

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

Vívian Tatiana Galvão Ignácio

**O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS
NA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO CONTEMPORÂNEO:
Um estudo acerca do dispositivo de medicalização no contexto de
Boa Vista das Missões RS**

Porto Alegre

2007

Vívian Tatiana Galvão Ignácio

**O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS
NA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO CONTEMPORÂNEO:**

**Um estudo acerca do dispositivo de medicalização no contexto de
Boa Vista das Missões RS**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi

Porto Alegre, 2007

Vívian Tatiana Galvão Ignácio

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação “**O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO CONTEMPORÂNEO: Um estudo acerca do dispositivo de medicalização no contexto de Boa Vista das Missões RS**”, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Denise Bueno, UFRGS

**Profa. Dra. Maria Beatriz Rodrigues, Cooperativa Social Ce. Se. Co,
Prefeitura de Chiavari, Provincia de Genova, Itália**

Profa. Dra. Rosane Neves da Silva, UFRGS

Dissertação defendida e aprovada em 17/01/2007, Porto Alegre, RS.

Sumário

Agradecimentos _____	06
Epígrafe _____	08
Resumo _____	09
Abstract _____	10
Lista de Abreviaturas e Siglas _____	11
1. Apresentação _____	13
2. Introdução _____	19
3. Problema de pesquisa _____	22
4. Apresentando a metodologia e o Corpus de Pesquisa _____	24
4.1. Abordagem Metodológica _____	24
4.2. O Corpus da Pesquisa _____	25
4.2.1. Construção de informações _____	25
4.3. Análise do Corpus de Pesquisa _____	27
5. A afirmação dos psicofármacos no interior do dispositivo da medicalização: Trajetórias _____	29
5.1. As transformações sociais e a indústria farmacêutica _____	29
5.2. A cápsula pela palavra: Transições _____	32
6. Produção do dispositivo de medicalização no interior das relações de poder/saber _____	38
7. Mapeamento e experiências no campo _____	45
7.1. Das rupturas: Olhos, ouvidos e coração da pesquisadora _____	45
8. O campo empírico _____	51
8.1. De cápsulas e girassóis: afinal que campo é este? _____	51
8.2. Tecnologias de si no campo (parte I): O período anterior à implantação dos serviços de saúde _____	54
8.3. Tecnologias de si no campo (parte II): O consumo de psicofármacos posterior à implantação dos serviços de saúde _____	58
9. Pertencimentos e Capturas: a análise dos enunciados _____	69
9.1. A análise dos resultados cruzados e dos enunciados _____	85
10. Apontamentos finais _____	94
11. Referências Bibliográficas _____	107

APÊNDICES

Lista de Ilustrações (Mapas do campo empírico)

Figura 1 – Localização do município de Boa Vista das Missões em relação ao estado Rio Grande do Sul_____	130
Figura 2 – Localização do município de Boa Vista das Missões em relação à região Alto Uruguai_____	130
Figura 3 – Vista aérea do município de Boa Vista das Missões_____	131

Lista de Tabelas (Resultado das variáveis quantitativas da pesquisa)

TABELA 1: Sexo_____	118
TABELA 2: Idade_____	118
TABELA 3: Escolaridade_____	119
TABELA 4: Renda_____	119
TABELA 5: Trabalho/Ocupação_____	120
TABELA 6: Estado Civil_____	120
TABELA 7: Residência_____	121
TABELA 8: Consumo de Psicofármacos_____	121
TABELA 9: Consumo de psicofármacos por categorias_____	121
TABELA 10: Período de consumo_____	122
TABELA 11: Especialidade médicas/receituário_____	123
TABELA 12: Aquisição dos psicofármacos_____	123
TABELA 13: Internações psiquiátricas_____	124
TABELA 14: Período de internação_____	124
TABELA 15: Avaliação do consumo de psicofármacos_____	124
TABELA 16: Acesso à saúde_____	125
Cruzamento de Variáveis (Crosstabulation)_____	126

ANEXOS

ANEXO 1: Resultado de dados sobre o consumo de psicofármacos no município de Boa Vista das Missões RS (2004) _____	112
ANEXO 2: Modelo da Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido _____	113
ANEXO 3: Modelo da entrevista aplicada na pesquisa _____	114
ANEXO 4: Modelo do formulário de categorias _____	115

Agradecimentos

Minha família: Pai e mãe, por me concederem um retorno à *provinciana* ao Alto Uruguai, pelo modo silencioso e afetivo que acompanharam esta empreitada, obrigada por me abrirem os braços sempre - minhas desculpas pelo desgaste que a parte rural da pesquisa causou no carro de vocês (...);

Meu irmão Paulo, pelo suporte sobre todas minhas necessidades de pesquisa no período em que estive no interior do estado, principalmente pelo apoio, incentivo e compreensão imensuráveis, e por “segurar a barra nos momentos onde eu sozinha não consegui”;

Meus amigos eternos: Waleska, que em nossa primeira separação geográfica continuou compartilhando toda a correspondência de uma amizade imensa como a nossa. Cristian, pelo exemplo, incentivo e livros que dividimos! Lembro de vocês sempre...

Cris Ferreira, pelo carinho, incentivo e suporte impagáveis que me dedicou, principalmente no início deste processo. Se você não tivesse dado aquele empurrãozinho eu não estaria aqui. Obrigado querido!

Minhas mãe e avó emprestadas, Tita e Laide, que me levantaram nos momentos mais difíceis na Itália e no Brasil e me ensinaram que a felicidade pode ser química, que existem príncipes e sapos, mas somos nós que fazemos as escolhas.

Henrique, meu orientador, pela aprendizagem que potencializou minha autonomia, segurança e disciplina tão necessárias à construção desta carreira. Este trabalho, não gratuitamente foi escrito na primeira pessoa do plural: seu conhecimento expressivo norteou o tempo todo do meu mestrado, principalmente nos exemplos de ética para a vida. Minha admiração indelével. *Merci!*

Helena, doutoranda da UFRGS, minha admiração pela ética, disponibilidade, paciência e trabalho que dedicou tantas vezes no levantamento epidemiológico da pesquisa, mais um entre tantos “obrigado!” que você merece!

Instituições PPGPSI: pelo território que possibilitou minha especialização, em especial à Profa. Dra. Rosane Neves, por despertar inquietações e compartilhar seu conhecimento de forma tão capturante; CNPq: pelo incentivo à pesquisa e financiamento da bolsa;

Prefeitura Municipal de Boa Vista das Missões, pela licença para atuar no campo empírico.

