colocados em questão ou mesmo recusados.

O tensionamento nas relações de poder se dá então para que uma delas consiga se sobressair e ser tomada como balizadora do contexto social, produzindo a partir de seus nortes discursos, padrões e normas. Exemplo disso é dado por Foucault (2019a) acerca dos padrões de sexualidade que, no interior das relações sociais, por meio de relações tensionais (as relações de poder) conseguem manter normas heterossexuais como padrões legitimados socialmente.

Pode-se perceber que, nas relações de poder, a partir de tensionamentos, constituem-se os padrões sociais, mas o que tem a ver com o sujeito? Para Foucault (2018a), o sujeito é um dos primeiros efeitos do poder que, por sua vez, é relacional e as relações se dão a partir de tensionamentos. Nesses tensionamentos, produzem simultaneamente sujeitos e padrões. Deleuze (1988), a partir da noção de sujeito como um dos principais efeitos do poder, pontua que, seguindo a perspectiva foucaultiana, o sujeito seria constituído em meio a diversas relações de poder e, em cada uma delas, entra em contato e enfrentamento com a norma. O conjunto dessas normas e seus embates constituiriam os sujeitos.

Dito de outra forma, no interior das instituições sociais, cada ente recebe e promove tensionamentos oriundos das relações de poder estabelecidas, em que são constituintes de diversos padrões e normas – que versam sobre os mais diferentes aspectos da vida social -, que quando agrupados constituem o sujeito. A demarcação do tensionamento se faz importante pois, ao tratá-lo como exercido por todos os entes de uma relação, Foucault (2018a) faz o esforço de pontuar que o sujeito, ao exercer tensão, está constantemente visando desviar do cumprimento de normas e padrões de maneira puramente obediente e arbitrária.

Mesmo que o sujeito possa ser visto como sujeitado, ele também pode ser percebido como aquele que estabelece relações contrárias aos padrões, tenta subjugar-los e estabelecer parâmetros outros de regulação de sua vida. O tensionamento, nesse sentido, serve como uma tentativa do sujeito de não ser constantemente sujeitado, muito embora às vezes o seja (Foucault, 1995), em prol de uma subversão da ordem vigente e reestruturação de – ainda que algumas – normas e padrões.

A todo momento, o sujeito estabelece novas relações e entra em contato com outros tensionamentos. Por isso, o sujeito não é constituído uma única vez e finalizado, mas está em constante constituição, seja de um aspecto ou vários que lhe compõem. Tal apontamento é possível pois, como ressalta Candiotta (2007), o sujeito tal como entendido por Foucault (2018a) é condicionado à história, ou seja, conforme o tempo passa, os padrões e normas que o atravessam se alteram, alterando também a constituição do sujeito.

Outrossim, Foucault (2019b) discorre que não só o sujeito se altera, todo o contexto social se altera em cada tempo histórico. Assim, não se pode afirmar que os padrões e normas que vigoram em uma sociedade, por mais que estejam cristalizados nas instituições sociais, seguirão hegemônicos sempre, uma vez que, alterando-se os sujeitos, alteram-se as relações sociais estabelecidas e também as normas e padrões. Com isso, o autor pontua que, ao mesmo tempo em que os sujeitos são constituídos nas relações de poder, são constituintes delas.

Nesta perspectiva, todos os entes de uma relação de poder exercem tensão de alguma forma, como dito anteriormente, na tentativa de não estarem constantemente sujeitados. Sobre isso, Fonseca (2007) ressalta que não se pode considerar que o sujeito foucaultiano é passivo no processo de sua constituição, pois, ao mesmo tempo em que é constituído por vários padrões através das tensões, também ele faz com que os demais entes da relação estabelecida sejam constituídos por padrões e normas.

É certo que há padrões e normas que são acatados e de certo modo impostos pelos sujeitos, pois não se pode romper com eles em sua totalidade, uma vez que toda forma de organização social tem em sua constituição normas e padrões (Foucault, 2018a). Assim, é certo afirmar que, mesmo que não acate para si todos os padrões e normas que lhe são apresentados por meio das relações de poder, o sujeito é levado – por meio da tensão que se faz – a acatar pelo menos alguns (Fonseca, 2007), como, por exemplo, os entendimentos sobre saúde e doença, se quisermos exemplificar no contexto de nosso trabalho. Os aspectos padronizadores que são, de certa forma, introjetados nos sujeitos compõem um outro ponto sobre a constituição deles que é, ao nosso ver, importante de ser mencionado.

A palavra sujeito também tem em seu sentido uma conotação de sujeição, alguém “submetido à vontade dos outros; cativo, obediente, dócil” (Ferreira, 1999). Para Foucault (2018), esta definição que a palavra recebe também é importante para o entendimento total de sua compreensão sobre o que seja o sujeito. É esta ideia que auxilia, por exemplo, a discussão de Foucault (2018a) sobre a noção de corpos dóceis, da qual partiremos para abordar esse segundo aspecto da constituição do sujeito que mencionamos. Quando atrela as questões de submissão presentes na definição da palavra às definições de sua noção de sujeito, Foucault (2018a) visa dar conta justamente dos aspectos que são impostos aos membros das sociedades, aqueles pontos que apresentam maior dificuldade de rompimento no interior das relações de poder.

Fonseca (2007) discorre que a completude da definição foucaultiana de sujeito somente é dada ao levarmos em conta o sentido de submissão. Nas palavras de Foucault (1995), podemos entender a submissão do sujeito em dois aspectos: “sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a” (p. 235). Isso pois, segundo Foucault (2014), a sociedade é sustentada por códigos morais que regulamentam a conduta de seus integrantes e, dentro destes códigos, há ditames que objetivam sua imposição aos sujeitos para a possibilidade da padronização da conduta e da existência de tais regulamentos. O autor pontua como exemplo disso as leis instituídas no âmbito jurídico, que são impostas a todos os sujeitos, submetendo-os, mesmo que haja tensão na relação entre estes e a legislação.

Essa padronização através da imposição de códigos e regras é pretendida pelas instituições sociais para que os sujeitos se tornem cada vez mais dóceis a atender as demandas e expectativas depositadas sobre eles pelas demais instituições e pelos demais sujeitos (Foucault, 2018a). Portanto, o aspecto de submissão do sujeito na perspectiva foucaultiana está vinculado à massificação de regras e códigos que pretendem constituir-lo na aliança com a manutenção das bases sociais. Isso é posto pois “não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos” (Foucault, 2018a, p. 235)

A submissão do sujeito a certos padrões é de fundamental importância para a hegemonia da ordem social vigente. Segundo Foucault (2018a), até mesmo aquilo que um sujeito considera que tem de individual é no mínimo balizado por esses padrões. Essa afirmação se faz possível pois:

[...] o poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia [...] nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão

sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. [...] O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu (pp. 284-285).

Nesses termos, por mais que o sujeito seja visto como indivíduo (tal como apresentamos no primeiro capítulo de nossa discussão, por exemplo), não é possível fazê-lo em termos de uma pretensa autonomia em relação aos padrões sociais. O indivíduo é fruto do poder que passa por ele e, ao sofrer tensionamento, o constitui e o torna capaz de reproduzir esse efeito nas relações que constitui.

A discussão acerca da constituição do sujeito, e especialmente o caráter concernente à submissão em relação aos padrões vigentes na sociedade, que Foucault (2018a) levanta visa postular que ela (a constituição do sujeito) se dá a partir da articulação entre os tensionamentos exercidos pelos sujeitos – tal como discorremos anteriormente – e a tentativa de imposição de padrões socialmente estabelecidos no interior das relações de poder e que são por elas veiculados.

Isso porque esses padrões têm a pretensão de exercer o controle da sociedade e, para tanto, estabelecem parâmetros do que seja aceitável ou não e, neste sentido, é correto dizer que o sujeito foucaultiano está a todo tempo se deparando com padrões que, mesmo quando não seguidos estritamente, levam-no a tomá-los como parâmetros reguladores de sua forma de ser e existir (Fonseca, 2007).

Segundo Foucault (2018a), essa pretensão se dá por meio da criação de mecanismos forjados para a padronização dos sujeitos, que são operacionalizados com tanta sutileza que são naturalizados no contexto social. São esses mecanismos – que o autor chama de dispositivos – que possibilitam e mantêm todo o processo das relações de poder e tudo que delas é constituído e as constitui.

### 3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE DISPOSITIVOS, NORMAS E DISCIPLINA

Para que consigamos compreender como se dá a constituição dos componentes sociais, inclusive dos sujeitos, a partir do que discorreremos até aqui, se faz necessário que tratemos de alguns conceitos que, para Foucault (2018a), são base para tudo que ocorre nas relações de poder a partir das tensões de força.

Segundo Foucault (2018a), no interior das relações de poder são forjados dispositivos, que têm por função operacionalizar os padrões estabelecidos para que eles sejam componentes constitutivos dos sujeitos e de suas relações. O autor define os dispositivos como um

[...] conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre esses elementos (Foucault, 2018a, p. 364).

Neste sentido, o dispositivo é tudo aquilo que se compõe para atingir constitutivamente os sujeitos, bem como para a manutenção deles dentro dos parâmetros de aceitabilidade instituídos socialmente. É através dos dispositivos que as regras e padrões da sociedade chegam até os sujeitos e são postos como parâmetros.

Também é função dos dispositivos não ressaltar – ou visarem não o fazer – os tensionamentos por trás dos padrões sociais, possibilitando assim que se evite um grande tensionamento contrário às imposições por parte dos sujeitos. Isso se dá justamente por conta de os dispositivos massificarem os modos de ser e existir aceitos socialmente através de meios que visam reduzir os tensionamentos, que podem levar ao rompimento dos sujeitos com o que foi socialmente instituído (Fonseca, 2007).

Foucault (2018a) considera os discursos como dispositivos; assim, acreditamos possível exemplificar a discussão supracitada acerca das reduções de tensionamento por meio da massificação padronizadora promovida pelo discurso religioso. Foucault (2014) discorre que é por meio dele, sendo veiculado a partir das instituições religiosas, que se incute nos sujeitos parâmetros que nortearão sexualidade, afetividade e condutas a partir daquilo que é aceitável no contexto social.

Não se trata de falas abertas e incisivas em direção aos sujeitos que compõem determinada instituição. Muito embora essas falas ocorram, Foucault (2014) aponta que, na maioria das vezes – e o que mais evidencia a eficácia da operacionalização dos dispositivos – o que ocorre é a veiculação de discursos que sejam capazes de incutir os parâmetros sociais, por meio da noção de que o sujeito assim se constitui por sua própria vontade, tornando quase imperceptível a ação dos balizadores discursivos na constituição desse sujeito.

Então, é possível afirmar que a noção de dispositivo em Foucault é responsável pela massificação dos padrões sociais por meios sutis, evitando assim o tensionamento progressivo que poderia levar ao não enquadramento dos sujeitos. Também é possível dizer que, quando o sujeito rompe com os padrões que lhes são impostos, o que ele faz é se desvencilhar da sutileza dos mecanismos e exercer cada vez mais tensionamentos, que o levem a não se adequar passivamente às imposições.

Posto o que é entendido como dispositivo, o que é operacionalizado por ele? Aquilo que Foucault (2018a) entende por norma. Os dispositivos, portanto, operacionalizam as normas que, por sua vez, podem ser entendidas de maneira ampla como aquilo que chamamos até aqui de padrões; todavia cabe um olhar mais detido.

Quando define seu entendimento sobre norma, Foucault (1999) pontua de antemão que não se deve entendê-la como um conjunto de leis ligadas exclusivamente a um poder legislativo. O autor não nega a existência desse sentido na constituição da norma, entretanto

salienta que ela extrapola tal entendimento. A norma diz respeito ao que é e o que não é aceitável em todos os âmbitos da vida social, é ela que cumpre a função de fronteira entre o que é possível de existir e o que é necessário ser corrigido.

Neste ponto, podemos enquadrar também as leis, mas é uma outra característica fundante da norma que faz com que ela não se limite ao âmbito legislativo. Foucault (1999) argumenta que, muito embora a norma tenha um caráter balizador – e punitivo – que institui o permitido e o combatido no meio social, é preciso percebê-la principalmente em seu aspecto positivo.

Ao tratar das balizas sociais e da função corretiva daquilo que não é aceitável socialmente, estamos, segundo Foucault (1999), abordando o aspecto punitivo da norma. O aspecto positivo é seu caráter produtivo, ou seja, sua capacidade de produzir corpos e modos de ser e existir que se enquadrem facilmente em normas. É a junção dos aspectos positivos e punitivos que concede a compreensão da noção foucaultiana de norma.

Os aspectos punitivos da norma criam aparatos para que um sujeito seja avaliado em termos de normalidade ou anormalidade, além de possibilitar atuações para reprimir e/ou coibir um eventual desvio à norma. Ao mesmo tempo, é a própria norma que, além de conceder parâmetros para a avaliação dos sujeitos, dita o que é ou não considerado normal ou anormal (Portocarrero, 2004). Se um sujeito é considerado anormal, é automaticamente mal visto pela sociedade e, portanto, deve ser tomado como alguém que não se enquadra nos padrões de aceitabilidade instituídos. Exemplo disso pode ser visto ao pensar as questões que envolvem o par saúde-doença.

Foucault (2018a) pontua que, com o advento e avanço das bases capitalistas, que analisam e categorizam os sujeitos a partir de parâmetros individuais, os saberes e as práticas médicas passaram a ser organizados de modo a favorecer seu estabelecimento e a

operacionalização. Desse modo, estabelece-se uma série de quesitos que passam a ser considerados sinais tanto de saúde quanto de doença, para que seja possível:

[...] distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo de todos os fenômenos (Foucault, 2018a, p. 157).

A partir dessa atuação dos saberes e práticas médicas, que cada vez mais passam a ter uma atuação política relacionada ao controle e monitoramento dos sujeitos (Foucault, 2018a), as noções de saúde e doença, bem como das ações estabelecidas para serem tomadas frente à doença, ganham importância na manutenção da hegemonia da norma. Nesses termos, podemos entender saúde como o perfeito funcionamento do organismo humano, tanto em termos biológicos quanto no que diz respeito ao entendimento contido na norma sobre o que é considerado como esse perfeito funcionamento, como, por exemplo hábitos, comportamentos e rotinas padronizados e legitimados. Nessa perspectiva, um indivíduo com saúde é aquele que, ao ser avaliado, está biologicamente em ordem e também segue o que é posto como hábitos e práticas saudáveis. Esses hábitos e comportamentos classificados como sinais de saúde são estabelecidos pela norma e veiculados por meio dos saberes e práticas médicas. O conteúdo de ambos tem ligação com aspectos da vida privada, como cuidado do corpo e alimentação, mas também com aspectos da vida em sociedade, como rotinas familiares, trabalho e lazer, por exemplo.

Para Foucault (2018a), a medicina, a partir do século XIX, “é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (p. 169). Conforme os processos de transformação social se dão, a norma institui formas distintas de atuação dos saberes e práticas médicas,

inclusive com a sua popularização, para que os próprios sujeitos possam saber os termos de avaliação, passem a se autoavaliar e busquem manter-se no grupo daqueles tidos como saudáveis (Dias & Oliveira, 2013).

Assim, a doença é, para além das afecções biológicas que acometem o humano, todo e qualquer modo de existência que desvie dos padrões socialmente aceitos, desde corporalidades, sexualidades, até as mais diversas formas de agir, pensar e constituir relações. Foucault (2018a) afirma que, a partir da definição do que seja doença e da sua consequente mobilização como parâmetros de avaliação dos sujeitos, a norma consegue a manutenção de sua hegemonia por meio da massificação e atuação constante no corpo de cada sujeito. Daí a importância da medicina e seu arcabouço: a constituição e veiculação de saberes capazes de instituir parâmetros como o par saúde-doença para avaliar os sujeitos constantemente – e até promover a autoavaliação deles – incidindo em todos os aspectos da vida de cada um, desde os macros e coletivos até os tidos como micro e privados, como o corpo.

Como é possível que a norma atue tanto na construção de padrões quanto nos procedimentos tomados para assegurar a sua manutenção? Por conta de seu caráter positivo que, como mencionamos, tem a ver com a produção de corpos e modos de ser e existir padronizados. Este caráter não se restringe às dissonâncias, ao contrário, é o que garante a presença da norma em todos os espaços da sociedade, além de garantir sua manutenção e massificação. Portocarrero (2004) pontua que, no interior de todas as instituições sociais, são forjados mecanismos que possibilitem a massificação das normas, além da avaliação e tentativa de enquadramento constante dos sujeitos que integram tais instituições.

Em sua análise, Foucault (1999) mostra como igreja, família, escola e prisões por exemplo, produzem corpos dóceis às normas, bem como maneiras de ser e existir. A quantidade de horários estruturados para cada atividade, vestimentas similares, formas de se sentar e possibilidade de interações limitadas são, para o autor, exemplares dessa produção.

Ao ser constantemente exposto a essas normas presentes em cada instituição, o sujeito vai sendo enquadrado nelas de tal forma que toda sua existência vai ser pensada na e pela norma, e até os traços singulares que possuir só serão aceitos se forem passíveis de avaliação e adequação aos padrões de normalidade. É isso que faz com que a norma consiga tanto estabelecer os padrões quanto veiculá-los e estipular o que deve ser feito diante dos desvios que possam surgir.