Aos quatrocentos entrevistados da pesquisa, que me receberam em seus lares, confiaram suas histórias e contribuíram decisivamente para a produção deste trabalho.

À Wilson e Maninha, pelo acolhimento, paciência, pelos momentos de descontração e pelas discussões animadas que tivemos sobre o trabalho.

Eduardo, minha zona de encanto e dispersão. Por me apontar que o céu pode começar onde acaba a química, mas que nela também habitam as delícias. Por reforçar na minha experiência, que radicalismos são nocivos à alma e que a escuta desnaturalizada é condição para a carreira e para vida. E pelo meu cantinho na casa rosada, onde subi e desci escadas, pensei, descolei, viajei e silenciosamente construí castelos.

Ensaio do social em cápsulas

Vívian Galvão*

Entra!
Quer um chá?
Vou te contar
Cá entre nós...
Consumo.
Nem sempre confesso.
Não sofro.
Não sei tanto de mim
Tão menos dos outros.
Concedo
E vivo.
Não resisto
Secretamente, mas nem tanto
E assim me repito
Alguém se ocupa de mim?
Ou algo?
É vertical, horizontal, maniqueísta, flutuante?
Não sei se sei.
Mas tem um que vem em diversos miligramas
Tem de 5, de 10, de 20, de 50....
Cada um a sua hora
Comprimido
Compressão
Compreensão
Tem do meu,
Tem lá em casa
E no vizinho da frente
Amém...
À Deus também
Porque sempre conseguimos
Tem certeza que não quer um?
E se não
Tem os girassóis do meu patrão
Dá pra ver daqui
Da porta dos fundos...
Olha!

*Psicóloga, mestranda, pesquisadora. As frases que estruturam este poema são registros que compõem parte das narrativas coletadas para este trabalho.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo principal compreender como o consumo de psicofármacos se legitimou como uma tecnologia de si no interior do dispositivo de medicalização. Concluimos que esta é uma tecnologia que incide sobre os corpos por estar acoplada aos modos de subjetivação contemporâneos. A análise aqui apresentada trata do contexto social de Boa Vista das Missões, um pequeno município do Rio Grande do Sul. Realizamos uma pesquisa de campo com seis meses de duração e entrevistamos uma amostra representativa de 400 pessoas. A análise dos relatos e das informações construídas buscou dar visibilidade aos enunciados presentes nas formações discursivas que definem e explicam o consumo de psicofármacos por 53% dos 400 pesquisados. Utilizamos a perspectiva genealógica de Michel Foucault para refletir sobre este campo de pesquisa e problematizar a produção de modos de vida marcados por formas de controle individualizantes e totalizantes ao mesmo tempo. Neste sentido, partimos do histórico da inserção dos psicofármacos em nossa cultura para entender as dimensões que ocupam neste contexto. A análise pode identificar as redes enunciativas no interior do dispositivo de medicalização que fundamentam uma apresentação do biopoder que se sustenta no tripé “dependência, assistencialismo, individualismo”.

Palavras-chave: medicalização; consumo de psicofármacos; tecnologias de si, subjetividade.

Abstract

The main goal of this research was to comprehend how the consuming of psychoactive prescribed drugs was legitimated as a technology of the self inside the *medicalization* device (*dispositif*). We concluded that this technology has its incidence on the body because it is attached to contemporary modes of subjectification. The analysis presented here refers to Boa Vista das Missões, a small town in the countryside of Rio Grande do Sul state. We conducted a six months field research and interviewed a sample of 400 inhabitants. The accomplished speech and data analysis intended to give visibly to the discursive formations' statements that explain and sustain the consuming of prescribed psychoactive drugs by 53% of 400 researched. We used Michel Foucault's genealogical perspective to guide our understanding of the research field and to *problematize* the production of lifestyles characterized by individualized and totalized forms of control. As a starting point we described the history of the introduction of psychoactive drugs in our culture in order to understand the dimension of the consuming in this specific context. The analysis identified statements arrangements in the interior of the *medicalization* device (*dispositif*) that found a form of biopower sustained in the tripe "dependence – *assistencialism* – individualism".

Key-words: medicalization; psychoactive drugs; technologies of the self; subjectivity

Lista de Abrevisturas e siglas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVM – Boa Vista das Missões

CODEMAU – Conselho de Desenvolvimento do Alto Uruguai

DATASUS – Repartimento de informática do SUS

DS – Distrito Sanitário

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

FEBRAFARMA – Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPERGS – Instituto de Previdência do Estado do RIO Grande do Sul

PACS – Programa de Agentes Comunitárias de Saúde

PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PRONAF – Programa Nacional da Agricultura Familiar

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

“... De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto, quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”.

(Michel Foucault, 2001b, p.13)

1. Apresentação

Que descaminhos seriam estes que me levaram a um campo distante de meus núcleos de estudo? Que descontinuidades busquei num extenso trabalho empírico, onde a escuta do indivíduo e do coletivo muitas vezes se indiferenciava?

A escolha por um tema complexo e naturalizado na sociedade como o consumo de psicofármacos e um campo caracterizado singularmente por uma pequena cidade do interior do Rio Grande do Sul na sua também singular produção social, cultural e econômica possivelmente possam, se não responder, problematizar estas perguntas.

Aliado aos números e correspondências estabelecidos pelo levantamento quantitativo dos 400 sujeitos entrevistados, encontramos na expressão das narrativas do cotidiano os deslocamentos necessários a uma proposta ancorada na perspectiva genealógica. O modo genealógico de pensar a produção deste espaço social, trabalhado a partir da diversidade e evocado pela necessidade da dispersão, do acaso dos começos e dos incidentes, tal qual nos aponta Foucault (2004b), foi fundamental para entender a riqueza das narrativas e importância de ter estabelecido um cotidiano de pesquisa. Entendemos que não se tratava de re-mapear a história, e sim buscar marcas e dispositivos que fizessem emergir os enunciados que encontramos nesta trajetória.

A trajetória que deu origem a este trabalho iniciou ainda em 2004, paralela à preparação do processo seletivo do mestrado, quando considerava razões para utilização de um tema que estivesse vinculado ao meu trabalho de capacitação no setor

de saúde mental. Nesta ocasião (2004), prestava serviços em psicologia¹ para a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista das Missões, um município de 2.184 habitantes, situado na região do Alto Uruguai do Rio Grande do Sul e distante 400 quilômetros de Porto Alegre.

Nesta prática de trabalho, onde a pesquisa é o que nos respalda e fornece indicativos para a intervenção, constatei reiteradamente o uso de psicofármacos (antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos) pela população (constituída em grande parte por agricultores – devido à base de subsistência agrícola do município), gestores e funcionários públicos acompanhados pelo programa. Tal situação foi determinante para iniciarmos um levantamento quantitativo que apontasse a prevalência de consumo. Para tal definição, elaboramos um questionário² para uma amostra populacional aplicado pelo PACs³. O levantamento quantitativo realizado dentro de uma amostra populacional (734 pessoas para uma população de 2.184 habitantes - IBGE 2004) apontou indicativos significativos⁴ sobre o consumo de psicofármacos ao apresentar 71% da amostra entrevistada na condição de consumidores.

Portanto, partiu de uma experiência de trabalho o interesse que nos levou produzir cientificamente sobre o tema. Nossa problematização, como será apresentada a seguir não buscou justificativas e/ou soluções ou posição sobre uma política de

¹ O serviço prestado para a Secretaria Municipal de Saúde definia-se por: atendimento clínico, capacitação de profissionais e técnicos da saúde no setor primário, avaliação de solicitações trazidas pelo PACs e assessoria em pesquisa para a criação do PSF, ainda em fase de elaboração.

² O questionário e resultados desta pesquisa constam no Anexo 1 desta dissertação.

³ O número desta amostra (734 pessoas para uma população de 2.184 - segundo IBGE2004) não foi previamente definido, nem contou com as especificidades de um levantamento epidemiológico estatístico, mas foi aplicado durante quatro meses pelas agentes comunitárias de saúde nas suas áreas de intervenção, em princípio com o objetivo de estabelecer uma noção com alguma significância estatística para as bases do consumo de psicofármacos). Cabe definir, neste caso, que não houve uma metodologia epidemiológica na aplicação nesta pesquisa (2004) que deu culminou com o projeto desta dissertação.

⁴ Vide Anexo1.

consumo/não consumo, e sim compreender que elementos, trajetórias, inscrições inseriram neste contexto uma tecnologia de si sustentada na medicalização como forma de aniquilação da dor/modo de controle, problematizando tais modos de produção. A problematização consiste, conforme (Foucault, 2001b) no conjunto de práticas discursivas e não discursivas que faz algo entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento⁵. É um modo de diferenciar/ampliar o entendimento sobre um fato.

O investimento na pesquisa aqui apresentada e que se propôs ao rigor metodológico⁶ trouxe possibilidades diversas. As distinções do levantamento atual em relação ao anterior (2004) demarcam inicialmente a diferença na prevalência. No atual contexto (2006) apresentaremos um resultado de 53% de consumidores de psicofármacos entre os 400 entrevistados enquanto que no levantamento de 2004 obteve-se um percentual de 71% de consumidores numa amostra de 734 entrevistados. Atribuímos a este distanciamento numérico a especificidade do trabalho das agentes comunitárias (que atuaram em *locus* habituais de intervenção, direcionando a coleta aos prováveis usuários que participam do programa de saúde do PACs) encontrando assim maior número de consumidores enquanto que a metodologia de amostragem aqui apresentada (especificada no corpus de pesquisa) atribuiu uma distribuição mais heterogênea de entrevistados na população total. Outras situações também marcam as transformações desta dissertação desde o início do processo: firmamos identificações não apenas teóricas, mas de cotidianidade com o campo empírico – em constantes visitas ao município – legitimando afinidades necessárias a este investimento.

⁵ Seja este objeto na forma de uma reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política, etc.

⁶ Os procedimentos utilizados na pesquisa constam adiante no item da Metodologia.

O processo nos conduziu a tais transformações: inicialmente cogitamos que o consumo de psicofármacos poderia dar-se a partir de algumas vicissitudes impostas fundamentalmente pela cultura. O andamento da pesquisa mostrou que esta perspectiva era apenas o início de uma trajetória que empreendeu a medicalização como uma condição própria do acontecimento. Por acontecimento, Foucault entende a emergência de uma singularidade histórica (Revel, 2005). Este conceito possibilitou entender que repetimos sem saber os acontecimentos, numa prorrogação singular que acontece no contemporâneo e continua a nos atravessar da mesma forma que num passado histórico.

De acordo com Foucault (2001a), a medicalização (que aqui será pensada na perspectiva de um dispositivo) aparece no século XVIII a partir de um espaço exclusivamente médico. Inicialmente, aparece acoplada a um modelo de saber científico, sendo um coadjuvante no tratamento da doença e que vai contribuir para legitimar o lugar da clínica nosográfica, do esquadrinhamento da doença e servirá ainda como condição para erradicar doenças. A medicalização aparece como a atualização do método clínico, precedendo o exercício da confissão onde o paciente é alvo de uma verdade produzida como doença e que representa o saber que afirma uma espacialidade corporal e reforça o papel da normalização, uma vez que também promove a erradicação da doença.

Neste contexto, buscamos entender a medicalização na condição de um dispositivo que se legitimou como um fenômeno coletivo. Este coletivo aparece historicamente na perspectiva teórica de Foucault (2002, p.293) relacionado aos efeitos

da biopolítica⁷ - referência à forma específica de poder que acompanha o nascimento do estado moderno na Europa dos séculos XVII e XVIII, dirigido ao controle das formas de vida da população e do ambiente, espaço em que a medicalização dos corpos e dos espaços urbanos é utilizada como estratégia de controle. Como assinala o texto de Foucault (2002, p.289):

(...) a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. Logo depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante ao modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante (...) que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma "biopolítica" da espécie humana.

A análise do consumo de psicofármacos como um fenômeno coletivo será apresentada sob o atravessamento da estratégia biopolítica no referido contexto, bem como a legitimação dos dispositivos que operam na produção das tecnologias de si no contemporâneo e modos de vida totalizantes. Buscamos estabelecer esta correspondência através da análise dos enunciados presentes em nosso campo empírico. Nosso entendimento de enunciado parte do que Foucault (2005a) anuncia como um acontecimento produzindo sentido e que não se esgota. O enunciado "está ligado, de um lado, a um gesto de escrita ou à articulação de uma palavra, mas, por outro lado abre para si mesmo uma existência remanescente no campo de uma memória, ou na materialidade dos manuscritos, dos livros e de qualquer forma de registro; em seguida, porque é único como todo acontecimento, mas está aberto à

⁷ O conceito de biopolítica será articulado ao longo desta dissertação, dada importância de sua aplicação como estratégia de análise para a compreensão das tecnologias de si no contemporâneo.

repetição, à transformação, à reativação; finalmente, porque está ligado não apenas a situações que o provocam, e a conseqüências por ele ocasionadas, mas, ao mesmo tempo, e segundo uma modalidade inteiramente diferente, a enunciados que o precedem e o seguem”. (Foucault, 2005a, p. 32-33).