Em cada norma há aspectos positivos e punitivos tal como expostos acima, uma vez que eles não podem ser compreendidos de forma separada. Exemplo disto pode ser notado no par saúde-doença. Foucault (2018a) argumenta que o constante aumento no número de hospitais e também de doenças passíveis de internação pode ser considerado como uma tentativa da norma de, por meio de seu aspecto punitivo, reprimir modos de existência inadequados aos padrões sociais, promover seu reenquadramento e dificultar que os desviantes sejam percebidos pelos demais sujeitos. Neste sentido, ao analisar a saúde e a doença, pode-se afirmar que, por meio da constituição dos parâmetros acerca da definição deste par, a norma visa promover tanto a produção de modos de ser e existir quanto o apagamento dos modos de existência inadequados aos padrões sociais.

É preciso pontuar também que a norma é um dos desdobramentos do que a perspectiva foucaultiana entende como disciplina e serve para a manutenção desta por toda a sociedade. A disciplina pode ser definida como a técnica que possibilita ao poder exercido nas relações constituídas nas instituições sociais a capacidade de sistematizar as tensões e forjar padrões que originarão modos de ser e existir (Foucault, 1999).

A incidência da disciplina nos sujeitos se dá por meio das normas, que são operacionalizadas pelos dispositivos constituídos por cada instituição social. Assim, é possível afirmar que a norma é um desdobramento da disciplina pois esta é o meio pelo qual a disciplina promove a hierarquização e a avaliação dos sujeitos, uma vez que a norma

possibilita que se examine nos sujeitos o quão dentro dos padrões eles se encontram. Isso é posto, pois a disciplina incide no corpo dos sujeitos, estabelecendo padrões que vão desde a estética até formas de agir previamente estabelecidas. Desta forma, ao adequarem seus corpos aos ditames, os sujeitos são mais suscetíveis a serem atravessados por padrões que nortearão todo seu modo de ser e existir sem oferecer tanta resistência para seu enquadramento (Foucault, 1999).

Sobre isso, Portocarrero (2004) afirma que a atuação da disciplina se dá “através do estabelecimento da norma, da medida que permite avaliar e julgar, normalizando por meio da comparação, da diferenciação, da hierarquização, da homogeneização e da exclusão” (p. 174). Nesses termos, a disciplina, como o modelo instituído de ser e existir aceitável em uma sociedade, é inculcido nos sujeitos a partir da norma, uma vez que esta pode também servir como parâmetro de avaliação sobre a eficácia da massificação dos padrões na produção de corpos e modos de ser e existir socialmente aceitos.

É justamente por conta disso que, como dito anteriormente, para Foucault (1999), a disciplina se faz incidir primeiramente no corpo dos sujeitos, visando à padronização deste, para que assim se possa comparar e avaliar constantemente os sujeitos. Ao identificar inadequações é possível estabelecer dispositivos outros para a operacionalização das normas, buscando forçar cada vez mais a padronização dos sujeitos.

O que se tem, então, é que o corpo dócil, nesta perspectiva, torna-se um importante indicativo da padronização do sujeito, sendo este um elemento essencial para a padronização de sua forma de ser e existir na vida social. A disciplina assim exerce uma certa regulação dos meios como se fará isso, bem como estabelece sob quais termos serão fixadas as normas a serem inculcidas nos sujeitos, visando à produção de modos de ser e existir padronizados (Candiotto, 2012).

O par saúde-doença é privilegiado em nossa argumentação por ser essencial para a discussão que pretendemos neste trabalho. Ademais, a problematização dos saberes e práticas que sustentam os parâmetros norteadores dos entendimentos sobre saúde e doença passa pela discussão acerca dos modos de ser e existir que são tomados constantemente como desviantes, inadequados e doentes. Sobre eles, nossa argumentação destacará a partir de agora a loucura, por entendermos que ela possui importante papel na discussão sobre a medicalização do diferente.

### 3.3 A LOUCURA COMO MODO DE SER E EXISTIR DESVIANTE

Pelo fato de nossa problemática neste trabalho estar às voltas com a medicalização, acreditamos válido exemplificar a operacionalização que os dispositivos fazem de normas com o intuito de corrigir desvios a partir da discussão foucaultiana da loucura. Para tanto, partimos da noção de que a loucura é tida socialmente como uma forma de existência inaceitável e que, portanto, deve ser submetida a um enquadramento às normas (Foucault, 2019a).

Para tanto, é importante frisar que, segundo Foucault (2018a), o não cumprimento das normas instituídas é visto como um crime, seja ele de qual natureza for, o que significa dizer que criminalidade não se restringe apenas a matar ou roubar. Este apontamento permite, acreditamos, a afirmação de que também a loucura – já que ela é um modo de ser e existir em inconformidade com as normas – é vista socialmente como uma espécie de crime. Mas um crime com algo a mais, uma espécie de agravante, a base patológica (Foucault, 2019a).

A discussão de Foucault (2019a) aponta que a percepção social da loucura sofre inúmeras alterações ao longo da história, tendo momentos em que era percebida como sinal de algo místico e sagrado, outros, como marca de liderança espiritual, chegando até a noção de impureza, insanidade e doença. É esta última percepção que se mantém até os dias atuais e é

nela que gostaríamos de nos deter. Foucault (2019a) discorre que a noção de loucura como uma doença se faz presente no ideário social já no século XVI, no qual as pessoas “de espírito alienado” (p. 111) já eram descritas como, no mínimo, preocupantes. Entretanto, ainda segundo o autor, neste período a loucura era agrupada junto com as avaliações que eram tidas como marginais, castigos divinos ou algo do gênero, como a lepra, por exemplo. Foi somente a partir de meados do século XVIII que a loucura passou a ser vista como uma ameaça para o ordenamento social, exigindo assim que se iniciassem as tentativas de internamento e contenção daqueles considerados loucos.

A medicina então reivindica para si a autoridade de falar e tratar da loucura, além de passar a desenvolver terapêuticas e saberes analíticos que tanto possibilitavam a identificação de um louco quanto justificavam seu internamento (num primeiro momento em instituições convencionais) com a retirada do convívio social. Exemplo disso foi a consolidação e crescimento exponencial da psiquiatria no início do século XIX, que justificava inclusive a criação de locais de internamento específicos para os loucos para que o restante da sociedade, e até mesmo os demais doentes, não tivessem de conviver com essa grave doença: os hospícios. Foucault (2019a) ressalta sobre isso que “é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado’” (p. 48).

Neste sentido, para além de uma intenção de cura e ressocialização de um doente, o internamento do louco cumpre, ao menos nesse período, uma prioridade de apagamento de sujeitos indesejados por representarem um constante lembrete da possibilidade de subverter a ordem posta. É por conta disso nossa comparação com o crime, pois a loucura é uma transgressão às formas de existência estabelecidas socialmente e que, portanto, é encarada como algo a ser corrigido, mas pela via psiquiátrica/hospitalar. A inclusão dos termos médicos para lidar com a loucura em detrimento dos termos prisionais – outrora já

experimentados para a contenção do louco (Foucault, 2019a, p. 65) – se justifica na intensidade da transgressão à norma que a loucura representa. Foucault (2018a) aponta que ladrões, assassinos ou outros criminosos flertam com a transgressão e, ao serem submetidos aos parâmetros da lógica prisional, são passíveis de correção e em certa medida até de serem reinseridos na sociedade. Entretanto, a loucura nem sempre pode ser curada, mas deve ser contida independente disso. Daí a importância da lógica hospitalar, e mais especificamente dos manicômios, que devem ser divididos tanto para atender a correção dos loucos considerados passíveis dela quanto para o apagamento daqueles que não o são, muito embora o primeiro grupo seja pequeno. Sobre isso, vale destacar os dizeres Foucault (2019a):

Há um fato irredutível: em certos estabelecimentos os loucos só são recebidos na medida em que sejam teoricamente curáveis; em outros são recebidos apenas para livrar-se deles ou recuperá-los. Sem dúvida os primeiros são os menos numerosos e os mais restritos (p.117).

O rompimento com a razão significa que o louco institui para si uma racionalidade outra, com vivências próprias, em detrimento da racionalidade estruturada socialmente e tida como legítima e única aceitável para o convívio social (Foucault, 2019a). A partir da racionalidade que institui, o louco rompe com a que foi criada pela sociedade. A loucura, portanto, não é a ausência da razão, mas a ausência da razão legitimada pela sociedade; o louco é tido como desarrazoado – despossuído de razão (Foucault, 2019a) – por estar fora do uso de um padrão racional instituído em termos padronizados socialmente (Providello & Yasui, 2013). Temos então o análogo ao crime que é atribuído ao louco (e à loucura como modo de ser e existir), o rompimento com a razão instituída, mas não só, a instituição de uma racionalidade própria para que este rompimento se faça.

A loucura, nos termos supracitados, é colocada socialmente como a barreira limítrofe entre o aceitável e o inaceitável. Também é vista como uma anormalidade, haja vista seu

caráter similar ao criminoso. Entretanto, não se pode, a partir dos fatores mencionados, afirmar que a loucura está fora da norma. Isso justamente porque há, no interior da norma, a criação de dispositivos exclusivamente para a pretensa padronização dos modos de ser e existir concernentes à loucura. Desta forma, a loucura está na norma, mesmo que às margens dela (Foucault, 2019a). Esta colocação significa que na norma também estão previstos os desvios e que, por conta disso, são estabelecidos dispositivos que possam ser eficazes não só no combate ao desvio, mas na correção dele.

Quando se trata especificamente da loucura, temos como exemplo desses dispositivos discursos médicos que ditam tanto sobre o que é aceito quanto o que não é e, diante disso, prescrevem tratamentos preventivos e corretivos, além de constituírem instituições próprias para o atendimento desse tipo de desvio, como os hospitais psiquiátricos (Foucault, 2019a). Assim, estabelece-se uma série de terapêuticas que visam adequar o sujeito louco às normas aceitas, mas não só, prevenir os demais sujeitos de cometerem tal desvio, colocando a loucura (o modo de ser e existir do louco) como a fronteira entre a normalidade e a anormalidade. Então, a loucura é anormal, mas não está fora da norma (Foucault, 2018a). A anormalidade, portanto, pode ser pensada como o modo de ser e existir que demanda dos dispositivos uma operacionalização de normas corretivas, que sejam capazes de extinguir o desvio e reconstituir o sujeito nos padrões de aceitabilidade.

Vale ressaltar que a mobilização da discussão foucaultiana se faz fundamental para nosso trabalho, uma vez que esta figura como aporte das pesquisas que acessamos, tanto na Psicologia Social quanto na Antropologia da Saúde. No que se refere à Psicologia Social, o arcabouço foucaultiano se faz presente, por exemplo, nas análises que colocam a medicalização como importante instrumento de produção de sujeitos aptos a atender as expectativas sociais (Caponi, 2012), responsabilizando-se por qualquer desvio e mantendo a

autofiscalização constante para continuar enquadrado nos parâmetros socialmente aceitos (Aguilar, 2004).

Além disso, neste campo, o referencial foucaultiano embasa discussões que argumentam no sentido da legitimação de bases sociais padronizantes, por meio da produção de saberes capazes de promover a sua aceitação social (Rodrigues, 2003). Nestes termos é possível dizer que a norma – tal como a discutimos anteriormente – constrói como importante dispositivo para sua manutenção e legitimação justamente a medicalização, com seus usos, discursos e saberes (Prado Filho & Martins, 2007).

Figueira e Caliman (2014) discorrem que, a partir do status de legitimidade que os saberes médicos e psicológicos conquistaram socialmente, ocorre uma tentativa de padronização dos sujeitos por meio do que descrevem como medicalização da vida, que pode ser entendida como a instrumentalização do arcabouço médico para estruturar e massificar modos de existência aceitáveis ou não socialmente. Segundo os autores, “[...] neste processo de fortalecimento das explicações biomédicas para os comportamentos definidos como normais e anormais, os diagnósticos médicos, principalmente psiquiátricos, se tornaram um dispositivo importante [...]” (Figueira & Caliman, 2014, p. 19). Nesse sentido, é correto afirmar que, na perspectiva da Psicologia Social adotada aqui, o referencial foucaultiano atua como importante auxílio na análise crítica das configurações de padrões sociais, bem como de sua massificação e manutenção a partir do dispositivo da medicalização.

Em relação às pesquisas da Antropologia da Saúde, o aporte foucaultiano vai ao encontro das perspectivas supracitadas. Nelas, a medicalização é pensada como importante dispositivo de produção de modos de existir, envolta na legitimação dos saberes médicos que, para além da atuação clínica, promove a ampla disseminação dos padrões de saúde-doença e normalidade-anormalidade socialmente aceitos, classificando os sujeitos sob seus parâmetros (Cardoso, 2002). Além disso, a medicalização figura como facilitador do controle das

corporalidades, uma vez que promove uma relação entre sujeito e corpo balizada por afecções (Duarte, 1998). Essa prática normalizadora remete diretamente à noção de identidade que, segundo Mansano (2019, p. 240), “foi, aos poucos, sendo apropriada e instrumentalizada pelo mercado para promover o consumo de mercadorias com as quais o sujeito se identifica”.

Deste modo, à luz do arcabouço foucaultiano, é possível afirmar que, nas pesquisas da Antropologia da Saúde, a medicalização aparece com um duplo papel social: a criação e massificação de modos de existência padronizados e o controle das corporalidades dos sujeitos, ambos pautados pela constante avaliação de si e dos demais a partir de parâmetros de saúde e doença que são aceitos ou recusados (Russo, 1993).

Discussões a partir dessa perspectiva nesse campo de pesquisa fazem com que problemáticas acerca da constituição dos saberes médicos, da padronização de subjetividades e do controle de corporalidades ocupem papel importante na área (Langdon, Fóller, & Maluf, 2018). Este papel contribui em grande medida para “o fomento e a melhoria dessas políticas, sem, por isso, deixar de lado a dimensão reflexiva e crítica do trabalho etnográfico consistente. É essa dimensão que se constitui na principal contribuição que as pesquisas antropológicas podem trazer” (Maluf, Silva, & Silva, 2020, p. 8).

Isso significa dizer que o foco da Antropologia da Saúde, ao promover discussões como esta, consiste em aliar ao trabalho etnográfico uma reflexão que seja capaz de suscitar alterações práticas nas questões de saúde. Daí também a relevância do arcabouço foucaultiano para a área e, conseqüentemente, para a argumentação que fazemos aqui.

Neste capítulo, empreendemos o esforço de discorrer sobre algumas noções foucaultianas que nos servirão de norteadoras para a discussão acerca da medicalização do diferente. Buscamos aprofundar em cada seção o entendimento acerca de conceitos que mobilizaremos para nossas reflexões, bem como discutir as diretrizes que são disparadoras para elas. A discussão acerca da medicalização do diferente que se segue é amparada nos

conceitos tratados em cada seção deste capítulo. Ao abarcarmos a constituição do sujeito e seus modos de ser e existir, além da gestão deles, demarcamos o recorte onde nossa perspectiva acerca da medicalização está localizada.

No capítulo que se segue buscaremos conceituar, a partir das problemáticas abarcadas até aqui, nosso entendimento acerca da medicalização e as instâncias que a compõem, para que posteriormente consigamos estabelecer qual sua influência sobre a diferença.

## 4. O PRISMA DA MEDICALIZAÇÃO

Ao empreender uma pesquisa tendo o universo da medicalização como foco, é preciso que se considere a multiplicidade de aspectos que o constituem. Assim, ao nos referirmos a ele como um prisma pretendemos duas coisas principais: a primeira é, por meio de uma alusão ao cristal em forma de prisma que, quando colocado ao sol, reflete diversas cores, pontuar que há no interior da medicalização diversos aspectos – que aqui chamaremos de instâncias – que a constituem ao serem interconectados. A segunda é contribuir para o debate crítico acerca da medicalização sob a perspectiva da sobreposição de uma instância às outras.

Para tanto, mobilizaremos a discussão de autores como Labra e Bermudez (2006) e Leite, Vieira e Veber (2008) para discorrer sobre a importância de cada instância que compõe o universo da medicalização – destacando ciência, tecnologia e indústria – e o andamento conectado de cada uma. Junto a isso, autores como Bermudez (1992), Benetti (2007) e Santos e Ferreira (2012) auxiliarão a análise acerca da sobreposição do lucro às instâncias da medicalização, fazendo com que esta seja regida sob as diretrizes do mercado, gerando a chamada indústria farmacêutica.

A argumentação contará ainda com a perspectiva de autores como Ortega et al. (2010), Scarin e Souza (2020) e Santos (2020) para evidenciar o papel ativo dos sujeitos em relação ao cenário atual da medicalização, bem como de demandas sociais por controle e ordenamento por via de farmacoquímicos. Deste modo, as páginas que se seguem visam explicar o universo da medicalização, as críticas à instrumentalização dela para fins de mercado e o papel do sujeito frente ao avanço do consumo de farmacoquímicos.

### 4.1 DAS INSTÂNCIAS INSTITUÍDAS DA MEDICALIZAÇÃO

Ao tomarmos por objeto de pesquisa a medicalização, acreditamos necessário pontuar com certa cautela de onde falamos, considerando que tal objeto engloba diversas instâncias

complexas que, embora se articulem, possuem sua própria maneira de funcionar que interfere no universo da medicalização. As perspectivas críticas acerca da medicalização a tomam, grande parte das vezes, a partir de um sentido amplo que contém – e às vezes prioriza – os aspectos da indústria farmacêutica e seus impactos sociais. Todavia, a medicalização é composta por instâncias que nem sempre visam à massificação comercial da produção farmacológica e é sobre essas que julgamos necessário discorrer preliminarmente.