Nossa análise visa a contribuir para a construção do conhecimento acerca de políticas de saúde, tendo em vista que o fenômeno da medicalização se associa à produção dos novos modos de vida no contemporâneo, como afirmam Lefèvre (1991) e Aguiar (2004).

A análise de implicação esteve investida nesta pesquisa ao exigir uma análise constante dos lugares ocupados (ou que se buscou ocupar) designados por estes coletivos, procurando romper com as barreiras entre o sujeito que se conhece e o lugar a ser conhecido. Por tratar-se de desafios constantes no cotidiano da pesquisa, a análise de implicação exige, de acordo com Altoé (2004), uma análise dos saberes conscientes e inconscientes na relação que estabelecemos com o objeto de pesquisa, considerando que a problematização é o investimento próprio de nossa investigação.

Entre estes dois últimos anos (2005-2006), os quatrocentos quilômetros que separam Porto Alegre de Boa Vista das Missões significaram, enfim, muito mais do que a análise de um caso expressivo de consumo de psicofármacos. Significaram a renúncia temporária do exercício profissional, da regularidade de um lar, do convívio alternado entre cenários tão distintos – mas ricos nas suas diferenças – podendo pensá-los em seus efeitos, políticas, vicissitudes. Estas foram condições necessárias para que durante este período meu território estivesse circunscrito entre livros, diários de campo, hipertextos, orientações, entrevistas, escutas diárias de novos sujeitos e uma mala sempre pronta para as idas e vindas.

2. Introdução

Desenvolvemos este trabalho sobre a égide do consumo de psicofármacos numa sociedade definida por dois aspectos referentes à cultura. Como ponto de partida, acompanhamos o desenvolvimento de uma cultura peculiar aos pequenos municípios que obtiveram autonomia política a partir da crescente demanda emancipatória que ocorreu a partir de 1992 (Ignácio, 2006). Desde então, um grande número de distritos adquiriu emancipação política (principalmente por meio do rastreamento-preenchimento de um número mínimo de eleitores - cadastrando principalmente parentes, como condição para que se fossem convocadas eleições municipais⁸). No entanto, a maior parte destes municípios não possuía (e/ou ainda não possui) condições adequadas de sustentabilidade. Tal situação pode ser verificada no Anexo 6 deste estudo, onde apresentamos a estrutura do serviço de saúde de Boa Vista das Missões, levantados pelo IBGE. A estrutura precária desencadeou uma relação de dependência com outros municípios, principalmente nos níveis secundário e terciário⁹ da saúde. Os distritos que se emanciparam, não possuem autonomia em diversos setores até os dias de hoje (saúde, educação, transporte, produção de trabalho). Na área da saúde, a maioria destes municípios possui apenas o nível primário de atenção (atendimento clínico, tocoginecológico, pediátrico, atenção e vigilância à saúde - epidemiológica e sanitária) de um Distrito Sanitário - unidade operacional mínima do Sistema de Saúde (Silva Jr.,

⁸ Esta situação pode ser confirmada através do DATASUS, onde em 1991 a população de Boa Vista das Missões aparece com 1.553 habitantes e no ano de 1992 aparece com 1.371 habitantes. Houve neste sentido um pulo estratégico de 500 a mais entre 1992 e 1993 (a primeira eleição foi em outubro de 1992).

⁹ Conforme Silva Júnior (1998) o nível secundário de um distrito sanitário compreende consultórios especializados e pequenos hospitais de tecnologia intermediária e nível terciário compreende grandes hospitais gerais e especializados, tecnologia necessária às subespecialidades.

1998). Outra consideração legitimada culturalmente nestes pequenos municípios é de um entendimento acerca da saúde distinto dos um direito constitucional de cidadania¹⁰, mas um acesso legitimado na forma de “proteção assistencialista”. Esta relação política entre a população e governo se tornou um dos analisadores fundamentais deste estudo, fato que nos conduziu ao entendimento de que a medicalização se tornou um dispositivo que opera num jogo de poder/controle.

Ao contextualizar esta sociedade, buscamos entender como se gerou uma situação-limite, ou seja, uma situação em que o acesso à medicação ultrapassa as disposições legais de um direito adquirido¹¹ na complementaridade do tratamento em saúde, e a medicalização torna-se um dispositivo de controle numa relação de assistencialismo/passividade que se auto-alimenta.

Por esta razão, consideramos a escolha do título “O consumo de psicofármacos na experiência do sujeito contemporâneo: um estudo acerca do dispositivo de medicalização no contexto de Boa Vista das Missões” uma definição sobre nossas atribuições em utilizar um recorte significativo para problematizar uma situação contemporânea que envolve saúde, políticas públicas, relações de poder e tecnologias de si.

Alguns aspectos dão origem ao início deste trabalho, apresentaremos uma contextualização teórica sobre a historicidade dos psicofármacos nos conduzindo inevitavelmente a uma perspectiva analítica de cunho social. Como será possível observar ao longo do texto, a análise é norteadada fundamentalmente a partir de conceitos foucaultianos, na qual não tratamos da análise do sujeito de forma dissociada

¹⁰ Artigos 196-200 da Constituição de 1998 da República Federativa do Brasil.

¹¹ Lei 8.080 de 19/09/1990 - artigo 6º, cap.VI que dispõe sobre o direito de aquisição à medicação.

de suas objetificações, assim como o poder não deve ser entendido separadamente de sua expressão discursiva, dos enunciados e dos saberes legitimados. Foucault torna possível um entendimento sobre o lugar que o sujeito ocupa numa rede de saber, nos jogos de poder e como a produção de subjetividade se desloca na relação com o Estado.

Nossa investigação se organiza a partir de um estudo empírico construído em torno de observações, estabelecimento de um cotidiano e aplicação de 400 questionários (entrevistas). Estas foram categorizadas segundo critério de análise: a primeira parte contendo 18 questões objetivas (que estabelecem correspondência e cruzamentos entre categorias como gênero, escolaridade, ocupação, renda, etc.) e 06 questões de livre expressão que compuseram as narrativas. As narrativas que compõem o trabalho de campo foram tão extensas e expressivas que optamos por não separá-las numa seção à parte. Por esta razão, elas aparecem contextualizadas com a problematização do tema desenvolvido ao longo do texto, separadas unicamente pela ordenação das seções, necessária à compreensão do/a leitor/a.

Tais narrativas fizeram emergir os acontecimentos discursivos nos jogos de relações destes modos de vida. Os enunciados que habitam no interior das narrativas revelaram elementos expressivos na problematização do campo empírico e por esta razão, representam a ferramenta mais significativa de nosso objeto e sujeito dos discursos. É a análise das situações que antecedem e precedem tais enunciados que discutiremos a partir da problematização.

3. Problema de Pesquisa

A condição do consumo de psicofármacos como o componente do dispositivo da medicalização, norteou a presente investigação sobre seu uso como tecnologia de si na especificidade de um campo empírico como Boa Vista das Missões, tão segregado e ao mesmo tempo tão revelador.

Nossa problematização parte da compreensão/utilização conceitual de dispositivo da medicalização, na medida em que o dispositivo opera, conforme Foucault (1977), como um poder, técnica, estratégia e forma de assujeitamento. A medicalização na condição de um dispositivo aparece inscrita conforme Foucault (2004f, p.246) “num jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam”. Sobre a produção da medicalização como um dispositivo, nos interessou saber como o consumo de psicofármacos circula do individual para o coletivo e vice-versa, agenciando estratégias de controle e modos de vida biopolíticos – por estar investido nos corpos e nos coletivos.

Ao concebermos o problema desta forma, demonstramos o efeito tanto da perspectiva metodológica quanto das afinidades teóricas. Criamos um modo de problematização voltado ao entendimento das transformações sociais contemporâneas que produziram modos de subjetivação cada vez mais marcados pelo que Pelbart (2000) chamou de uma noção de saúde opulenta, estruturada e acabada¹² – como uma condição de sobrevivência neste contemporâneo. Um modo de subjetivação segundo Guattari e citado por Silva (2005, p.32) está sempre atrelado à busca da uma

¹² Nesta obra Pelbart utiliza o termo deleuziano “a gorda saúde dominante” para definir este contexto de saúde.

estabilização da subjetividade em torno de certo tipo de relação consigo (...), pois toda a produção subjetiva é coextensiva à produção de um determinado tipo de configuração do campo social.

Neste estudo consideramos a abordagem dos efeitos sociais do consumo que atua tanto no disciplinamento corporal dos indivíduos como no controle da população, ou seja, na forma de um biopoder. Conforme Foucault (2002, p. 302) o biopoder é um poder que se incumbiu da vida, como pólo do corpo e o pólo da população. Sendo o biopoder simultaneamente individualizante e totalizante, também o são as estratégias de relacionamento do sujeito consigo mesmo.

Se partirmos da experiência de um sujeito que existe por si só, mas ao mesmo tempo participa de uma produção que não cessa (presente nos domínios deste estudo), definiremos como agenciamentos este investimento no campo da experiência, da mesma forma que ele é apanhado por estes agenciamentos. Um agenciamento (Deleuze *apud* Zourabichvili, 2004) implica formações desterritorializantes no campo de experiência em que se elaboram estas formações.

Considerando as relações acima descritas anunciamos a pergunta a ser problematizada no presente estudo:

De que forma o dispositivo da medicalização, no que se refere ao consumo de psicofármacos, agencia a produção de subjetividade em Boa Vista das Missões?

4. Apresentando a metodologia e o Corpus de Pesquisa

4.1. Abordagem Metodológica

Partindo da definição do problema escolhemos uma metodologia que permitisse a problematização do tema como uma condição dos coletivos, escapando assim aos modos individualizantes de pensar o sujeito – diferenciando-se de uma “coleta de dados” associada à interpretação.

Na expressão do consumo buscamos entender em que medida as práticas discursivas legitimam as tecnologias de cuidado. Para Foucault (1977, p. 12) “as práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discurso. Ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas que ao mesmo tempo as impõe e as mantém”.

Devido à complexidade dos enunciados e da problematização possível acerca do consumo de psicofármacos como uma tecnologia de si no contemporâneo, optamos por uma escrita baseada na análise das narrativas. As características de uma pesquisa-intervenção, metodologia reconhecida pela sua forma de ação crítica e implicativa (Rocha e Aguiar, 2003), também pode ser definida como uma das condições deste trabalho (principalmente pelo viés político da análise). No entanto, nossa atuação na pesquisa se deteve à análise das condições de emergência do dispositivo da medicalização, sem que produzíssemos transformações sobre as circunstâncias

verificadas neste estudo. Do mesmo modo, outras categorias de investigação (análise histórica documentos e registros, entrevistas e observação) nos informaram e permitiram colocar em análise o efeito das práticas e a implicação dos investigadores.

4.2 O Corpus da Pesquisa

4.2.1 A construção das informações

Esta etapa inicial (2005) envolveu o rastreamento de dados e registros (IBGE/DATASUS) e memoriais, históricos, cadastros (Prefeitura de Boa Vista das Missões¹³). O objetivo desta fase era mapear e pensar os distintos movimentos do campo empírico de Boa Vista das Missões – a historicidade sendo capturada através de seus traços e não de uma continuidade. De acordo com Silva (2005, p.101), um trabalho de contínua problematização das evidências que constituem o senso comum procura mostrar que cada período histórico é atravessado por uma configuração específica de saberes e de práticas que traduzem um determinado modo de subjetivação. Tais (des)continuidades – as formas genealógicas de investigação – predominaram como fundamento de análise dos coletivos em detrimento de uma análise individual dos sujeitos.

Em seguida tivemos a etapa das entrevistas (2006) quantitativo-qualitativas – instrumentos que possibilitaram contemplar os sujeitos investigados em seu próprio território, aproximando os significados que as pessoas atribuem à suas experiências no social e os entendimentos que constroem em torno de si no mundo. Inicialmente,

¹³ Os dados que aparecem ao longo do texto foram adquiridos nos setores da Prefeitura de Boa Vista das Missões: Secretarias municipais de Administração, Educação, saúde, cultura, agricultura e Indústria.

elaboramos um questionário contendo variáveis que considerávamos importantes para esta pesquisa (sexo, idade, escolaridade, renda, profissão, local de residência, estado civil, tipo de psicofármaco, modo de aquisição, registro de internação e avaliação do uso do psicofármaco(s)), enquanto que a parte qualitativa das entrevistas definida por questões de livre expressão captou narrativas que nos auxiliaram no entendimento dos enunciados.