Há no universo da medicalização a presença de várias áreas científicas, como a bioquímica, a microbiologia, as especialidades médicas, enfim, um conjunto amplo de saberes que são produzidos e instrumentalizados para a produção de medicamentos aptos a serem ministrados de um determinado jeito, reagir de determinada forma em contato com substâncias ou microrganismos no corpo humano a fim de combater ou prevenir determinadas reações do corpo.

Os termos técnicos utilizados na área da pesquisa e intervenção em saúde encontram-se, por vezes, distantes da expertise das Ciências Humanas. Isso, porém, não pode excluir ou minimizar a importância e a seriedade da instância científica ao gerar pesquisas e saberes que serão produtores de medicamentos. Vale pontuar que, ao nos referirmos à instância científica no contexto da medicalização, fazemos menção a um conjunto de saberes que é produzido e constantemente acessado interdisciplinarmente pela farmacologia, pela química, pela biologia e áreas correlatas (Leite & Vasconcellos, 2005).

Na perspectiva da ciência farmacológica, a medicalização envolve a aplicação de saberes no desenvolvimento de medicamentos que são de extrema importância para saúde pública, uma vez que eles são vistos pela área como “ferramentas poderosas para mitigar o sofrimento humano. [...] Produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas a doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua

enfermidade” (Leite, Vieira, & Veber, 2008, p. 794). Segundo Oliveira, Labra e Bermudez (2006), o medicamento:

[...] não é um produto qualquer: ele pode aliviar a dor e salvar vidas. É também um produto singular, dado que envolve diferentes fases no processo de produção e comercialização. Para que esse produto chegue ao consumidor, é necessário realizar pesquisas de moléculas biologicamente ativas, desenvolver o processo de formulação com vistas à produção em escala industrial e alcançar o processamento final (p. 2379).

Para os autores, o medicamento faz parte de um processo complexo e multifacetado, que aqui chamamos de medicalização, o qual não pode ser tomado de forma generalista. Assim, quando pontuam a importância do medicamento e dos processos para sua elaboração, os autores demarcam a necessidade de que se avance constantemente na produção de conhecimentos científicos para que os medicamentos sejam cada vez mais eficientes e contextualizados às necessidades mutantes da população. Este movimento não implica excluir o caráter industrial e massificado do processo de medicalização, mas demarcar de forma incisiva as diversas e rigorosas etapas às quais um medicamento é submetido antes de sua chegada às farmácias e drogarias.

Por meio do avanço científico em torno dos medicamentos, ocorre também a ampliação dos conhecimentos acerca do funcionamento de cada órgão, célula e molécula do corpo humano, uma vez que, para o bom desenvolvimento dos compostos farmacocímicos, é preciso que se analisem, pesquisem e testem as funções do corpo humano, suas fragilidades, potencialidades e reações ao entrar em contato com moléculas de compostos fármacos. Dessa forma, ao possibilitar o estudo da interação entre os humanos e os fármacos, o desenvolvimento científico de uma medicação possibilita também a compreensão das reações advindas de tal interação, identificando quais compostos auxiliam, aumentam ou diminuem o

funcionamento do organismo. Isso ocorre com vistas a obter efetivamente medicamentos eficazes e testados rigorosamente (Cartaxo, Antunes, & Magalhães, 2014).

Para que todo esse rigor na produção e instrumentalização dos saberes científicos seja cumprido, cabe salientar, como fazem Oliveira, Labra e Bermudez (2006), a atuação de órgãos de saúde nacionais e internacionais no que diz respeito ao estabelecimento e fiscalização de parâmetros sanitários, éticos, de testagem e comprovação laboratorial na elaboração e fabricação de fármacos. Exemplo de órgãos desta configuração são a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Também compete a órgãos como esses o constante monitoramento acerca da adequação às normas vigentes por parte de laboratórios e entidades de pesquisa, como as Instituições de Ensino Superior (IES) dedicadas ao desenvolvimento de pesquisas nessa área, por exemplo.

Além dos supracitados, há também a regulamentação e fiscalização dos Comitês de Ética em Pesquisa com Humanos ou Animais das áreas da saúde, que ativamente trabalham para garantir o cumprimento e manutenção de diretrizes éticas que possam subsidiar as pesquisas, os testes e a produção do conhecimento científico de forma sistemática e rigorosa.

Para que seja possível o desenvolvimento na produção científica, há de se mencionar também as instâncias tecnológica e de inovação, responsáveis por desenvolver aparatos e equipamentos que possibilitem tanto a realização das pesquisas e testes de maneira eficiente quanto o desenvolvimento dos compostos que darão origem aos mais diversos medicamentos. O avanço das bases tecnológicas e de inovação ao longo do tempo está intimamente ligado com os avanços científicos, uma vez que estudos pensados como impossíveis nos séculos passados têm se tornado cada vez mais possível graças aos desenvolvimentos tecnológicos (Benetti, 2007).

Segundo Benetti (2007), o primeiro grande marco dos avanços tecnológicos em relação ao desenvolvimento de pesquisas acerca de medicamentos oriundos de sínteses

químicas pode ser localizado no ano de 1929 com a descoberta da penicilina e sua eficácia no tratamento de doenças bacterianas. Desde então, várias tecnologias têm sido desenvolvidas para o auxílio no desenvolvimento de pesquisas e fabricação de fármacos.

Ademais, o avanço tecnológico, para a autora, não pode ser resumido apenas aos aparelhos utilizados na pesquisa e produção de medicamentos, mas também às inovações na sintetização de compostos para o aperfeiçoamento dos medicamentos e de sua eficácia. Sobre isso, Akkari, Munhoz, Tomioka, Santos e Santos (2016) pontuam que:

[...] o valor inovador de um fármaco não é simplesmente uma propriedade intrínseca desse novo composto, mas também depende do contexto específico em que o medicamento é introduzido e a disponibilidade de outros medicamentos para tratar a mesma condição clínica (p. 367).

Nessa perspectiva, os contextos social e sanitário também são uma preocupação da instância tecnológica e interferem diretamente na definição e elaboração de pesquisas, com os avanços ou não em relação ao desenvolvimento de medicamentos. Considerar o contexto como parte do processo de inovação implica entendê-lo tal como os autores exemplificam: como a demanda por alterações nos compostos. Assim, é possível compreender a própria inovação como pertinente à instância tecnológica, atentando para sua conexão direta com a instância científica no que tange ao desenvolvimento de fármacos e de pesquisas relacionadas.

Há também uma terceira instância implicada no universo da medicalização, que é a indústria, ligada principalmente às questões de produção dos medicamentos que são de fundamental importância para que os conhecimentos e técnicas empregadas no desenvolvimento farmacológico não fiquem restritos aos laboratórios e possam ser de alguma forma acessíveis à população (Benetti, 2007).

Por indústria entendemos a instância responsável pela fabricação em larga escala e distribuição de medicamentos (Oliveira, Labra, & Bermudez, 2006). Tal instância é vinculada

diretamente à tecnologia e à inovação, garantindo que a produção de fármacos seja cada vez mais eficiente e moderna, acompanhando a necessidade de aprimoramento das técnicas de manipulação dos insumos farmacêuticos para a produção de medicamentos.

No cenário brasileiro, a indústria assume também papel importante no que diz respeito à quebra de patentes de medicamentos (que pode ser definida como a retirada de direitos exclusivos da fórmula e de fabricação de um composto) para a produção em massa e para a sua popularização, as quais, em sua maioria, surgem como exclusividades de potências farmacêuticas cujo interesse não é a popularização do medicamento (Benetti, 2007). Akkari, Munhoz, Tomioka, Santos e Santos (2016) discorrem que o cenário da indústria de farmacocímicos no Brasil tem uma particularidade, qual seja, a existência e atuação de indústrias farmacêuticas que, com o fomento público, são capazes de produzir medicamentos com o intuito de popularizar o acesso aos avanços produzidos, o que conhecemos como os chamados medicamentos genéricos.

Essa vinculação entre Estado e indústrias é o que permite tanto a quebra de patentes quanto a viabilização da produção e distribuição de medicamentos gratuitos – por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) – ou a preço mais baixos, por meio de programas e campanhas governamentais. Exemplo disso são os retrovirais contra o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), que são disponibilizados gratuitamente à população, conforme previsto em forma de lei. A Lei nº 9.313/96 discorre que é dever do Estado garantir a distribuição dos fármacos responsáveis pelo tratamento do HIV, garantindo melhores condições de vida aos seus portadores (Benetti, 2007). Quando se tem a possibilidade de contar com a instância industrial para o manuseio e a produção em larga escala daquilo que é pesquisado nos laboratórios farmacológicos, os avanços são muitos e de grande relevância para todo o contexto de saúde pública no globo como um todo (Gadelha, Gadelha, Noronha, & Pereira, 2017).

Assim, é possível afirmar que a conexão entre as três instâncias que pontuamos nesta seção (científica, tecnológica e industrial) é de grande importância para o avanço do universo da medicalização, bem como de todo o campo do conhecimento científico voltado à saúde. A interligação das três instâncias é o que possibilita os avanços fármacos e garante sua efetividade ao longo do tempo. Mas, se a interconexão dessas áreas, que aqui estamos chamando de instâncias instituídas, favorece avanços necessários para a medicalização e a saúde coletiva, a que se devem as inúmeras críticas feitas rotineiramente a esse universo? Se retornarmos ao exemplo do HIV trazido por Benetti (2007), podemos encontrar indícios do fundamento dessa crítica. Para a autora, a garantia da distribuição dos retrovirais faz com que, “devido ao patenteamento da molécula, o governo brasileiro sujeita-se ao preço estipulado pelos laboratórios farmacêuticos” (p. 105).

Em discussão similar, Bermudez (1992) discorre que há, no campo da produção de fármacos, uma política industrial regida pelas diretrizes do lucro e não da saúde. Dessa forma, pode-se afirmar, com base no exposto até aqui, que as críticas que circundam o universo da medicalização identificam que há uma forte tendência de, ao conectar as instâncias que abordamos aqui, fazê-lo sob a perspectiva mercantil, transformando a produção e a veiculação de medicamentos em um negócio rentável e lucrativo. Sobre a perspectiva lucrativa em torno dos medicamentos, nos deteremos um pouco mais.

#### 4.2 A SOBREPOSIÇÃO DAS DIRETRIZES LUCRATIVAS

Parece-nos que as críticas supracitadas partem de um olhar atento a uma pretensa subjugação ao lucro das diversas instâncias que compõem a medicalização. Partindo da ideia de que a medicalização é um ponto importante do cenário de saúde (Bermudez, 1992) e que ela é perpassada por instâncias que se entrelaçam o tempo todo, pode-se dizer que as

considerações críticas que permeiam esse universo estão situadas nas análises sobre a supremacia do lucro em detrimento das demais instâncias.

Paim (2006) discorre que as configurações acerca das temáticas da saúde só são possíveis a serem pensadas a partir de três aspectos basilares: ações políticas, movimentos ideológicos e movimentações financeiras, públicas e/ou privadas. O olhar do autor focaliza os desdobramentos na área que culminam na formulação dos sistemas de saúde como um todo. Todavia, como a medicalização possui laços estreitos com a área da saúde, a afirmação de que também ela é transpassada por esses três aspectos se faz possível.

Nesse sentido, é possível traçar uma correlação entre a medicalização (quando tomada a partir das diretrizes do lucro) e o mercado. Isso pois, segundo Buss (2007), quando a economia se sobrepõe aos demais setores da sociedade, o lucro passa a ser visado em todos os âmbitos, inclusive na saúde, direcionando tanto o que se entende por saúde pública quanto os aspectos que são por ela englobados. Oliveira, Labra e Bermudez, (2006) discorrem que os interesses de mercado direcionam até mesmo qual será o interesse e o foco das pesquisas e das produções de farmacoquímicos, o que significa dizer que, antes de uma maior eficiência e segurança no uso de medicamentos, o que se tem são estudos, testes e produção regidos para atender demandas de mercado.

Conforme Santos (2020), a relação entre mercado e farmacoquímicos cresce cada dia mais, por meio de financiamento de pesquisas e produção de novos medicamentos que, por meio da justificativa voltada à pretensa inovação ou melhoria em relação aos anteriores, estimulam o consumo frequente e elevado de medicamentos. Para a autora, essa perspectiva evidencia que não se trata tanto de questões de saúde, mas de demandas lucrativas. Bermudez (2004) ressalta sobre isso que:

[...] o Brasil se situa como o nono mercado mundial, com um faturamento que hoje ultrapassa os três bilhões de dólares. Entretanto, podemos verificar que o consumo per

capita é muito baixo, quando comparado com outros países (mais de dez vezes menos do que os EUA e países da Comunidade Europeia) (p. 368).

O autor acredita que a saída deste cenário seria por meio do incentivo à maior produção e veiculação de medicamentos genéricos. Entretanto, é possível afirmar que o cenário descrito por Bermudez (2004) se deve inclusive à produção, veiculação e popularização de medicamentos a genéricos. Considerada um avanço importante no acesso à saúde pela parcela mais pobre dos brasileiros – com contribuições inegáveis –, ela também pode ser problematizada pela crítica ao viés do lucro, uma vez que pode se tornar via de estímulo ao consumo desenfreado de medicamentos. Isso favorece o enriquecimento de laboratórios, indústrias e grandes redes de drogaria, mas não só: ela também pode ser uma ferramenta de enriquecimento governamental, por meio das parcerias público-privadas com a indústria.

A ligação entre as esferas pública e privada na produção de fármaco químicos no Brasil também faz com que as grandes potências farmacêuticas mundiais se estabeleçam em território brasileiro e desenvolvam grande parte de seu capital nas fábricas do país. Santos e Ferreira (2012) apontam sobre o cenário industrial farmacêutico no Brasil:

A estrutura é típica de oligopólio diferenciado, com presença de um número não desprezível de empresas, mas a parcela relevante do mercado está nas mãos de poucas firmas, que são subsidiárias das multinacionais formadoras do grupo das grandes farmacêuticas mundiais (*big pharmas*) (Santos & Ferreira, 2012, p. 97).

Ainda segundo os autores, essa situação condiciona todo o contexto atrelado à produção e ao uso de medicamento à visão mercadológica, direcionando desde os interesses de pesquisa e inovação até os de fabricação e divulgação publicitária de medicamentos já fabricados. Dessa forma, é possível dizer que grande parcela da produção de medicamentos do Brasil hoje – incluindo os genéricos – só se efetiva por se tratar antes de tudo de produtos

lucrativos, que terão apelo popular e serão de fácil comercialização, o que faz com que até mesmo a porcentagem de efetividade quanto ao que o medicamento se propõe a combater ou tratar, bem como a segurança em seu uso se tornem, a priori, atrativos de venda.

A subjugação de todo o contexto que engloba os medicamentos à lógica lucrativa faz com que, inclusive, as instâncias da medicalização que tratamos anteriormente funcionem visando ao lucro. Tomemos, como exemplo dessa afirmação, a discussão de Scarin e Souza (2020) ao analisarem o cenário fármaco químico atual, em que ressaltam que, no universo da medicalização, é:

[...] como se houvesse dois movimentos ambivalentes e simultâneos, que se completassem enquanto se negam: enquanto a tecnologia se desenvolve e garante avanços antes inimagináveis, o próprio avanço assegura o retorno à dependência e condições sub-humanas de vida (p. 2).

A leitura defendida pelas autoras pode, acreditamos, ser motivada pela percepção das configurações no interior da medicalização a partir da ótica do lucro, que faz com que os demais aspectos fiquem em segundo plano, inclusive as condições de vida dos sujeitos e das coletividades, que são vistos principalmente como consumidores. A ideia de saúde pública fica sem ou com pouco espaço de expressão nesse cenário mercadológico.

Nesse sentido, há sim avanços tecnológicos, inovadores e científicos que representam importantes transformações no acesso à saúde por parte da população; entretanto, mesmo que relevantes, esses são condicionados à lógica de mercado. Benetti (2007) evidencia, por exemplo, o quão lucrativo se mostram os estudos e a produção/massificação dos retrovirais contra o HIV, para além (ou até mesmo antes) de seu impacto satisfatório na vida das pessoas que os utilizam.

Apontamento semelhante pode ser encontrado na discussão de Scarin e Souza (2020) ao discorrerem que o medicamento figura como o salvador do homem da atualidade que

constantemente desperdiça, por inúmeros motivos, sua saúde física e mental e o faz a tal ponto que sua única saída é o uso de medicação. Esse cenário se sustenta, segundo as autoras, a partir da implantação da noção de que há um constante declínio das condições de saúde e qualidade de vida ao mesmo tempo que há avanços na produção, fabricação e veiculação de medicamentos, sendo que estes seriam tidos como os responsáveis por frear o mencionado declínio.

É possível que façamos o vínculo desta noção apontada por Scarin e Souza (2020) da sobreposição do lucro às instâncias da medicalização que pontuamos nesta seção. Segundo Bermudez (1992), quando o mercado dita as diretrizes para o setor da saúde, esta se transforma em um negócio que secundariza os próprios entendimentos de saúde, bem-estar e qualidade de vida em prol do lucro. Dessa forma, o lucro e a visão de declínio constante da saúde do homem na atualidade se entrelaçam na sustentação da ideia do medicamento como única saída, fomentando a produção e comercialização de farmacoquímicos em larga escala. Vale ressaltar que, conforme discorremos anteriormente, quem determina o que deve ser fabricado, o que se deve medicar e de que forma gerar lucro são, no contexto abordado aqui, as diretrizes do mercado. Assim, o sujeito é convocado a atentar sobre o próprio corpo e a procurar constantemente sintomas, descritos inclusive pelos saberes médicos, de doenças veiculadas ao grande público por diversos meios – como as mídias sociais, por exemplo –, para que, ao menor sintoma encontrado, busque uma medicação.