Para a aplicação mapeamos a localização das residências situadas entre a área urbana e rural.¹⁴ A distribuição das entrevistas foi realizada da seguinte forma: dividimos o número da população (2.209¹⁵) por 5 (cinco)¹⁶ resultando 441,8 (o número de habitantes que deveríamos entrevistar). Considerando as recusas e os menores de 18 anos, concluímos a razão de 400 (quatrocentos) questionários. Em decorrência desta divisão, determinou-se que a cada 1 (uma) casa entrevistada seriam avançadas mais 4 (quatro), sempre à direita e a 5ª (quinta) casa seria sempre a escolhida para as entrevistas. O início da aplicação de entrevistas se dava pelo lado direito da área em questão (centro urbano, bairro, comunidade, distrito ou linha) objetivando uma distribuição aleatória¹⁷.

Em cada uma das casas selecionadas, o questionário foi aplicado individualmente aos moradores, exceto aos menores de 18 anos ou aqueles que se

¹⁴ O município se organiza geograficamente por: área urbana (centro), Bairro Santa Rosa, Cohab, Distrito São João, Linha Pinheirinho, Comunidade Mont Serrat, Comunidade Santa Rita e Comunidade São Marcos.

¹⁵ Dados mais recentes da população, referidos pelo IBGE 2005.

¹⁶ O número médio de habitantes por casa é de cinco pessoas, segundo dados da Secretaria Municipal de Administração e Planejamento de Boa Vista das Missões/2005.

¹⁷ Tal distribuição justifica de certa forma a diferença dos resultados entre a atual pesquisa (2006) e a pesquisa anterior (2004). Cabe lembrar que na atual pesquisa encontramos 53% de consumidores entre os entrevistados (400 pessoas para uma população de 2.209 habitantes) enquanto que na pesquisa anterior (2004) obtivemos uma prevalência de 71% de consumidores (734 entrevistados para uma população de 2.184 habitantes). A justificativa para este distanciamento entre os dados encontra-se possivelmente no fato de que a aplicação do questionário da primeira pesquisa (2004) foi realizado pelo PACs – que direcionava as intervenções predominante aos núcleos ativos de visitação das agentes comunitárias e não contemplou uma distribuição aleatória.

recusavam a participar (um analisador que discutiremos adiante).

Para que pudemos entender genealogicamente a instalação da tecnologia de consumo, buscamos escutar sobre os itinerários que as pessoas utilizam mediante o surgimento de algum problema de saúde; quais sintomas foram determinantes (segundo elas e/ou lembranças que tivessem daquilo que o médico havia dito) para que passassem a consumir psicofármacos; como entendiam o surgimento destes sintomas; que opinião tinham a respeito do consumo (próprio e dos outros), do programa de saúde municipal e do atendimento médico. Embora um levantamento epidemiológico (organizado, mapeado e cruzado) nos forneça respaldo para descrever uma determinada ordem de consumo, consideramos nas narrativas as concepções construídas em torno da doença e as formas que cada sujeito considerava possível para “eliminar” ou conviver com os sintomas.¹⁸ As abordagens aos entrevistados foram realizadas a partir de apresentação pessoal e finalidade da entrevista, momento em que o(a) entrevistado(a) deveria assinar a Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁹ contendo os objetivos e assegurando sigilo de identidade.

4.3 Análise do Corpus de Pesquisa

O procedimento de análise constituiu-se por etapas distintas: compilação, organização e categorização das informações de dados das 400 (quatrocentas) entrevistas. A articulação destes dados com as entrevistas analisadas constituiu-se como

¹⁸ O modelo dos questionários aplicados encontra-se no Anexo 3.

¹⁹ O modelo do Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Anexo 2. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da UFRGS. Processo número 2006551.

elemento central para definir como se estabeleciam relações entre tecnologias de si, enunciados e instituições no interior do dispositivo da medicalização.

Para definição dos dados utilizamos os programas operacionais EpiInfo (versão 3.5) na compilação dos dados quantitativos e o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (versão 13.0) para produzir o cruzamento das variáveis.²⁰

Antes de passarmos efetivamente para a análise dos enunciados e resultados empíricos do campo, consideramos necessária uma contextualização da emergência dos psicofármacos no interior do dispositivo da medicalização. Buscamos fazê-la através de abordagens que problematizam desde um breve histórico sobre o imperativo de consumo que fez da indústria farmacêutica uma potência de mercado até a produção cultural decorrente destas transformações sociais. Consideramos ainda a aspectos relevantes como instituições e saberes legitimados neste campo e as descontinuidades experimentadas pelos pesquisadores (análise de implicação) como processo desta produção.

²⁰ O cruzamento das variáveis se encontra estruturado em tabelas nos apêndices.

5. A afirmação dos psicofármacos no interior do dispositivo da medicalização: Trajetórias

5.1. As transformações sociais e a indústria farmacêutica

Seguido à definição de nosso problema de pesquisa e dos procedimentos metodológicos que utilizamos neste trabalho, partimos de uma contextualização acerca da inserção e afirmação dos psicofármacos no interior do dispositivo de medicalização.

Os psicofármacos apareceram no interior do discurso da ciência contemporânea como ferramenta principal no tratamento em saúde mental. A transformação que confere à psicofarmacologia um lugar privilegiado – respectivamente na clínica e no social – foi marcada pelo desenvolvimento deste segmento na indústria farmacêutica com a descoberta da *clorpromazina*²¹, conferindo à psiquiatria um lugar de reconhecimento científico pela prática clínica e aos psicofármacos a contenção dos sintomas. Utilizada para controlar sintomas em pacientes psicóticos, a clorpromazina historicamente (Aguiar, 2004) deu início a uma produção cada vez mais sofisticada de substâncias químicas de ação psicoativa.

A pesquisa por elementos químicos que atuassem no sistema nervoso central amenizando sintomas que provocam angústia, tristeza, dor e os delírios da loucura proporcionou a instalação de uma indústria farmacêutica que no contemporâneo é

²¹ A clorpromazina foi desenvolvida quimicamente na década de 1950 com o objetivo de controlar desordens psiquiátricas que até então eram tratadas apenas com contenção mecânica, intervenções cirúrgicas e práticas de expurgo do sintoma (insulinoterapia, eletrochoque, malarioterapia, sangrias, entre outras).

considerada uma tecnologia suprema – sofisticando progressivamente a ação das substâncias químicas. Tal situação legitimou nos modos de vida contemporâneos a prática do aniquilamento do sofrimento (de qualquer origem), compondo uma subjetividade distante de uma prática de si como analisada por Foucault (2004j) decorrente do conhecimento de si²². Em decorrência deste processo, as tecnologias de si (Foucault, 2004j) como o conjunto de tecnologias e experiências que participam do processo de (auto)constituição e transformação do sujeito tornaram-se no contemporâneo modos cada vez mais efêmeros de cuidado. Como define Birman (1999, p.243):

(...) pretende-se a sedação da angústia e a eliminação das excitações excessivas com os ansiolíticos. Da mesma forma, busca-se a eliminação das paixões expressivas com os antidepressivos. A busca de um suposto ideal de estesia psíquica no sujeito, a normalização de seus humores intempestivos, é a finalidade nas práticas médicas e psiquiátricas.

Ao obter legitimidade no interior da ciência, a psiquiatria inaugurou um modo de intervenção (prescrição psicofármica) em que a palavra/escuta gradativamente cedeu espaço à eficácia química²³. Este foi um marco importante na mudança da relação do indivíduo com o sofrimento: a linha divisória entre estesia e a anestesia passou a ser definida pelo consumo de psicofármacos. Isso propiciou o surgimento de um novo

²² A *epiméleia heautoû* (cuidado de si) para Foucault (2004j) representa uma atitude do sujeito para consigo, para com os outros e para com o mundo. Também representa uma forma de atenção, de olhar. Cuidar de si implica que se converta o olhar do exterior, dos outros, do mundo para si mesmo. O cuidado de si implica certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. Neste sentido, a abordagem remete mais a à exterioridade do sujeito do que a interioridade. Significa também uma ação de si para consigo, ações que assumimos, em que nos modificamos, nos purificamos e nos transformamos.

²³ A psiquiatria deixa desta forma de ser uma disciplina voltada exclusivamente para o tratamento da loucura passando intervir sobre todo mal da existência, oferecendo medicalização para quaisquer dores psíquicas e emocionais.

cenário social: uma indústria compulsória, sofisticando-se continuamente e tornando a prescrição de psicofármacos naturalizada e massificada:

Diante de qualquer angústia, tristeza ou outro desconforto psíquico, os clínicos passaram a prescrever, sem pestanejar, os psicofármacos mágicos, isto é, os ansiolíticos e os antidepressivos. A escuta da existência e da história dos enfermos foi sendo progressivamente descartada e até mesmo, no limite, silenciada. Enfim, por esta via tecnológica, a população passou a ser ativamente medicalizada, numa escala sem precedentes. (Birman, 1999)

Conforme Aguiar (2004), até 1980, a medicalização era utilizada na clínica como um potencializador da psicoterapia (até então o principal elemento do processo terapêutico). O advento do DSM como um instrumento diagnóstico mudou os rumos da intervenção psiquiátrica, reduzindo seu modo de ação e resultando na hegemonia da medicalização no contemporâneo (Ehrenberg apud Aguiar, 2004).

Cabe mencionar ainda o inchaço que caracteriza o mercado farmacêutico brasileiro, composto por aproximadamente 400 indústrias e 60.000 farmácias – o dobro do número máximo de estabelecimentos por habitante que a Organização Mundial de Saúde recomenda²⁴. É possível avaliar a proporção do consumo de medicamentos se considerarmos que as vendas diretas ao consumidor somam 5 bilhões de dólares anuais – tornando o Brasil o décimo lugar na lista dos países que mais vendem medicamentos no mundo, sendo os psicoativos constituem o segundo setor dos mais vendidos. Uma pesquisa divulgada pela Febráfarma (março/2005) divulgou a previsão de investimentos financeiros de aproximadamente R\$ 791 milhões para a indústria farmacêutica, principalmente para produção de antidepressivos, antibióticos e

²⁴ Dados obtidos na revista eletrônica da Febráfarma (novembro/2005). Para maiores informações consultar www.febrafarma.com.br

hormônios. Isso implica num aumento de 25% na produção de medicamentos psicoativos em comparação com 2004. Outra pesquisa divulgada pela folha de São Paulo aponta um aumento de 940%²⁵ nas medicações que controlam a hiperatividade na infância, referindo também a freqüente indicação de estimulantes (metilfenidatos) e antidepressivos ainda na infância (entre os 5 e os 14 anos).

Além do imperativo de produção da indústria farmacêutica, estes dados nos permitem entender sobre a instalação de uma cultura de consumo, iniciada ainda na infância quando os primeiros problemas emocionais surgem e o tratamento compreende a sedação do sintoma (no caso da hiperatividade, por exemplo) quando o mesmo é produzido principalmente pela aceleração dos modos de vida.

5.2. A cápsula pela palavra: a transição

Em decorrência deste panorama a psicanálise perdeu território e deu início a um importante processo de problematização acerca das transformações que resultaram na crise desta e das demais práticas terapêuticas, sejam elas de cunho individual ou coletivo – desencadeando a crise social das psicoterapias (Roudinesco, 1999). O gradativo abandono destas práticas (lentas e com custos elevados) cedeu espaço para uma tecnologia mais parecida com modos acelerados da vida contemporânea.

Neste sentido, Roudinesco (1999) afirma que o sujeito contemporâneo, após

²⁵ Dados publicados pela Folha de São Paulo, em 15/01/2006. Refere ainda que em apenas quatro anos ocorreu um impressionante aumento nas vendas: em 2000 foram vendidas 71 mil caixas do medicamento e em 2004, 739 mil. Os dados foram fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos, levantados com base no IMS-PMB – publicação suíça que contabiliza dados do mercado farmacêutico mundial. Os dados são confirmados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), segundo a agência o mercado de caixas vendidas cresceu 51% entre 2003 e 2004.

conquistar a tão sonhada “liberdade” prometida pela modernidade, acabou buscando identificações igualitárias e lugares que lhe trouxessem algum pertencimento – modos de vida individualizantes e totalizantes como é próprio da estratégia de dominação biopolítica. Conforme Roudinesco (1999, p.25):

(...) se hoje a psicanálise é posta em concorrência com a psicofarmacologia, é também porque os próprios pacientes, submetidos à barbárie da biopolítica, passaram a exigir que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica.

Da mesma forma, Birman (1999) descreve um sujeito contemporâneo que se depara com o desamparo e o abandono de si buscando saídas mágicas e/ou efêmeras. Em razão destes modos de subjetivação, a indústria dos psicofármacos no Brasil avançou vertiginosamente e não se distingue mais da indústria do narcotráfico, pois a finalidade de consumo é a mesma: evitar o sofrimento psíquico e/ou proporcionar prazer imediato.