Ortega et al. (2010) apontam, por exemplo, que a produção de metilfenidato, ou Ritalina, no mundo cresceu exponencialmente após ser vinculado à sintomatologia do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Os autores discorrem que, mesmo que ele seja um medicamento cuja existência (produção e venda) era anterior à delimitação do quadro de TDAH, sua larga produção só se deu após os anos de 1980, quando

o medicamento foi considerado eficiente na contenção dos sintomas do transtorno supracitado. Segundo eles:

[...] a indissociabilidade TDAH-ritalina, construída ao longo dos anos 1980 e 1990, fez com que a ampliação dos critérios diagnósticos para o TDAH necessariamente aumentasse o número das prescrições do metilfenidato. A expansão diagnóstica vem sendo repetidamente pleiteada pelas publicações científicas (Ortega et al., 2010, p. 501).

Argumentações como esta corroboram, a nosso ver, a ideia defendida aqui acerca da mobilização do universo da medicalização em prol da mercantilização da saúde, além de evidenciar a tentativa incessante de promover e incentivar o uso cada vez maior de medicamentos. Isso é posto pois, ainda conforme Ortega et al. (2010), a sintomatologia descrita em manuais médicos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), faz menção a aspectos que muitas vezes são comuns à maioria das pessoas e podem levar a uma interpretação ampla e/ou ambígua do que seja ou não passível de ser medicalizado.

Percebe-se assim que, para que a medicalização se torne um negócio rentável para o mercado, é preciso que as instâncias que a compõem atuem articuladas sob o comando das diretrizes do lucro, vinculando sintomatologia a farmacoquímicos, definindo quais dessas vinculações são rentáveis e viabilizando sua produção e divulgação em massa. Para que essa articulação se transforme numa engrenagem lucrativa, há uma ferramenta importante utilizada pelo mercado que viabiliza o funcionamento das diretrizes mercantis no universo da medicalização: o *marketing*.

De acordo com Carvalho (2017), a indústria farmacêutica – que no contexto de nosso trabalho corresponde ao que chamamos de subjugação das instâncias da medicalização ao lucro – tem íntima ligação com a atuação do *marketing* no universo farmacoquímico. Para a

autora, os efeitos do *marketing* de medicamentos impulsionam fortemente os lucros com a produção em massa de diversos tipos de medicamentos, principalmente daqueles que são passíveis de automedicação, uma vez que não exigem consulta, acompanhamento ou prescrição médica.

Em sua análise, há um constante fluxo de retroalimentação entre a indústria farmacêutica e o consumidor, que é inteiramente mediado pelo *marketing*, qual seja, a satisfação de demandas lucrativas de um lado e de alívio de possíveis sintomas de outro. A intermediação do *marketing* se dá justamente em estimular a expectativa do consumidor em fazer uso de determinado medicamento por meio da ideia de maior efetividade, segurança ou grau de inovação por exemplo, aumentando a procura e impulsionando sua produção e veiculação (Carvalho, 2017).

Além disso, a autora aponta que a atuação do *marketing* se concretiza não somente por meio de propagandas, mas também pelas práticas dos médicos, dos próprios manuais de sintomatologias e do constante anseio dos sujeitos por sanar suas dores físicas e psíquicas por meio do uso de medicamentos. Assim, “a constante delimitação cada vez menor entre o que é saúde e doença tem transformado o comportamento dos consumidores de bens e serviços médicos, dentro de uma perspectiva da medicalização” (Carvalho, 2017, p. 58).

Tal argumentação vai ao encontro da discussão de Scarin e Souza (2020) no que tange a uma percepção de que o medicamento figura no imaginário social quase como o salvador do homem atual. Outrossim, os apontamentos de Carvalho (2017) auxiliam a sustentar a ideia de que todo o processo que torna a medicalização um negócio lucrativo é perpassado constantemente pela agência dos sujeitos, que participam ativamente como consumidores desejanter de farmacocímicos. Desse modo, é válido afirmar que o sujeito nesse contexto não é aquele que acata passivamente as vontades do mercado e apenas consome. Trata-se de alguém que valoriza e busca o uso de medicamentos, vê necessidade disso e quer que seus

sintomas sejam extintos e/ou tratados por via medicamentosa. Assim, cabe agora tratar, de forma mais detida, do sujeito no universo dos farmacoquímicos.

#### 4.3 MEDICALIZAÇÃO: UM TERRENO MULTIFACETADO

É possível que, ao falarmos acerca da atuação do lucro por meio de diversas ferramentas – como o *marketing* – sobre as instâncias da medicalização, pensemos no sujeito como o ponto final de um processo de imposição, que ocupa um papel passivo aceitando os apontamentos do mercado. Entretanto, ao considerarmos o sujeito como o descrevemos no capítulo anterior, pensando-o como resultado de relações de poder no interior das instituições sociais, onde este exerce poder o tempo todo mesmo que nem sempre prevaleça (Foucault, 2018a), não há como colocá-lo unicamente no lugar da passividade.

O *marketing* exerce papel importante no aumento exponencial de consumo de medicamentos, do qual tratamos anteriormente; todavia, o sujeito consumidor também é ativo. Isso é posto, pois o processo de medicalização não é visto como uniforme e/ou simplesmente dado por movimentos coercitivos exteriores ao sujeito. Eles existem, mas são uma parte do cenário. Atuando junto ao *marketing* existe, por exemplo, o discurso médico, que, conforme diz Foucault (2018a), é produzido para atuar tanto no diagnóstico dos sujeitos quanto na produção de subjetividades que se pensam a partir do contexto das doenças, dos diagnósticos e também das medicações. Ao pontuar o discurso médico, vale também pontuar que Foucault (2018a) faz menção ao arcabouço teórico-conceitual da saúde, aos manuais diagnósticos e aos enunciados médicos que extrapolam os consultórios e se fazem presentes no cotidiano dos sujeitos, por exemplo.

Desse modo, o sujeito entra em contato com um cenário vasto que versa sobre doenças, sintomatologias, saúde, doença e, como mencionamos anteriormente, é convocado a tomar esse contexto como balizador para pensar a si e aos outros. Vale ressaltar que “a

inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se faz pela socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana.” (Foucault, 2018a, p. 162). É por essa socialização e consequente popularização da medicina que, de acordo com Foucault (2018a), ela assume um papel de ordenamento das bases sociais por meio de seus discursos e saberes. Falamos, assim, de uma medicina que é social, coletiva e que visa normatizar o andamento da sociedade.

Ao atuar em prol da popularização e massificação de determinado medicamento, o *marketing* se vale inclusive da popularização e socialização do arcabouço médico. Com isso, podemos pontuar que a convocação do sujeito a pensar em si pelos balizadores do discurso médico, então, cumpre a função de levá-lo ao ordenamento social. A junção das estratégias de *marketing* com o discurso médico torna-se um importante facilitador para o aumento do consumo de medicamentos (Santos, 2020).

Mas onde está, então, o papel ativo do sujeito em relação à medicalização? Quando levado a ser balizado pelo arcabouço médico ao pensar em si, o sujeito não apenas acata parte de suas diretrizes, mas utiliza-as de acordo com o que faz sentido para sua vivência, atendo-se ao que corrobora os sintomas que detecta em si, os medicamentos de que já faz uso e os efeitos que é capaz de acompanhar.

Etnografando o dia a dia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), Cardoso (2002) relata que os sujeitos que buscavam atendimento médico já o faziam com uma listagem de possíveis diagnósticos em mente, muitas vezes com base em relatos de conhecidos ou parentes e até programas de televisão. Para a autora, o diagnóstico e a medicalização atuavam, naquele contexto, como um alento ao anseio por confirmação de algo que o próprio sujeito já achava que tinha e para o qual buscava apenas a validação médica.

Os médicos, que no contexto da pesquisa mencionada eram vinculados à psiquiatria, por sua vez, atribuíam aos relatos carregados de jargões populares, como, por exemplo,

“doença dos nervos” (Cardoso, 2002, p. 91), análises que traçassem paralelos entre os pacientes e o arcabouço conceitual médico, chegando a resultados diagnósticos como depressão, ansiedade e distúrbios emocionais. Para Cardoso (2002), essa tentativa médica de relacionar o relato do paciente com o arcabouço teórico da medicina evidencia que:

[...] morbidade, como qualquer outra experiência humana, expressa-se de acordo com os princípios cognitivos da percepção, culturalmente dados. [...] encontra-se também diferencialmente significada, ou seja, integrada a um corpus conceitual, interpretativo e terapêutico, por meio do qual ela se expressa (Cardoso, 2002, p. 92).

Há aí um indicativo do caráter ativo ao qual nos referimos: sujeitos que entram em contato com os saberes da medicina que foram popularizados em seu arcabouço teórico-conceitual, o ressignificam, pensam sobre si através dessa ressignificação e, ao julgarem apropriado, buscam a validação do saber médico para algo que consideram ter. Por outro lado, há a atuação dos médicos, que estabelecem constantemente pontes entre as dimensões culturais dos pacientes e os saberes conceituais e teóricos, ocupando, nesse cenário, o lugar ora de detentor de saberes ora de avalista das constatações do sujeito.

Nakamura e Santos (2007), em sua etnografia sobre depressão infantil, discorrem que os relatos de profissionais da saúde e até mesmo de familiares de crianças diagnosticadas com depressão mostram que a procura por um atendimento médico só é feita quando os comportamentos destoantes da maioria das crianças começam a chamar atenção dos adultos no sentido de não atender às expectativas dos pais ou causar problemas, como conflitos e brigas na escola ou com os irmãos por exemplo. Os autores afirmam que, ao se atentarem para as crianças, os próprios pais começam a tecer paralelos entre a possível sintomatologia de um adulto e o que percebem em seus filhos; então pode-se dizer que:

[...] a depressão infantil surgiu como uma das explicações possíveis aos dramas vividos por esses familiares. A identificação de um termo para designar a situação

confusa e especial que caracteriza a novidade de uma criança diferente e estranha para a família faz cessar a infinidade de tentativas de compreensão do problema (Nakamura & Santos, 2007, p. 56).

Aí está o exemplo de como a medicina social que mencionamos a partir de Foucault (2018a) se dá no cotidiano e de porque dizer que ela é, antes de tudo, medicina das coisas: ela é utilizada para responder a angústias e demandas sociais, diagnosticando até mesmo crianças que não respondem ao que delas é esperado. Esse papel social da medicina, de ordenar as bases sociais, não está restrito apenas às UBSs ou ao contexto familiar. Ao analisarmos a interface da medicina – ou do arcabouço médico – com o universo da educação, por exemplo, podemos perceber sua atuação social refletida na medicalização de estudantes.

Souza (2008) discorre que a medicalização é mobilizada como reflexo de uma necessidade de revisão dos moldes educacionais. Para a autora, a patologia se torna um meio de justificar déficits que são inerentes ao sistema educacional e muitas vezes não dizem respeito ao estudante, que acaba sendo patologizando por sua não adequação aos parâmetros de ensino-aprendizagem vigentes. Em sua análise, “há um retrocesso visível no campo educacional ao transformarmos em patologia algo que é produto das dificuldades vividas por um sistema escolar que não consegue dar conta de suas finalidades” (Souza, 2008, p. 13).

Tal perspectiva vai ao encontro, por exemplo, da discussão proposta por Moraes (2012), que aponta para o que descreve como o processo de “tornar-se aluno” (Moraes, 2012, p. 160), no qual, por meio de diversos mecanismos, a instituição escolar evita ter que repensar os próprios moldes e busca o enquadramento de crianças e jovens aos padrões de aprendizagem, comportamento e até de subjetividade pré-estabelecidos pela escola. A medicalização figura, também para o autor, como mecanismo importante desse processo de enquadramento ao que é estabelecido para ser estudante.

Outrossim, se considerarmos, para além do exposto até aqui, que os números de automedicação crescem exponencialmente a cada ano (Leite, Vieira, & Veber, 2008), podemos perceber que a medicalização figura como mecanismo importante não só na escola, nas famílias ou nas UBSs, mas em toda a tecitura social. Isso nos leva a afirmar, por exemplo, que há uma ligação entre demandas sociais, discurso médico e desejo dos sujeitos.

Essa ligação evidencia, por sua vez, que há uma busca ativa dos sujeitos pela medicalização e pela mobilização do arcabouço médico para pensar em si, mas há também demandas sociais exteriores aos sujeitos que os convocam a isso. Entretanto, esses dois movimentos não podem ser considerados separadamente, ou seja, ao ressaltarmos a ligação entre o caráter ativo do sujeito no contexto da medicalização e as demandas sociais – por meio, por exemplo, das instituições como família, redes de saúde e escola -, partimos da noção de que ambos os movimentos ocorrem simultaneamente, quase que num processo de retroalimentação.

Nesse sentido, o sujeito pode figurar ora num lugar da passividade e da aceitação das imposições sociais e dos balizadores ora num lugar de ressignificação do arcabouço médico na busca ativa pela medicalização e validação de um diagnóstico, como ocorre, por exemplo, com os interlocutores de Cardoso (2002). Esse cenário ilustra, acreditamos, tanto a noção exposta no capítulo anterior acerca da complexidade da constituição do sujeito quanto a noção proposta por Foucault (2018a) sobre a impossibilidade de considerar o sujeito como totalmente assujeitado diante dos padrões e das normas, uma vez que ele é ao mesmo tempo constituído e constituinte do meio social.

Tendo essa perspectiva como norteadora e partindo do entendimento de que, no universo da medicalização, a ligação supracitada deve ser considerada para que não cometamos o equívoco de desconsiderar o sujeito como ativo de seu processo de constituição

– e por consequência, no contexto de nosso trabalho, da medicalização –, faz-se importante considerar o prisma da medicalização como cenário complexo.

Ao considerarmos a medicalização para além do campo instituído e legitimado pelos saberes e práticas médicas, há ainda mais indicativos da atuação de diferentes agentes sociais nesse campo. Evans-Pritchard (2005) realiza uma etnografia entre os Azande, sociedade localizada no norte da África Central, cuja organização é pautada por saberes e rituais místicos, capazes de nortear a vida, as funções e os papéis sociais de todo o grupo. O autor buscou entender como tal sociedade se organizava ao redor desses rituais de magia e bruxaria e, para isso, elencou exemplos de que, quando alguém se machuca ou adocece, muitas vezes atribui este fato à existência de trabalhos mágicos contra ele que tiveram como resultado o adoecimento ou o acidente. Essa visão não significa um desconhecimento sobre o funcionamento biológico do corpo ou dos fenômenos da natureza, mas a explicação de que esse funcionamento desencadeou uma doença ou que a tempestade desabou uma casa em cima de alguém em decorrência de feitiçaria. Nessa perspectiva, apenas rituais de magia poderiam curar e/ou salvar o alvo da feitiçaria, uma vez que, para os Azande, magia se reverte com magia (Evans-Pritchard, 2005).

Nas sociedades ocidentais também conseguimos encontrar experiências de medicalização que não a legitimada pela medicina. São iniciativas marcadas pelos saberes populares. Exemplo disso são as benzedeadas e suas práticas cotidianas, que articulam saberes religiosos, misticismo e ações como benzimento, tarot e búzios para lidar com problemas físicos, emocionais, profissionais e pessoais de quem as procura (Calvelli, 2011). Podemos dizer que tais práticas são os exemplos de onde a medicalização oficial não alcança, uma vez que seus serviços vão ao encontro de lógicas simbólicas – tal como a eficácia simbólica de Lévi-Strauss (1975) – que interligam as afecções com saberes cotidianos e místicos.

Calvelli (2011) afirma que essa tendência de busca por atendimento das benzedeiras está calcada no fato de as pessoas se sentirem mais à vontade para relatar seus problemas e suas crenças para as benzedeiras, que, por sua vez, oferecem soluções ligadas à banhos, chás, orações e, por vezes, trabalhos mágicos pensados a partir da colaboração da própria pessoa em conversas afetuosas, já que essas práticas são:

[...] construídas, particularmente, por cada profissional em cada consulta. É uma prática interativa realizada mediante as interpretações que as profissionais fazem do jogo em sintonia com as interpretações que os consulentes fazem de suas próprias vidas. As realidades se interpenetram na realidade da interpretação que se faz do jogo com a realidade dos fatos da vida do consulente (Calvelli, 2011, p. 366).

O que fica perceptível em tais práticas de cuidado é o misto de intimidade, articulações entre as sensações do corpo e a dimensão mística, bem como a participação ativa dos sujeitos no processo de consulta e estipulação de caminhos para a cura. Isso, em alguma medida, faz com que a medicalização hegemônica, advinda de saberes médicos, seja posta de lado ou atue em segundo plano, não por serem desconsiderados ou desconhecidos, mas por ligar a existência de patologias com crenças que fazem sentido para essa parcela da população (Brandão, 1986).

Além disso, quando olhamos para os entendimentos populares que incidem nos processos de saúde e doença, podemos identificar práticas que, além da conexão com crenças religiosas, interligam outros aspectos do plano cultural, como questões socioeconômicas e círculos sociais a que os sujeitos têm acesso (Brandão, 1986). Segundo Lacerda (2015), as concepções desses processos se dão por meio da cultura de cada sociedade e de como ela é vivenciada por cada parcela social. Desta forma, ainda para a autora, mesmo que os saberes médicos se façam hegemônicos, não é possível que eles sejam uma possibilidade unânime em

todas as camadas sociais no diz respeito a terapêuticas de cuidado das afecções do corpo. Isso ocorre, pois:

A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas. O conhecimento médico de um indivíduo está continuamente sendo reformulado e reestruturado, em decorrência de processos interativos específicos (Lacerda, 2015, p. 8).

Tal perspectiva possibilita afirmarmos que não só aqueles saberes legitimados pelo arcabouço científico são referência de cuidados com a saúde e bem estar, mas também as experiências subjetivas, as tradições de família e as opiniões de pessoas próximas ganham relevância nesse campo. Daí podemos entender desde as múltiplas faces da automedicação com o uso de farmoquímicos, o uso dos chás que as avós geralmente recomendam contra dores, as pomadas preparadas nas residências que tiram dores e até mesmo os banhos de ervas, benzimentos e outras práticas que os sujeitos buscam para combater suas dores (Langdon, 2009).

Isso é posto pois, nesses saberes outros de cuidados, que passam pelas benzedeadas, chás e práticas informais que ressignificam o entendimento de saúde e doença, o que rege é o entendimento de doença, e conseqüentemente de medicalização, como experiência, conforme discorre Langdon (2009):

Segundo esta visão, a doença é melhor entendida como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura (p. 8).

Partindo deste entendimento de que as noções de doença e medicalização podem ser percebidas sob a perspectiva da experiência, há de se identificar o fator que leva o sujeito a buscar a medicalização, no seu sentido amplo e multifacetado (farmoquímicos, chás, automedicação ou outras terapêuticas, legitimadas pelos saberes médicos ou pelos saberes populares). Afinal, a que se deve essa busca? Em nosso entendimento, uma das respostas possíveis – e a que adotamos aqui – retoma a ideia que tratamos anteriormente acerca da agonia da noção de sujeito moderno abordada por Rolnik (2005), que discorre que, ao se dar conta de que não pode entender-se como completo em si mesmo, o sujeito moderno entra em agonia por ter de ser pensado como constituído em relação ao outro. Mas, onde podemos identificar a medicalização?

Em um contexto social amplamente marcado por relações mercadológicas, com efeitos em todos os âmbitos da vida, como sustentar uma noção de si e das relações com o outro que possibilite menos agonia? A medicalização surge como instrumento possível para lidar com afetos que chocam, incomodam e desestabilizam, apontando soluções múltiplas para que o sujeito possa agir sobre o turbilhão que o atravessa, inclusive sobre as diversas dores ou doenças que o afligem (Langdon, 2009).

Considerando a discussão empreendida neste capítulo, percebemos as instâncias que atuam em conjunto na sustentação da medicalização, as dificuldades encontradas ao percebermos sua vinculação (e até subordinação) às diretrizes do lucro e as diversas facetas que a medicalização possui. Outrossim, localizamos o sujeito em todo o processo que constitui a medicalização, deslocando-o da posição assujeitada e colocando-o como agente desse processo, inclusive na perpetuação das diretrizes lucrativas, das bases sociais vigentes e da resignificação dos entendimentos de saúde-doença e suas terapêuticas de cuidado.

A partir daqui, é preciso discorrer um pouco mais sobre a medicalização a partir dessa resignificação. Anteriormente, argumentamos no sentido de defender a constituição dos

sujeitos enquanto processo complexo dado no interior das instituições sociais e pontuamos em alguns momentos que, no contexto da medicalização dentro de nosso trabalho, o sujeito seria tomado a partir da diferença como uma de suas partes constituintes. Esta diferença, que neste capítulo apareceu marcadamente nas discussões sobre as diversas faces da medicalização, requer que nos debruçemos sobre ela nas páginas que se seguirão.

## **5. DO HEGEMÔNICO AO SIMBÓLICO: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E MEDICALIZAÇÃO**

Diante da multiplicidade de terapêuticas existentes para dar conta das mais diversas afecções que tocam o corpo e o colocam em sofrimento, faz-se necessário que abordemos como estas se configuram, onde atuam e como se relacionam com as práticas da medicina ocidental. A partir das discussões de Langdon (1994), Lacerda (2015) e Toniol (2015), este capítulo trata do que chamamos terapêuticas do simbólico que, conforme Lévi-Strauss (1975), dizem respeito às práticas que se baseiam em noções cosmológicas para explicações socioculturais e para o estabelecimento de práticas de cuidado às afecções de seus integrantes. Nesse intuito, analisamos os movimentos da medicina tradicional para entender, se aproximar e cercar práticas que não reiterem o uso de farmacocímicos na medicalização, bem como para invisibilizar a existência das terapêuticas do simbólico, que, por sua vez, estão presentes tanto em sociedades não ocidentais – como as indígenas – quanto em vários coletivos da sociedade ocidental que recorrem ao simbólico como forma de manutenção de crenças outras.

Assim, problematizamos a hegemonia do arcabouço médico em decretar o que ou quem deve ser medicado, bem como as práticas aceitas para o tratamento das queixas sintomáticas. Além disso, tratamos o sustentáculo da noção ocidental do que seja medicina, que passa pelo uso irrestrito da medicalização farmacocímica e pelo controle dos sujeitos por via de suas corporalidades, o que faz com que esta medicina – a hegemônica – tenha a pretensão de avaliar e julgar quais lógicas devem ser utilizadas na atenção, visando assim desqualificar terapêuticas que se pretendam contrárias a uma noção de sujeito padronizado e percebido unicamente por seu corpo.

Com esta discussão, encerramos o capítulo com o entendimento que as terapêuticas do simbólico podem ser percebidas sim como medicinas e suas práticas como proposições alternativas à medicalização farmacocímica.

## 5.1 ONDE O HEGEMÔNICO ENGLIBA A DIFERENÇA

Como discutimos na seção anterior, há, no universo da medicalização, terapêuticas, práticas e saberes outros, para além do discurso médico científico, que é legitimado na sociedade ocidental. Estes saberes e práticas, por vezes, fazem com que os saberes médicos hegemônicos sejam até mesmo postos em segundo plano em alguns contextos culturais, onde atuam como auxiliares de benzimentos, chás, banhos e rituais espirituais, no cuidado de afecções que a ciência e a medicina tradicional explicam de maneira distinta. Podemos afirmar, acreditamos, com base no exposto até aqui, que este cenário se dá em grande medida pela precarização ou dificuldade de acesso às redes de saúde – na estrutura hegemônica com redes de médicos, psicólogos e farmacocômicos – por parte de algumas camadas economicamente menos favorecidas da população ou por aqueles que buscam por essas terapêuticas como integrantes de sistemas valorativos para além das construções científicas, fazendo com que o caminho mais próximo e de fácil acesso a terapêuticas de cuidado seja vinculado aos saberes populares e seus rituais, como os supracitados (Brandão, 1986).

Esta não capilarização do arcabouço médico científico que atenda a camadas mais pobres do tecido social e os coletivos que mantêm ativas crenças que envolvem terapêuticas outras também pode ser colocado, acreditamos, como fator fundamental da explicação acerca de sua atuação secundária em muitos contextos que privilegiam terapias alternativas, que buscam tratar e explicar afecções através de práticas de cuidado capazes de conectar o biológico e o simbólico. A denominação “terapias alternativas”, entretanto, pode ser entendida como uma tentativa, advinda do discurso hegemônico, de se contrapor às resistências das camadas sociais supracitadas em aceitar a medicina tradicional como superior ou de maior validade, uma vez que, nos grupos que recorrem a elas, o que se vê é o entendimento de que são saberes e práticas medicinais (Souza & Luz, 2009).

Conforme apresenta Lacerda (2015), terapêuticas como as desenvolvidas por benzedeadas e até mesmo pelas tradições familiares se fazem mais próximas de suas realidades concretas, ganhando maior aceitação e credibilidade por parte dos sujeitos e de seus contextos socioculturais na explicação e tratamento das múltiplas doenças.

Além disso, essas práticas, que se sustentam a partir do ordenamento cultural – crenças valores, costumes e papéis sociais –, muitas vezes extrapolam o biológico para tentar explicar a origem das patologias, condicionando o corpo a explicações que, por sua vez, remetem a crenças religiosas, promovendo um entendimento no ideário daquele coletivo que é da ordem do simbólico, uma vez que é o simbólico que sustenta o arcabouço cultural de sujeitos e grupos sociais (Lévi-Strauss, 1975). É este ordenamento simbólico que permite àquele que tem queixas sobre seu estado físico ou psíquico, por exemplo, remeter-se ao sobrenatural e não reduzir seus problemas unicamente ao funcionamento orgânico de seu corpo que faz com que os saberes científicos atuem, por meio do uso de farmacológicos incidindo no biológico, como facilitadores de terapêuticas outras que promovem o ordenamento simbólico das afecções, relacionando biológico, mental e cultural (Lévi-Strauss, 1975) para desvendá-las e tratá-las.

A estas terapêuticas, a partir daqui, chamaremos práticas integrativas (Brasil, 2018), nome atribuído pelo arcabouço médico científico e que analisaremos mais adiante. Vale pontuar que, por práticas integrativas a medicina tradicional entende as práticas e terapêuticas – que, como vimos anteriormente, são tomadas em seus contextos como saberes medicinais tanto quanto os tradicionais (Souza & Luz, 2009) – que ela avalia como possíveis de serem absorvidas no cenário médico tradicional e, assim, passarem a atuar como auxiliares no tratamento de afecções.

A existência dessas práticas e terapêuticas, que atrelam o simbólico e o biológico a partir da cultura tanto na explicação quanto no cuidado de afecções, é o que confere, como

vimos na seção anterior, à medicalização um aspecto multifacetado. Isso permite dizer, então, que também as terapêuticas do simbólico podem ser entendidas como uma forma de medicalização, cujo foco é o de conferir explicações e ordenamentos culturais aos adoecimentos, lidando com eles a partir da diferença, em que o doente é parte de seu processo terapêutico, participando ativamente de seu diagnóstico, tratamento e cura (Calvelli, 2011). Essa perspectiva, que pressupõe o protagonismo do doente (Costa & Paulon, 2012), faz com que a medicalização – ao menos a entendida a partir das terapêuticas do simbólico – não promova prioritariamente a padronização dos sujeitos e o controle de seus modos de existência, mas sua aproximação com uma estrutura simbólica capaz de conectar corporalidade, modos de existência e sistemas simbólicos múltiplos na constituição da vida e de seus adoecimentos. Sobre isso, Langdon (2009) afirma:

[...] cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o prognóstico e possíveis causas, e esses sinais, em várias culturas, não são restritos aos sintomas corporais. A situação ambiental, seja do grupo, seja da natureza, também faz parte das possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença (p. 119).

Nesse sentido, ainda segundo a autora, o adoecimento é percebido como um processo que tem ligação com o corpo, com a cultura, com as crenças, com o contexto social e com o entendimento do sujeito ou grupo sobre saúde e doença. Dessa forma, não pode ser entendido apenas como algo biológico ligado unicamente ao corpo. Daí a legitimidade das práticas integrativas e suas sustentações na perspectiva do simbólico, uma vez que elas não restringem nem as explicações sobre a existência de afecções, nem as terapêuticas ao biológico, muito embora por vezes o sujeito busque concomitantemente auxílio médico.

Ao analisarmos o contexto das terapêuticas do simbólico no cenário brasileiro, podemos perceber que são enraizadas na cultura do país como um todo, sendo difundida e

legitimada pelo social em diversas regiões e estados, de formas distintas e singulares (Lacerda, 2015). Essa situação faz com que a medicalização promovida a partir do discurso hegemônico precise tomar em consideração a existência dessas terapêuticas e suas práticas para, no mínimo, garantir a hegemonia e legitimidade de suas ferramentas e explicações, que são pautadas pelo arcabouço científico e na etiologia de fenômenos orgânicos.

Nesse intuito, seguindo o exemplo de outros países, no início dos anos 2000, o Brasil começou, a partir da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a oferecer em algumas UBS o que ficou conhecido como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) (Telesi, 2016). Segundo o site do Ministério da Saúde do Brasil, pode-se definir as PICs como “tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão” (Brasil, 2013, p. 1). Todavia, em nosso entendimento, essa definição faz com que algumas das terapêuticas e práticas culturalmente difundidas através da ordem simbólica sejam condensadas e passem a possuir um lugar também nas redes de atenção do arcabouço médico, definido e demarcado unicamente pelo arcabouço hegemônico.

Segundo Telesi (2016), a integração das terapêuticas culturais com as que são ofertadas na rede de atenção básica, como nas UBS, se faz presente pelo mundo inteiro, por meio da atuação da OMS que, com diversas recomendações, incentivou a união da medicina tradicional com outras terapêuticas. Além disso, o autor pontua que, no Brasil, o assunto teve amplo debate antes de ser posto em prática no início do século, uma vez que foi assunto de discussões nas conferências de saúde desde 1986. Esse intervalo de mais de dez anos entre início das discussões e implementação se justifica, ainda conforme Telesi (2016), pela necessidade de entender quais as práticas mais difundidas no território brasileiro, quais as possibilidades de adotá-las em conjunto com a prática tradicional da medicina e em quais UBS poderiam ser oferecidas à população.

Vale ressaltar que, apesar de ter sido adotada em 2002, inicialmente em São Paulo, a integração das PICs com a medicina tradicional foi regulamentada em âmbito nacional por meio de portaria do Ministério da Saúde (MS) apenas em 2006. O ministério também definiu, nesta portaria, quais são as terapêuticas que devem ser entendidas como PICs. A lista mais recente, divulgada em um estudo sobre as PICs realizado pelo MS, conta com 19 práticas, quais sejam:

[...] homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia [...] Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Brasil, 2018, p. 8).

O estudo aponta ainda que, por todo o país, até 2018, havia mais de oito mil unidades de atenção básica oferecendo uma ou mais modalidades de PICs. Além disso, segundo o MS, o objetivo dessa oferta é garantir “qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (Brasil, 2018, p. 8). Diante desse contexto, cabem algumas observações acerca da pretensa aliança entre a medicina ocidental institucionalizada e as terapêuticas outras que, conforme argumentamos neste estudo, devam ser consideradas para a análise do cenário da medicalização.

A primeira delas diz respeito à existência de uma lista fixa com as terapêuticas que são permitidas no atendimento integrado, uma vez que a avaliação delas é feita pelo próprio órgão governamental responsável pela manutenção e veiculação do arcabouço hegemônico. Minayo (1995) argumenta que a organização dos sistemas de saúde no Brasil é complexa, sendo necessário considerar a existência de “muitos brasis” (Minayo, 1995, p.17) dentro do território nacional, haja vista a multiplicidade de formas de entender os processos de saúde e doença, as terapêuticas e os saberes que compõem este universo.

Para que se estabelecesse a atuação das PICs no SUS, um campo de relações de poder se constituiu entre os diversos setores da saúde no país. Discutimos anteriormente que as questões de medicalização são perpassadas por interesses econômicos, políticos e sociais, para além dos aspectos estritamente vinculados com as noções de saúde (Benetti, 2007), o que permite dizer, então, que a promoção de terapêuticas que operam em outras lógicas acerca de corporalidade, afecção e seus tratamentos, bem como sobre o entendimento acerca do que sejam os sujeitos também foi – e ainda é – atravessada por interesses advindos dos diversos âmbitos da sociedade.

A discussão das relações encontradas na criação e manutenção de políticas de saúde no Brasil, segundo Traverso-Yépez (2007), aponta que os interesses de grandes indústrias farmacêuticas, grupos de médicos e políticos estabelecem grande pressão para que qualquer alteração no campo da saúde não prejudicasse a hegemonia vigente. Em perspectiva parecida, Paim e Almeida Filho (1998), ao se debruçarem sobre o campo da saúde coletiva, argumentam que o estabelecimento de diretrizes de saúde no Brasil se dá a partir do conflito dos diversos grupos econômicos, políticos e farmacêuticos.

Nesse sentido, acreditamos ser possível afirmar que, no contexto de nossa pesquisa, também há o conflito destes setores e grupos para a criação e manutenção de diretrizes para a atuação das PICs. Inclusive, o estabelecimento de uma lista acerca de terapêuticas que podem ou não ser disponibilizadas para o tratamento de afecções precisa ser problematizado.

Essa lista, em nosso entendimento, promove o apagamento ou, ao menos, a diminuição da importância de perspectivas e terapêuticas plurais, além de pretender assumir o papel de validar ou não tais práticas que, como vimos anteriormente, existem, atuam e são legitimadas independentemente da validação dos saberes médicos. Tal pretensão pode ser percebida como um desdobramento dos embates desses grupos, cerceando a existência das PICs para que elas não ameacem de forma alguma seus interesses vinculados ao campo da saúde.

Ademais, para além das afirmações do MS acerca de qualidade e ampliação das formas de tratamento, podemos perceber a tentativa de sobreposição de um saber/terapêutica em relação aos demais. Ao considerarmos que essas terapêuticas já existiam e atuavam nos diversos grupos da sociedade muito antes da tentativa de integração por parte da medicina tradicional, encontramos em alguns contextos sua maior validade social do que o arcabouço médico-científico devido à prevalência de aspectos culturais no entendimento das afecções (Brandão, 1986; Calvelli, 2011). Assim, podemos tomar a aproximação existente atualmente nas UBS pelo Brasil como uma tentativa de reversão desse cenário. Ao ranquear terapêuticas para elaborar uma lista de quais são as supostamente aptas para estarem na rede formal de saúde e atribuí-lhes o papel de auxílio à medicina hegemônica, faz-se a sobreposição dos saberes científicos aos demais, numa pretensa marcação de superioridade, para que se crie a noção de que, mesmo que os sujeitos busquem terapêuticas outras para seu tratamento, seja indispensável a avaliação de um médico e que este faça o encaminhamento para outra prática, o chamado “ato médico”, previsto na lei 12.842/13.

Desse modo, o modelo de medicalização hegemônico cerceia as diferentes perspectivas e formas de entendimento dos processos de adoecimento, terapêuticas e curas que, como discorre Lacerda (2015), são pautados pela construção de saberes entre familiares, amigos e demais grupos sociais. Assim, é possível dizer que, nesse cerceamento, o que há é a tentativa da medicina tradicional de, mais uma vez, manter o modelo hegemônico de medicalização atuante e capilarizá-lo a ponto de torná-lo avalista de terapêuticas no objetivo de tutelá-las e criar um vínculo de dependência delas com o arcabouço médico.

Isso gera o que Langdon (1994) detecta como uma visão unilateral de representação da doença e de entender as corporalidades e subjetividades. Segundo a autora, há uma pluralidade de visões acerca disso, cada uma delas ligada a uma noção de sujeito. Essa representação única, pautada pelo arcabouço hegemônico, instituído nos termos da medicina

tradicional, ocorre com o intuito de fagocitar a diferença, fazendo com que os diversos entendimentos acerca de saúde, doença e modos de existência singulares restrinjam-se ao que é instituído e validado pela medicina. Englobar, então, neste cenário, tem uma estreita ligação com apagar e, quando o hegemônico engloba a diferença, pretende apagá-la ou no mínimo cerceá-la.

A promoção e manutenção de uma perspectiva única de manutenção, até mesmo como avalista ou não de possíveis intervenções outras tem a ver com as definições e classificações do que deve ser medicalizado e de como isso deve ser feito. Cabe analisar e problematizar as bases que sustentam tais definições.

## 5.2 MEDICALIZAR O QUÊ? EM NOME DE QUÊ?

Os diversos atravessamentos que constituem o campo da saúde propiciam que as definições postas acerca das noções de saúde, doença, tratamentos, medicalização e outros parâmetros desse universo tenham desdobramentos em diferentes setores sociais. Isso implica dizer que, a partir do arcabouço médico, instauram-se formas de controle dos sujeitos que passam por distintos âmbitos da sua existência, incidindo diretamente sobre sua corporalidade, colocando em cena o chamado biopoder (Foucault, 2019a). Por biopoder, Foucault (2019a) entende o:

[...] aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obter a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um ‘biopoder’ (p. 151).

Na perspectiva do biopoder, o arcabouço médico auxilia a criação e massificação do entendimento do que seja saúde, corporalidades aceitas socialmente, doenças, suas

sintomatologias e nosografias, bem como o que e como será passível de ser medicalizado. Essa massificação do controle dos sujeitos a partir dos seus corpos, segundo Foucault (2008), ramifica-se por toda a sociedade ocidental, fazendo-se presente em políticas de Estado, como, por exemplo, as diretrizes de saúde e redes ou sistemas de assistência, o que o autor denomina de “biopolítica” (p. 22). A biopolítica é, então, a presença de constructos normativos nos setores de governo populacional, que são massificados e instituídos como parâmetros de controle para a população em geral. Foucault (2019a) discorre que:

Se o desenvolvimento dos aparelhos de Estado garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de biopolítica agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e o sustentam; operam, também, como fatores de segregação e hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia (p. 152).

No contexto da biopolítica, vale mencionar, como fazem Zorzanelli e Cruz (2018), que a noção foucaultiana de biopolítica é colocada no cenário da medicina ocidental como tendo um papel de regulamentação de todos os âmbitos da sociedade, para além dos setores médicos, regendo os modos de existência a partir do estabelecimento de métricas para um padrão de saúde que passa, por exemplo, pela massificação de hábitos alimentares, de lazer, trabalho e demais rotinas. Desse modo, destaca-se, para os autores, a:

[...] visão foucaultiana de uma medicina ‘sem fora’, isto é, em que não haveria indivíduos ou qualquer espaço político em sociedades ocidentais liberais urbanas que fossem isentos de alguma forma de presença de saber médico (diagnóstico, procedimentos, prioridade à ciência, dentre outros) (Zorzanelli & Cruz, 2018, p. 276).

Eis aí um papel fundamental do discurso hegemônico de medicalização, pautado pelo arcabouço médico tradicional/ocidental, qual seja, o de promover a manutenção da incidência

do controle de governabilidade dos sujeitos em suas corporalidades, buscando manter a posse irrestrita da posição de decidir o que deve ou não ser medicalizado, por meio das diretrizes postas sobre saúde e doença, além das métricas postas nos demais âmbitos sociais.

Sobre isso, vale ressaltar a discussão de Caponi (2012) acerca da atuação dos saberes médicos na promoção da classificação e gestão biopolítica massiva dos sujeitos por meio da avaliação constante de queixas acerca de enfermidades. A autora discorre que esse processo de gestão e classificação se dá na conservação do poder do médico em atestar ou não uma doença, sendo ele o único ou principal responsável por isso, uma vez que seus saberes são hegemônicos e reconhecidos como válidos pela organização social ocidental.

Nesse formato, a autoavaliação do sujeito e suas queixas só possuem validade se confirmadas por um médico, que por sua vez atuará, quase sempre, valendo-se da medicalização, por via de farmacocímicos, com o objetivo de sanar o que foi classificado como doença (Caponi, 2012). Essa via da medicalização por meio de farmacocímicos é o que garante – além do que foi discutido no capítulo anterior deste trabalho – a incidência do socialmente aceitável na corporalidade dos sujeitos (Caliman, 2009), restringindo afecções ao que é identificável nos seus reflexos no corpo.

Diante do exposto até aqui, podemos pontuar que, no contexto das PICs, o processo de estabelecimento de uma listagem de quais terapêuticas se enquadrariam como aceitáveis para atuar no SUS e quais não são desdobramentos da tentativa dos arcabouços ocidentais de se preservarem hegemônicos e detentores da legitimidade da medicalização. Anteriormente pontuamos que tal listagem – produto do intenso jogo de interesses que circunda o âmbito da saúde (Paim & Almeida Filho, 1998) – promove uma sobreposição de saberes e práticas, culminando tanto na desvalorização e deslegitimação de terapêuticas da ordem do simbólico quanto na promoção de uma sobreposição da medicina ocidental a qualquer outra terapêutica que pretenda explicar ou tratar afecções para além do orgânico.

Consideremos também o fator da posse dos parâmetros hegemônicos para a classificação, diagnóstico e tratamento dos sujeitos, que influencia diretamente a configuração que se tem das PICs. No segundo capítulo deste trabalho, apontamos a argumentação de Salem (1992), que discorre que os arcabouços médico e psicológico promovem, através da medicalização, uma “desposseção subjetiva” (p. 2), em que o sujeito não é mais percebido em seus hábitos, gostos e forma de existência, mas reduzido unicamente à condição de doente, em que o sujeito é a extensão, ou melhor, a manifestação de uma sintomatologia e que, portanto, deve ser visto a partir dela, o que Salem (1992) denomina de “indivíduo psicológico” (Salem, 1992, p. 8).

Embora o olhar de Salem (1992) esteja voltado para as questões da psicologia, sua discussão pode auxiliar nosso argumento acerca da posse da medicalização por parte da medicina tradicional. Para a autora, “‘desposseção subjetiva’ não é da ordem da mera negatividade: ela impõe a premissa de que, exatamente por ser (ou estar) destituído de si, o indivíduo psicológico está na dependência de um outro” (Salem, 1992, p. 11). Esse outro é justamente o arcabouço médico, hegemônico, que detém a autoridade sobre as classificações e tratamentos das mais diversas doenças.

Essa dependência pode, em nosso entendimento, ser percebida como uma pretensão de pensar os sujeitos a partir da tutela, entendida aqui como a imposição de ditames sobre ações, modos de existência e corporalidade (Venâncio, 1993), além de, no âmbito de nossa pesquisa, formas de medicalização. Conforme Venâncio (1993), o discurso médico hegemônico na atualidade promove a gestão biopolítica dos sujeitos por meio da tutela. Assim, podemos pontuar que o que se pretende medicalizar então é o desvio, as diferentes formas de existência (Aguiar, 2004) e que a tutela promove a manutenção das bases hegemônicas de medicalização, que, por sua vez, facilitam a gestão biopolítica dos sujeitos.

Poder-se-á perguntar, então, como explicar a existência das PICs e das demais terapêuticas que não estão avalizadas pelo arcabouço médico, mas que continuam atuando e sendo legitimadas em diversos contextos culturais populares? Discorreremos sobre o campo de disputa e pressão de diversos grupos e interesses que circundam as questões de saúde (Traverso-Yépez, 2007) e, deste modo, é correto afirmar que parte dessa pressão advém dos próprios grupos que integram terapêuticas da ordem simbólica – tanto as que compõem as PICs quanto as que ficaram de fora – que visam ver-se representados, de algum modo, também no aparato da medicina tradicional.

Esse cenário pode ser exemplificado ao analisarmos que as discussões sobre a inclusão de práticas advindas de terapêuticas que não as instituídas pelos saberes médicos têm início, no Brasil, com encontros regionais e estaduais de saúde, dos conselhos de profissionais de saúde e depois foi tomando dimensões nacionais para então tornar-se política do SUS (Brasil, 2008). O amplo debate nesses encontros, desde os menores até os nacionais, é exemplo de como o contexto da saúde é transpassado por múltiplos interesses – incluindo os das terapêuticas fora do arcabouço médico –, que são os responsáveis pelo estabelecimento das PICs da forma em que estão. Isso significa dizer, com base na noção de que o estabelecimento de políticas em saúde é composto por pressão de muitos grupos (Paim & Almeida Filho, 1998), que tanto a existência de terapêuticas vinculadas à perspectiva do simbólico quanto o pretenso cerceamento da atuação delas no interior do SUS configurou-se a partir de pressões e relações de poder (Foucault, 2018a).

Outrossim, a contínua validação simbólica por parte de grupos sociais ligados às terapêuticas que promovem práticas de cuidado para além da medicina tradicional e a manutenção da procura por essas terapêuticas (Lacerda, 2015), estejam elas vinculadas às PICs ou não, demonstra, em nosso entendimento, que o simbólico exerce pressão constante sobre os saberes e práticas hegemônicos e atua apesar destes, mesmo que também receba de

sua parte pressão contínua. Vale ressaltar que a pressão que os saberes hegemônicos exercem em relação às terapêuticas que não se enquadram nas práticas ocidentais passa, inclusive, pela tentativa de desmerecer, descredibilizar e desmobilizar os grupos sociais a acessarem e aceitarem tais práticas, no intuito de prevalecer como detentores das diretrizes e terapêuticas nas questões de saúde e doença (Lacerda, 2015). No que diz respeito à medicalização, quando são propostas alternativas ao uso de farmacológicos, essa pressão é intensificada (Langdon, 2009). Daí a tentativa de secundarizar as terapêuticas do simbólico, pois é na medicalização por via de remédios bioquímicos que se encontra um dos pilares da biopolítica incidindo sobre a corporalidade dos sujeitos (Caponi, 2012).

Langdon (2009) discorre que a visibilidade cada vez maior dessas terapêuticas do simbólico desestrutura as bases hegemônicas dos processos de saúde e doença ao colocar todas as construções acerca deles como localizadas em determinados contextos socioculturais, e que, apesar de a sociedade ocidental se pautar por um arcabouço hegemônico, a ordem do simbólico configura outras práticas – como vimos anteriormente em relação às benzedeadas, terapeutas holistas e acupunturistas, por exemplo –, que inscrevem a vida em outra perspectiva, pressupondo seu protagonismo no processo saúde/doença e a manutenção de múltiplas formas de existência. Nessa perspectiva:

[...] o significado dos eventos, seja doença ou outros problemas, emerge das ações concretas tomadas pelos participantes. Esta visão reconhece que inovação e criatividade também fazem parte da produção cultural. Cultura é não mais uma unidade estanque de valores, crenças, normas, etc., mas uma expressão humana frente à realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação. É um sistema simbólico fluído e aberto. Também central neste conceito da cultura é o enfoque no indivíduo como um ser consciente que percebe e age. A doença é vista

dentro desta perspectiva. E é vista como uma construção sociocultural, inclusive por sua própria subjetividade e experiência particular (Lacerda, 2015, p. 4-5).

Esse entendimento implica dizer, acreditamos, que, apesar de algumas terapêuticas estarem secundarizadas no SUS e outras nem foram autorizadas a estarem nessa condição e, portanto, receberam do arcabouço hegemônico uma tentativa de invalidação, nos contextos socioculturais em que estão inseridas são elas que promovem práticas de cuidado legitimadas e que validam constantemente a existência das terapêuticas do simbólico, sendo vista como eficaz a busca por explicações outras que não as biomédicas (Minayo, 1995).

Não podemos falar em terapêuticas do simbólico e não mencionar as que são tradicionais entre os povos indígenas. Estas também são constantemente pressionadas a aderirem à medicina ocidental (Langdon, 1994), as quais recorrem como auxiliares, mas nunca como principal tratamento ou explicação para queixas sintomáticas. Langdon & Wiik (2010) apontam que as sociedades indígenas não compreendem o sujeito como unicamente corporal, mas há fortemente uma dimensão cosmológica que promove o ordenamento dessas sociedades e, por consequência, também dos processos de saúde e doença. Os autores discorrem que as terapêuticas de cuidado que são desenvolvidas quando alguém é acometido por uma afecção envolvem essa dimensão cosmológica, que tem ligação com espíritos, com a natureza e com a sociedade como um todo. Segundo eles:

[...] a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociada da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados. Será somente a partir da compreensão dessa totalidade que serão apreendidos os conhecimentos e práticas atrelados à saúde dos sujeitos formadores de uma sociedade portadora de um sistema, ou cabedal cultural, próprio (Langdon & Wiik, 2010, p. 178).

Assim, o processo de adoecimento ou de cura de um dos integrantes dessas sociedades altera todo o social, não podendo ser pensado como algo exclusivamente individual e devendo envolver rituais e terapêuticas coletivos capazes de dar conta do reestabelecimento cosmológico, para além do aspecto físico (Langdon & Wiik, 2010). Kopenawa e Albert (2015) argumentam que as sociedades indígenas são sustentadas por um sistema cosmológico de compreensão em que o mundo é regido por entes não humanos e que os humanos são parte de um todo maior, devendo não serem tomados como únicos, melhores, donos do planeta ou algo assim. Como parte do todo, então, se o território tem problemas, a sociedade também deve ter, se um ente adoecer é um adoecimento do todo, devido a algo alterar-se entre os espíritos que regem o mundo. É nessa perspectiva ampliada que os males e adoecimentos são considerados.

É essa cosmovisão que sustenta a negativa indígena em aceitar lógicas produtivistas que podem devastar o território, uma vez que argumentam degradarem-se junto à natureza que se vai (Kopenawa & Albert, 2015). Essa também é a razão pela qual a medicina ocidental, apesar de oferecer pressão a essas sociedades, é posta como auxiliar das terapêuticas locais, uma vez que estas precisam dar conta de uma existência que vai muito além da corporalidade (Langdon, 1994)

Tanto nas terapêuticas do simbólico presentes nos grupos sociais ocidentais quanto as que estão nos contextos indígenas, a medicina ocidental não é, de forma alguma, invalidada ou desacreditada; ao contrário, como vimos, muitas vezes os sujeitos recorrem também à medicina ocidental e até à medicalização advinda dela para seus tratamentos. O que não aceitam é a sobreposição do arcabouço médico científico às suas terapêuticas, ou ainda, a invisibilização dos seus saberes e práticas para a manutenção da hegemonia da medicalização ocidental. Desse modo, precisamos tratar desse acesso que é feito ao arcabouço ocidental sempre que julgam necessário para complementar uma prática terapêutica.

### 5.3 TRATAMENTO MÉDICO, TAMBÉM!

O título escolhido para essa seção faz menção a dois processos importantes de serem analisados no contexto de nossa discussão acerca das diferentes formas como a medicalização pode ser percebida e, em especial, às formas que vemos ao nos debruçarmos sobre as terapêuticas circunscritas na ordem do simbólico. O primeiro deles diz respeito à diferença entre a percepção dos saberes hegemônicos sobre essas terapêuticas e como o contexto de que elas fazem parte as percebe e as denomina. O segundo tem relação com o cuidado de afecções por lógicas outras que, vez ou outra, acessam o tratamento médico tradicional, hegemônico e ocidentalmente legitimado, mostrando que a ordem do simbólico não rompe radicalmente tampouco invalida a medicina ocidental.

Quando discutimos a pretensão do arcabouço ocidental de tomar para si o direito de avaliar, bem como validar ou não, terapêuticas outras que não as inscritas nos saberes médicos tradicionais, inclusive por meio da tentativa de transformá-las em coadjuvantes do processo hegemônico a fim de gerar a noção de indispensabilidade das práticas ocidentais (Langdon, 2009; Lacerda, 2015), discorreremos acerca da tentativa de se estabelecer uma exclusividade sobre a medicalização como configuração biopolítica (Caponi, 2012). Se quisermos nos aprofundar mais nos indicativos dessa tentativa, podemos apontar o próprio estabelecimento das políticas em saúde sobre a oferta de terapêuticas outras como “Práticas Integrativas” (Brasil, 2008, p.8) como um importante indicativo dessa pretensão.

Toniol (2015) sinaliza que a proposição de se manter hegemônico por parte do arcabouço médico científico chega até os tribunais e que a judicialização tem ligação com o cerceamento de outras terapêuticas. Para o autor:

[...] na história recente da medicina no Brasil, as disputas judiciais envolvendo essas especialidades e as entidades da classe médica deixaram de ser sobre a validade

técnica dessas práticas e passaram a concentrar-se, sobretudo, na determinação dos profissionais que poderiam exercê-las (Toniol, 2015, p. 172).

Além disso, o autor discorre que esse cenário é uma tentativa de deslegitimação de saberes outros por via judicial, para que as práticas medicinais tradicionais se tornem território único dos médicos formados pelo campo da medicina ocidental. Outrossim, esse cenário nos permite pontuar que a instrumentalização das vias jurídicas se dá como estratégia para a legitimação de que a medicina seria unicamente o que está posto no arcabouço médico ocidental, colocando assim as demais terapêuticas à mercê dos profissionais da medicina hegemônica para serem avaliadas e, quando muito, atuarem como auxílio terapêutico por meio da alcunha de práticas integrativas (Toniol, 2015).

O problema é que, segundo Langdon (1994), as práticas de cuidado à saúde dos sujeitos – todas elas, incluindo a medicina ocidental – são construtos socioculturais que se baseiam em noções de saúde, doença e modos de tratamento circunscritos em determinado contexto sociocultural. A partir desse entendimento, é correto afirmar que a pretensa sobreposição do arcabouço médico-científico ocidental aos demais saberes e terapêuticas, inclusive por meio da tentativa de restrição do uso do termo medicina para fazer menção a alguma terapêutica fora dos saberes ocidentais, desconsidera os aspectos socioculturais que envolvem o campo das terapêuticas de cuidado e seu arcabouço conceitual, pretendendo, em prol da sua hegemonia, medicalizar as diferentes noções de saúde e doença, cerceando os entendimentos diversos acerca delas.

Se partimos da noção levantada por Langdon (1994) acerca da localização sociocultural das construções em torno das terapêuticas e práticas médicas, podemos afirmar que as terapêuticas do simbólico – as que integram as PICs, as que não e de outras sociedades, como as indígenas – são também medicinas, sustentadas e amparadas pelo contexto sociocultural em que se inserem, partindo do simbólico para lidar com as noções de saúde e

doença, que não são percebidas como individuais, mas coletivas (Toniol, 2015). Segundo Pegado (2020), confere-se o entendimento de medicinas às terapêuticas do simbólico, pois elas:

[...] consistem num conjunto diversificado de terapias ou práticas terapêuticas que têm em comum o facto de assumirem um carácter de diferencialidade face à chamada medicina convencional (que é, em simultâneo, a “medicina oficial”) e de proclamarem a posse de um corpo de saberes mais ou menos sistematizado sobre a saúde e a doença orientador das práticas terapêuticas. Não é um campo fechado, mas sim delimitado por fronteiras fluidas e flutuantes, assinaladas quer por atributos intrínsecos às diversas terapias [...] (p. 3).

Nesse sentido, o que é posto ao entender as terapêuticas do simbólico como medicinas – e por vezes “medicinas alternativas” (Pegado, 2020, p.1) – é a recusa por parte dos sujeitos desses contextos, de tomar como modelo único de terapêutica uma medicalização que incide unicamente no orgânico e que pretende promover a gestão dos sujeitos a partir disso. Outrossim, faz-se relevante a abertura para formas outras de se pensar o sujeito, conectando-o também ao simbólico como parte de sua constituição, alargando, desse modo, o entendimento acerca de saúde, doença, corporalidade e, conseqüentemente, medicalização, pautando-se pelas diferenças existentes em cada coletivo.

Daí a importância dada pela medicina hegemônica a manter-se única a ser vinculada ao entendimento de Medicina, grafado com inicial maiúscula, pois assim carrega em si todos esses elementos sustentando-o. Vale ressaltar, ainda para Pegado (2020), que é importante delimitar a qual medicina se refere quando este universo é analisado, uma vez que para o arcabouço hegemônico:

[...] a medicina (convencional), ao contrário das medicinas complementares e alternativas, não necessita de adjetivação. E este facto aparentemente simples é

revelador do lugar social dos diversos sistemas terapêuticos; a medicina convencional, nas modernas sociedades ocidentais, é a Medicina (Pegado, 2020, p. 6).

Quando se localiza a qual medicina fazemos menção, então, reitera-se a ideia de que o arcabouço em torno dela é fruto de constructos socioculturais (Landgon, 1994) e busca-se negar uma pretensa deslegitimações de outras terapêuticas que, ao partirem de um próprio arcabouço medicinal, estabelecem diferentes parâmetros de entendimento acerca dos processos de adoecimento, suas justificativas e práticas de cuidado (Toniol, 2015; Pegado, 2020). É neste intuito, por exemplo, que Kopenawa e Albert (2015) discorrem sobre a relação entre sujeito e natureza presente nas sociedades indígenas, que os conectam e os relacionam com uma cosmologia na qual espíritos se manifestam e regem o mundo, sem ser possível pensar cosmos, sujeito ou natureza isoladamente, apenas como parte do todo.

Ainda para os autores, é preciso levar em consideração o cosmos e a natureza também nas sociedades ocidentais, haja vista os grandes problemas ambientais que a humanidade vem enfrentando nos últimos tempos. Para eles, a partir do arcabouço indígena, tais problemas são sinais de adoecimento do planeta, que devem ser percebidos como adoecimento também dos sujeitos que fazem parte dele, exigindo processos de cuidado capazes de integrá-los em prol da cura do planeta como um todo (Kopenawa & Albert, 2015).

Essa busca por integrar humanos e não humanos visando ao processo de cura do planeta talvez possa explicar também o porquê dos acionamentos feitos ao arcabouço médico ocidental mesmo possuindo suas próprias terapêuticas. Como vimos no capítulo anterior de nosso trabalho, Lévi-Strauss (1975) pontua que a existência de explicações cosmológicas para os fenômenos sociais e processos de adoecimento para além das que são conferidas pelos saberes científicos ocidentais não pode ser tomada como desconhecimento ou desprezo a esses saberes por parte dessas outras explicações. Ao contrário, o autor afirma que o exercício dessas explicações – que pertencem à esfera do simbólico – é o de explicar inclusive a

argumentação científica, que conhecem e aceitam, mas não resumem a ela o fenômeno ocorrido.

Quando, nessas sociedades, alguém adoece, o coletivo sabe da explicação científica e também adere à medicalização farmacológica. Entretanto, pontua-se que aquelas células virais, processo infeccioso ou bacteriano, são reflexo de uma situação cosmológica para além do biológico (Lévi-Strauss, 1975). Desse modo, a terapêutica tradicional, que incide unicamente na corporalidade não se torna inválida, mas é vista como auxiliadora de um processo de cura que transcende o tecido social, onde o doente é percebido como parte de um todo adoecido (Evans-Pritchard, 2005; Kopenawa & Albert, 2015).

É por conta disso que essas terapêuticas, ou, em nosso entendimento, medicinas do simbólico, resistem ao lugar que lhes é dado pela medicina ocidental, pois percebem-se vinculadas a uma teia de relações complexas, cosmológicas, que não podem ser resumidas ao corpo de um sujeito, nem ao uso de farmacológicos.

Outrossim, embora demarcando a posição sociocultural das medicinas, conforme discutimos nesta seção, podemos perceber que a medicinal ocidental não é tida pelas outras medicinas como inválida ou inferior, mas que é acionada quando o coletivo julga necessário (Lévi-Strauss, 1975), o que mais uma vez reforça, em nosso entendimento, a recusa às tentativas de inferiorização, interdição ou instrumentalização dessas medicinas para a gestão biopolítica dos sujeitos que são empreendidas pelos constructos da medicina ocidental.

Neste capítulo, abordamos os diversos entendimentos possíveis sobre as medicinas, suas práticas e terapêuticas. Por conta dessa multiplicidade de medicinas, pontuamos que cada uma possui suas estratégias de medicalização pautadas por seu entendimento sobre saúde, doença e cuidado. Assim, ao discorrermos que a medicina ocidental promove, por meio da medicalização via farmacológicos, o governo dos sujeitos a partir dos corpos, estabelecendo políticas de saúde neste intuito, e contrapormos a ela as práticas das medicinas do simbólico,

podemos afirmar que, na medicalização hegemônica, o que se medica são as diferentes formas de existência em nome do governo dos corpos, porém existem e estão atuantes as terapêuticas que visam à integração do sujeito em seu contexto social a partir de abordagens outras, que incluem o simbólico. Cada uma delas, a seu modo, pode ser considerada e ter seu papel reconhecido enquanto medicina.

## 6. CONSIDERAÇÕES DE UM ANTROPÓLOGO NA PSICOLOGIA

A proposição de um diálogo entre Psicologia Social e Antropologia da Saúde neste trabalho teve como fio condutor a abordagem das diversas perspectivas de cada uma das áreas sobre a medicalização e como elas reverberam na formulação de entendimentos sobre aquilo que aqui chamamos de diferença. Tendo isso em vista, visamos desde o início tecer considerações acerca da constituição científica das duas áreas, analisando suas conexões com as ciências biológicas (Figueiredo & Santi, 1999; Rubim, 1999) bem como a configuração de bases científicas próprias, necessárias em ambos os casos por pautarem como interesse de pesquisa os processos da complexa constituição do humano (Rose, 2008; Laraia, 2001).

A partir dessa complexidade, argumentamos em favor do entendimento de que tal processo – da constituição do humano – precisa ser encarado na e pela cultura, a exemplo das discussões de autores como Prado Filho e Martins (2007) e Cunha (2017), o que nos permitiu corroborar a discussão foucaultiana acerca da importância das relações de poder para pensar os sujeitos, por meio de alguns operadores analíticos como saber, poder e disciplina, por exemplo (Foucault, 2018a). Desse modo, tivemos a possibilidade de analisar a medicalização sob a luz dos operadores supracitados em uma perspectiva problematizadora, questionando os limites entre o normal e o patológico (Aguiar, 2005; Langdon, 2009), o estabelecimento de discursos e diretrizes massificadas e validadas socialmente do que seja saúde e doença, bem como modos de existência aceitos e patologizados (Foucault, 2018a).

Nesse cenário, discorreremos, a partir do arcabouço das duas áreas postas em diálogo, que a medicalização fomentada na sociedade ocidental da atualidade cumpre o papel de produzir bases para um modelo padronizado de existência, que pretende promover uma noção massificada do que sejam os sujeitos, para que eles se tornem supostamente capazes de atender às demandas do mercado de trabalho de maneira a não causar problemas para a estrutura social vigente (Caponi, 2012; Russo, 1993). A importância conferida à

medicalização nesse contexto sustenta-se na possibilidade de ditar padrões de existência ao mesmo tempo que estabelece mecanismos capazes de identificar desvios, classificá-los, diagnosticá-los e corrigi-los, ou ao menos invisibilizá-los (Foucault, 2019a). Vale destacar, então, que a medicalização ocidental, tal como discorremos em nossa argumentação, é percebida para além do arcabouço médico-científico ou unicamente do uso de farmacocímicos, sendo capilarizada por todos os âmbitos da sociedade, além de ser mobilizada para o estabelecimento de modos de vida padronizados (Foucault, 2018a).

É nesses termos que problematizamos a pretensão de hegemonia da medicalização ocidental sobre aquilo que chamamos de diferença ao longo de nossa discussão, a saber, as diversas formas de entendimento acerca da constituição dos sujeitos, bem como dos processos de saúde e doença, que se sustentam de maneira distinta da noção hegemônica – pautada pela corporalidade – uma vez que elas podem ser analisadas como pautadas pelo simbólico (Lévi-Strauss, 1975; Toniol, 2015). Por ser um importante mecanismo de massificação de modos de existência e por não se restringir mais unicamente aos contextos médicos, tornando-se um balizador social, a medicalização ocidental atua como ferramenta de apagamento de terapêuticas que ameacem a hegemonia dessa atuação, bem como das noções postas sobre saúde, doença, constituição dos sujeitos e estratégias de cuidado (Langdon, 2009; Lacerda, 2015).

Daí a importância de termos destacado a existência e a atuação de terapêuticas do simbólico, que se estruturam a partir de uma cosmovisão que conecta sujeitos, sociedade e até mesmo seres espirituais na explicação e no tratamento de afecções, não restringindo nenhum desses aspectos à incidência corporal individual (Lévi-Strauss, 1975; Evans-Pritchard, 2005). São essas terapêuticas que apresentam, no contexto social que integram, alternativas à incidência da medicalização – e por consequência, dos padrões advindos a partir dela – na

corporalidade individual e, assim, pautam-se como aquilo que denominamos medicinas do simbólico.

Quando analisamos a tentativa do arcabouço médico hegemônico de manter-se como avalista de terapêuticas outras, pretendendo descredibilizar umas e cercear a atuação de outras, transformando-as em auxílios para a atuação biomédica, podemos pontuar que, para além da tentativa de deter a exclusividade do estabelecimento de terapêuticas de cuidado, a pretensão de preservar os padrões estabelecidos e a possibilidade de massificá-los por meio do arcabouço médico (Langdon, 2009; Lacerda, 2015), forja a gestão biopolítica da sociedade (Zorzanelli & Cruz, 2018).

Essa gestão está intimamente vinculada com o estabelecimento de políticas de Estado capazes de capilarizar e enraizar os padrões estabelecidos em todos os âmbitos da sociedade (Foucault, 2019c), papel desempenhado pela medicalização. Parece-nos possível argumentar que, como vimos, a existência e atuação das medicinas do simbólico abalam a própria manutenção da biopolítica, por meio de uma validação que não vem de um saber científico e que estrutura, por sua vez, o contexto cultural que essas medicinas integram (Lévi-Strauss, 1975; Langdon, 1994).

Atribuímos esse abalo dos termos da biopolítica àquilo que discorremos sobre a argumentação de Rolnik (2005) acerca da agonia do sujeito moderno ao perceber-se impossibilitado de pensar a si e aos outros como indivíduo isolado e independente dos outros. Ao integrarem simbólico, corporal, cultural e todo o tecido social tanto na explicação quanto no tratamento das mais diversas afecções, as medicinas do simbólico colocam em xeque a pretensão do arcabouço ocidental de manter a ideia de indivíduos isolados, evidenciando a possibilidade de perspectivas outras que não a hegemônica no entendimento dos processos que constituem o humano e as sociedades.

Esse é, acreditamos, um dos panos de fundo para a argumentação de Krenak (2019), ao apontar que é preciso que as sociedades ocidentais repensem seu entendimento acerca da relação homem-natureza, saúde e doença, indivíduo, além da própria noção de sociedade, para que seja possível melhorar as condições de vida no planeta. O autor pontua que o entendimento de entes independentes, isolados entre si e que visam unicamente o acúmulo de capital é o que está devastando o planeta e, segundo ele, levando ao adoecimento de toda a vida na Terra (Krenak, 2019).

Discussões como a de Krenak (2019) e de Kopenawa e Albert (2015) ampliam o entendimento de adoecimento, recusando a noção da medicina ocidental que individualiza e incide sobre a corporalidade, pontuando a necessidade de se pensar a processualidade do adoecer e, nela, os reflexos e desdobramentos que afetam tanto o indivíduo quanto o coletivo, o meio social e até mesmo espíritos e divindades que transcendem o material e governam as formas de existência, ao menos para os que assim acreditam.

Então, ao levantarmos as problemáticas da atuação de benzedeiras, curandeiras, de profissionais das PICs ou dos pajés, no caso das sociedades indígenas, no contexto da medicalização para além das discussões da transcendência ou não nos modos de existência, o que podemos perceber, nas argumentações da Psicologia Social e da Antropologia da Saúde, é a necessidade de encarar o adoecimento enquanto processo, reformulando inclusive a ideia de indivíduo isolado e completo em si (Rolnik, 2005).

Além disso, ao levar em conta a diferença em lidar com os processos de adoecimento em cada contexto sociocultural, cabe ressaltar a problematização que empreendemos sobre os moldes que sustentam a medicalização por via de farmacoquímicos, promotora de apagamentos e contenções de modos de existência singulares em prol da padronização desses. Isso é posto pois, como discutimos, há uma atuação massiva do *marketing* em veicular padrões de saúde e métodos de medicalização para tratamento de aspectos enquadrados em

sintomatologias de alguma doença, o que facilita a instrumentalização da medicalização (Santos, 2020) como fomento de um modo de existência padronizado.

A atuação do *marketing*, inclusive, é um fator importante ao considerarmos o alargamento dos parâmetros de medicalização para todos os âmbitos sociais. Conforme Zorzanelli e Cruz (2018), a medicalização se constitui como mecanismo essencial para a gestão biopolítica da sociedade ocidental por ter a capacidade de estabelecer e massificar o que os autores chamam de “*healthism*” (p. 727), ou seja, um modo de vida considerado saudável, construído de tal modo a ser desejado pela população assim que massificado. Esse modo de vida parte da noção do indivíduo completo em si mesmo, que se autoavalia constantemente e faz o que pode para manter-se dentro dos parâmetros de saúde vigentes (Zorzanelli & Cruz, 2018).

Nesse cenário, acreditamos que a gestão biopolítica na sociedade ocidental atual se pauta pela instrumentalização de uma medicalização atuante em duas frentes, a massificação do apagamento de modos de existência consideradas desviantes por meio do uso de farmacocímicos, e o estabelecimento e comercialização – aqui no sentido do *marketing* supracitado – de um modo de vida desejado pelos componentes dos mais diversos setores da sociedade, que, por sua vez, buscam enquadrar-se nos padrões para alcançar esse modo de vida. Como buscamos evidenciar nas discussões da Psicologia Social e da Antropologia da Saúde, essa medicalização parte de uma ideia de indivíduo em declínio, sustenta-se por meio do apagamento da diferença e do combate às medicalizações outras que se apresentam nos diversos contextos culturais.

A partir das reflexões que empreendemos nas páginas que se seguiram até aqui, é possível identificar alguns caminhos possíveis para a reconfiguração da medicalização presente nas sociedades ocidentais. Caminhos estes que vão desde levar em conta a multiplicidade de perspectivas acerca dos processos de saúde e doença e, conseqüentemente,

do que seja o sujeito, até a atuação conjunta com as medicinas do simbólico – sem pretender estabelecer uma melhor e uma pior – em prol da construção de terapêuticas outras que não incidam somente nos modos de existência e/ou nas corporalidades.

A pergunta que fica para discussões futuras é: estamos preparados para ouvir Kopenawa e Albert (2015), Krenak (2019) e outros para construir coletivamente modos plurais de existência, abandonando as diretrizes biopolíticas? Será preciso, diante da agonia da noção de sujeito pensado como indivíduo, construirmos caminhos possíveis para os novos termos dessa noção e, como argumentamos neste trabalho, instrumentalizações biopolíticas indicam a necessidade de serem superadas, deixando para trás inclusive a base controladora da medicalização farmacológica.

Portanto, acreditamos que tais caminhos podem ter como importante disparador as discussões supracitadas. A nós, cabe fomentar reflexões outras, como buscamos fazer nessas páginas.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- Akkari, A. C. S., Munhoz, I. P., Tomioka, J., Santos, N. M. B. F., & Santos, R. F. (2016). Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. *Gestão & Produção*, 23(2), 365-380. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-530x2150-15>
- Baltazar, M. L. (2005). Psicofármacos e psicanálise. *Pulsional-Revista de Psicanálise*, 18(183), 5-20.
- Baroni, D. P. M., Vargas, R. F. S., & Caponi, S. (2010). Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 70-77. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100009>
- Benetti, D. V. N. (2007). Saúde e inovação científico-tecnológica em medicamentos. *Revista Tecnologia e Sociedade*, 3(4), 103-118. ISSN: 1809-0044. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=496650323006>
- Bermudez, J. (1992). *Remédio: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Bermudez, J. (2004). Medicamentos genéricos: uma alternativa para o mercado brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(3), 368-378. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300016>.
- Biehl, J. (2011). Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, 35(17), 257-296. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100009>
- Buss, P. M. (2007). Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1575-1589. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000600019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600019)
- Brandão, C. R. (1986). *Os deuses do povo: Um estudo sobre a religião popular*. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. (2013). *Práticas integrativas e complementares (PICS): Quais são e para que servem*. Disponível em <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>
- Brasil. (2018). Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS.
- Canabarro, R. D. C. D. S., & Alves, M. B. (2009). Uma pílula para (não) viver. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(3), 839-866. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482009000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300005&lng=pt&tlng=pt).

- Candiotto, C. (2012). Disciplina e segurança em Michel Foucault: A normalização e a regulação da delinquência. *Psicologia & Sociedade*, 24(spe), 18-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000400004>
- Candiotto, C. (2007). Foucault e a crítica do sujeito e da história. *Revista Aulas*, 1(3), 1-21. Disponível em <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1913>
- Caliman, L. V. (2009). A constituição sócio-médica do "fato tdah". *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 135-144. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326582016>
- Calvelli, H. G. (2011). Um olhar antropológico sobre as benzedeiras, cartomantes e videntes na Zona da Mata mineira. *Revista de Ciências Humanas Viçosa*, 11(2), 359-373. Disponível em <https://www.locus.ufv.br/handle/123456789/19826>
- Caponi, S. (2012). Classificar e medicar: A gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *InterThesis*, 9(2), 101-122. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>
- Cardoso, M. (2002). Psiquiatria e antropologia: Notas sobre um debate inconcluso. *Ilha*, 4(1), 85-113. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/15033>
- Carvalho, D. L. T. (2017). *Sistema de marketing de saúde no Brasil: Impactos dos fenômenos de medicalização e farmacêuticalização e alternativa de equilíbrio*. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9407>
- Carvalho, S. R., Rodrigues, C. O., Costa, F. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: Uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 5(4), 1251-1269. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>.
- Cunha, M. C. (2017). *Cultura com aspas*. São Paulo: Ubu.
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2013). A construção social da doença: Insights-chave e implicações para as políticas de saúde. *Ideias*, 3(2), 183-219. Disponível em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649322>
- Costa, D. F. C., & Paulon, S. M. (2012). Participação social e protagonismo em saúde mental: A insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate* 36(95), 572-582. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/?lang=pt#>
- Deleuze, G. (1988). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Demo, P. (1989). *Metodologia científica em ciências sociais* (2a ed.). São Paulo: Atlas.
- Dias, D. N. S., & Oliveira, P. T. R. (2013). Qual a relação entre a saúde e a doença?. *Revista do NUFEN*, 5(2), 23-45. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912013000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000200003&lng=pt&tlng=pt).
- Duarte, L. F. D. (1998). Pessoa e dor no ocidente (O "holismo metodológico" na antropologia da saúde e doença). *Horizontes Antropológicos*, 4(9), 13-28. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-71831998000200002>

- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa* (3a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Figueira, P. L., & Caliman, L. V. (2014). Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*, 26(2), 17-32.
- Figueiredo, L.C.M., & Santi, P. L. R. (1997). *Psicologia: Uma (nova) introdução*. São Paulo: Educ.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, M. A. (2007). *Michel Foucault e a constituição do sujeito* (2a ed.). São Paulo: Educ.
- Foucault, M. (1995a). *O que é a Crítica?*. Brasília: Espaço Michel Foucault UnB.
- Foucault, M. (1995b). O sujeito e o poder. In H. Dreyfus, P. Rabinow, *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, pp. 231-249.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: História da violência nas prisões* (27a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2004). Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. In B. Gallagher, A. Wilson. *The advocate*, n° 400, 7 de Agosto de 1984, pp. 26-30 e 58. *Body politic* (W. F. do Nascimento, trad.).
- Foucault, M. (2011). *O Nascimento da clínica* (7a ed.). São Paulo: Forense Universitária
- Foucault, M. (2014). *História da sexualidade: O uso dos prazeres* (5a ed.). São Paulo: Paz & Terra.
- Foucault, M. (2018a). *Microfísica do poder* (7a ed.). São Paulo: Paz & Terra.
- Foucault, M. (2018b). *Os anormais* (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2019a). *História da Loucura* (11a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2019b). *Subjetividade e verdade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2019c). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. São Paulo: Paz & Terra
- Gadelha, C. A. G., Gadelha, P., Noronha, J. C., & Pereira, T. R. (orgs). (2017). *Brasil saúde amanhã: Complexo econômico-industrial da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. doi: <https://doi.org/10.7476/9786557080924>.
- Goldman, M. (1996). Uma categoria do pensamento antropológico: A noção de pessoa. *Revista de Antropologia*, 39(1), 83-109. doi: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.1996.111620>
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>

- Guatari, F., & Rolnik, S. (1996). *Micropolítica: Cartografias do desejo* (4ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Guimarães, D. M. (2019). Relações de força e disciplina: a tecnologia do poder em Foucault. *Argumento*, 15(1), 65-76. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/argum/article/view/34598/20018>
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é uma questão?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-209. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
- Ignácio, V. T. Galvão, & Nardi, H. C. (2007). 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*, 19(3), 88-95. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300013>
- Jacó-Vilela, A. M., Degani-Carneiro, F., & Oliveira, D. M. (2016). A formação da psicologia social como campo científico no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 526-536. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p526>.
- Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). *A queda do céu: Palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kuper, A. (1978). *Antropólogos e antropologia*. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves. Disponível em <https://csociais.files.wordpress.com/2019/02/kuper-antropologos-e-antropologias.pdf>
- Lacerda, M. C. (2015). Medicina tradicional praticada por rezadeiras, pajés e herboristas: Outros saberes a ser respeitados pelo saber acadêmico. *Saberes da Unijipa*, 2, 1-22. Disponível em <https://unijipa.edu.br/por-que-a-unijipa/revista-saberes/edicao-2/>
- Langdon, E. J. (1994). Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In R. V. Santos, & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs.), *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Langdon, E. J. M. (2009). *A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Florianópolis: UFSC.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: Uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 173-181. Disponível em <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/1156/2/955575972.pdf>
- Langdon, E. J., Follér, M-L., & Maluf, S. W. (2018). Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anuário Antropológico*, 37(1), 51-89. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/7252>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

- Laraia, R. B. (2001). *Cultura: Um conceito antropológico* (14a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lei 12.842/13, de 10 de julho de 2013. *Dispõe sobre o exercício da medicina*. Brasília: Distrito Federal.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2005). Compreendendo a relação saúde/doença/tratamento: Estudos qualitativos em farmácia. In B. C. Cordeiro, & S. N. Leite (orgs), *O farmacêutico na atenção à saúde*. Itajaí: Editora da Universidade do Vale do Itajaí.
- Leite, S. N., Vieira, M., & Veber, A. P. (2008). Estudos de utilização de medicamentos: Uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 793-802. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700029>
- Lemos, F., Gomes, G., Oliveira, P., & Galindo, D. (2020). Medicalização e normalização da sociedade. *Revista Polis e Psique*, 10(3), 77 - 97. doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.93406>
- Lévi-Strauss, C. (1973). *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Lévi-Strauss, C. (1975). *A eficácia simbólica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Lidório, R. A. (2009). Conceituando a antropologia. *Antropos* (3), 7-15. Disponível em <https://revista.antropos.com.br/downloads/dez2009/Artigo%202%20-%20Conceituando%20a%20Antropologia%20-%20Ronaldo%20Lid%F3rio.pdf>
- Maluf, S. (2013). Por uma antropologia do sujeito: Da pessoa aos modos de subjetivação. *Campos - Revista de Antropologia*, 14(1/2). doi: <http://dx.doi.org/10.5380/campos.v14i1/2.42463>
- Maluf, S., Silva, E. Q., & Silva, M. A. (2020). Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais* 91, 1-38. Disponível em [http://anpocs.com/images/BIB/n91/BIB\\_0009103\\_05-02\\_sonia.pdf](http://anpocs.com/images/BIB/n91/BIB_0009103_05-02_sonia.pdf)
- Mansano, S. R. V. (2019). As amarras de identidade. In D. Villa (org), *Arte Londrina 7*. Londrina: EdUel.
- Minayo, M. C. S. (1995). *Os muitos Brasis – saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2001). Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In M. C. S. Minayo (org), *Pesquisa social teoria, método e criatividade* (18a ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, etapas e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 621-626. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Moraes, M. V. M. (2012). *A construção de uma infância em uma escola pública de educação infantil na cidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social,

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Estadual de São Paulo). São Paulo, SP, Brasil. doi:10.11606/D.8.2012.tde-20082012-110915

- Nascimento, V. A. (2016). Nas entranhas do contato: Notas sobre antropologia e colonialismo. *Ñanduty*, (4), 147-166. Disponível em <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/nanduty/article/view/5355>
- Nakamura, E., & Santos, J. Q. (2007). Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 53-60. Disponível em <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/3533>
- Neves, W. (2008). Evolução darwiniana e ciências sociais. *Estudos avançados*. Disponível em <http://www.iea.usp.br/iea/artigos/nevesevolucaodarwiniana.pdf>
- Nunes, M. O. (2012). Interseções antropológicas na saúde mental: Dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossociocultural do adoecimento mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 903-916. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000045>
- Oliveira, E. A., Labra, M. E., & Bermudez, J. (2006). A produção pública de medicamentos no Brasil: Uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2379-2389. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100012>
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L., & Ferreira, C. P. (2010). A ritalina no Brasil: Produções, discursos e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 14(34), 499-512. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000003>.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: Uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.
- Paim, J. S. (2006). Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EdUFBA. Disponível em <http://books.scielo.org/id/ptky6>
- Paviani, J. (2005). *Interdisciplinaridade: Conceitos e distinções*. Porto Alegre: Pyr.
- Pelegri, M. R. F. (2003). O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(1), 38-41. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100006>
- Pegado, E. (2020). Medicinas complementares e alternativas: Uma reflexão sobre definições, designações e demarcações sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 93(1), 1-19. <http://journals.openedition.org/spp/7549>
- Portocarrero, V. (2004). Instituição escolar e normalização em Foucault e Canguilhem. *Educação & Realidade*, 29(1), 169-185. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25424/14750>
- Prado Filho, K., & Martins, S. (2007). A subjetividade como objeto da (s) psicologia (s). *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 14-19. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300003>

- Pritchard, E. E. (2005). *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Providello, G. G. D., & Yasui, S. (2013). A loucura em Foucault: Arte e loucura, loucura e desrazão. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(4), 1515-1529. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000500005>
- Rolnik, S. (1997). Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In D. Lins (org), *Cultura e subjetividade. Saberes Nômades*. Papirus, Campinas
- Rolnik, S. (2005). Subjetividade e história. *RUA*, 1(1), 49-61. doi: <https://doi.org/10.20396/rua.v1i1.8638916>
- Rose, N. (2008). Psicologia como uma ciência social. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 155-164. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3093/309326698002>
- Rose, N. (2011). *Inventando nossos selfs: Psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: Uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 13-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000100003>
- Rubim, C. R. (1999). A constituição e o ser da antropologia: Problema e método. *Estudos de Sociologia* (4), 1-28. Disponível em <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/385>
- Russo, J. (1993). *O corpo contra a palavra*. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Salem, T. (1992). A despossessão subjetiva: Dos paradoxos do individualismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(7), 62-77.
- Santos, E. C., & Ferreira, M. A. (2012). A indústria farmacêutica e a introdução de medicamentos genéricos no mercado brasileiro. *Nexos Econômicos*, 6(2), 95-120. Disponível em <https://periodicos.ufba.br/index.php/revnexeco/article/view/9250>
- Santos, F. L. (2020). Indústria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: Euforia e desencanto (1950-1960). *Temporalidades*, 12(2), 155-184. Disponível em <https://periodicos.ufmg.br/index.php/temporalidades/article/view/24013>
- Scarin, A. C. C. F., & Souza, M. P. R. (2020). Medicalização e patologização da educação: Desafios à psicologia escolar e educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24, 1-8. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pee/a/NK7KFMcM8Wb9fYrhQgpwj5c/?lang=pt>
- Severino, A. J. (1996). *Metodologia do trabalho científico* (20a ed.). São Paulo: Cortez.
- Silva, D. C. R. (2015). Medicalização e controle na educação: O autismo como analisador das práticas inclusivas. *Psicologia da Educação*, (41), 109-117. <https://dx.doi.org/10.5935/2175-3520.20150018>

- Spazziani, M. L. (2001) A saúde pública na escola: Da medicalização à perspectiva da psicologia histórico-cultural. *Revista Educação Temática Digital*, 3(1), 41-62. <https://doi.org/10.20396/etd.v3i1.680>
- Spink, M. J. P. (2011). Pessoa, indivíduo e sujeito: Notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. In M. J. P. Spink, P. Figueiredo, & J. Brasilino (orgs.), *Psicologia social e pessoalidade*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO. pp. 1-22. Disponível em <http://books.scielo.org/id/xg9wp/pdf/spink-9788579820571-03.pdf>
- Souza, M. P. R. (2008). Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In *31ª Reunião Anual da ANPEd*. [online]. pp.1-15. Disponível em [http://31reuniao.anped.org.br/4sessao\\_especial/se%20-%2012%20-%20marilene%20proena%20rebello%20de%20souza%20-%20participante.pdf](http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20marilene%20proena%20rebello%20de%20souza%20-%20participante.pdf)
- Souza, E. F. A. A., & Luz, M. T. (2009). Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 16(2), 393-405. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200007>.
- Suzuki, M. A., Leonardo, N. S. T., & Leal, Z. F.R. G. (2017). A medicalização da educação: reflexões para a compreensão e enfrentamento desse fenômeno. In N. S. T. Leonardo, Z. F. R. G. Leal, & A. F. Franco (orgs.). *Medicalização da educação e psicologia histórico-cultural: Em defesa da emancipação humana*. Maringá: EDUEM.
- Teixeira, E. F. B. (2007). Emergência da inter e da transdisciplinaridade na universidade. In J. L. N. Audy, & M. C. Morosini (orgs). *Inovação e interdisciplinaridade na universidade*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Telesi, E. (2016). Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, 30(86), 99-112. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>
- Toniol, R. (2015). Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/134201>
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: Reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 223-238. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200004>.
- Uhr, D. (2012). A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico. *Polêmica Revista Eletrônica*, 11(3), 396-403. doi: <https://doi.org/10.12957/polemica.2012.3730>.
- Vaz, P. (2015). Do normal ao consumidor: Conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. *Revista Ágora*, 18(1), 51-68. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982015000100005>
- Velho, G. (1978). Observando o familiar. In E. O. Nunes (Org.). *A aventura sociológica: Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social* (pp. 36-47), Rio de Janeiro: Zahar.

- Venâncio, A. T. A. (1993). A construção social da pessoa e a psiquiatria: Do alienismo à “nova psiquiatria”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 3(2), 117-135.
- Virílio, P. (1996). *Velocidade e política*. São Paulo: Estação da Liberdade.
- Zafiroopoulos, M. (2018). *Lacan e Lévi-Strauss ou o retorno a Freud (1951-1957)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Zorzanelli, R. T., & Cruz, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 721-731. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>