Numa análise distinta, Lefèvre (1991) analisa os domínios do consumo através de classificações para o “o objeto” medicamento: 1) como agente quimioterápico (aquele que cura, controla e previne); 2) como mercadoria (aquele que aliena e domina) e como símbolo (aquele que representa uma dimensão semiótica). A segunda forma problematiza a relação da indústria farmacêutica com a sociedade e vice-versa: uma produção que se orienta na demanda por um padrão de saúde onde o medicamento aparece no social associado à segurança, equilíbrio e pertencimento. Nesta perspectiva, o psicofármaco especificamente, representa o acesso para suportar as angústias do contemporâneo e corresponder às exigências felicidade numa sociedade

em que ceder ao sofrimento psíquico implica em fracasso.

Para Lefèvre (1991) a instalação dos psicofármacos como modo de cuidado pode ser analisado pela perspectiva capitalista/mercadológica. Suas pesquisas e produções científicas (Lefèvre, 1992) sobre o tema problematizam a transformação da saúde em mercadoria simbólica, ou seja, a saúde associada ao consumo e o medicamento entendido como objeto (mercadoria) para acessar tal saúde. Neste sentido, aponta que a incompatibilidade sobre a legitimidade das políticas de saúde e o modo como são entendidas contribui para que o acesso à saúde seja recebido como um bônus e não um direito (problematização presente em nosso campo empírico que será discutida adiante).

Os veículos midiáticos contribuem expressivamente para que a medicalização seja eleita como uma tecnologia de si no contemporâneo: numa reportagem do jornal Zero Hora de Porto Alegre (29/04/2006) foi relatado que, por diferentes motivos e de acordo com as pesquisas referidas nesta reportagem, 20% da população mundial deverá passar por crises depressivas em algum momento da vida e que o tratamento é indispensável. Neste caso há indicação de psicoterapia acompanhada de “medicação antidepressiva” e moderadores de humor, dando notoriedade à compreensão clínica da doença sem mencioná-la como um sintoma também fabricado pelas condições do meio social.

Cabe assinalar, entretanto, a naturalização da automedicação pela população no contexto brasileiro: uma pesquisa realizada em 2004 pela Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição indicou que 15% das compras de remédios vendidos sem receita não havia sido planejada (o consumidor leva para casa mais do que precisa). Neste sentido, o controle sobre a prescrição e dispensação de

psicofármacos parece contribuir para que a automedicação não seja uma assertiva desta categoria. Na amostra do presente estudo, por exemplo, dos 400 sujeitos pesquisados, apenas 14 dos 212 consumidores de psicofármacos obtém o medicamento sem receita (Tabela 11), um índice baixo se comparado aos 15% dos medicamentos gerais que aparecem na pesquisa mencionada anteriormente.

	Freqüência	Percentual
Não consome	188	47,3%
Consome sem receita	14	3,5%
Clínico/PSF	125	31,0%
Psiquiatra/Neurologista	44	11,0%
Outras especialidades	27	6,8%
Totais válidos	400	100,0%

Tabela 11

Historicamente, a automedicação pode ser atribuída ao longo período de abandono da população brasileira que tinha pouco acesso aos serviços de saúde, e quando tinha, os mesmos eram ineficazes, restando como alternativa o consumo por conta própria como parte dos itinerários terapêuticos (entre eles, as benzeduras, a umbanda, o espiritismo, a fitoterapia e outros).

Na análise de um panorama que estaria a caminho, Madel Luz (1986) assinalou ainda na década de 1980 sobre o interesse do Estado tanto na indústria farmacêutica quanto em equipamentos relacionados. O Estado atua promovendo incentivo pela

compra de consultas ambulatoriais de um lado e consumo de medicamentos por outro²⁶ - se considerar que o Estado regula os modos de funcionamento das instituições da mesma forma que controla investimentos nos equipamentos²⁷ de saúde. Para Foucault (2004i) o indivíduo passa a interessar ao Estado na medida em que representa uma força produtiva ou que pode contribuir de alguma forma para o fortalecimento de uma forma de governo sustentada pelo biopoder:

Do ponto de vista do Estado, o indivíduo apenas existe quando ele promove diretamente uma mudança, mesmo que mínima, no poderio de Estado, seja esta positiva ou negativa. O Estado tem que se ocupar do indivíduo apenas quando ele pode introduzir tal mudança. E tanto o Estado lhe pede para viver, trabalhar, produzir e consumir, como lhe exige morrer. (Foucault, 2004i, p.308)

Como resultado desta política de saúde determinada e incentivada pelo Estado, Luz (1986) aponta duas noções de saúde a partir das instituições no capitalismo: como sinônimo de medicalização – que remete às instituições médicas – e como noção de completude – condição que remete nas formações sociais capitalistas às condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nas políticas públicas – condições em que se dá a produção social).

A partir das considerações acima descritas podemos nos aproximar desta noção socialmente construída em que a saúde aparece associada à medicalização. É possível assistir ao incentivo destes mecanismos por todos os lados: desde os equipamentos

²⁶ Deve ser considerado o fato de que Madel Luz publicou sua tese em 1986, antes da implementação do SUS, atualmente faz parte do programa do SUS oferecer o medicamento junto com o serviço. Na ocasião descrita por Madel Luz podemos dizer de uma política deliberada do setor privado, porém esta situação ainda se mantém em locais onde o SUS ainda não foi plenamente implantado.

²⁷ Segundo Baremlitt (1996) os equipamentos podem ser tanto uma série de organizações, estabelecimentos, aparatos, maquinarias e tecnologias muito diversificados de grande, médio ou pequeno porte, cuja finalidade fundamental (mas não única) é estar a serviço do controle social como podem ser predominantemente funcionais ao poder.

que transmitem educação e conhecimento até as práticas nas políticas de saúde que fizeram da medicalização um imperativo no tratamento em saúde. Assim, quando se trata de cuidar da dor psíquica e se empreende o uso de psicofármacos como tecnologia, podemos verificar a consolidação de uma prática que deriva predominantemente destes estatutos: a saúde capitalizada e transformada em objeto numa sociedade que define o que é e o que não é qualidade de saúde (haja vista a proliferação de planos de saúde) – onde a saúde que se esgota só pode ser recuperada com tecnologias de consumo; o abandono de espaços psicoterapêuticos²⁸ em detrimento de espaços psiquiátricos²⁹ e uma decorrente transformação tanto na economia como nas tecnologias que se associam aos modos de subjetivação na sociedade brasileira.

A seguir buscamos estabelecer as correspondências possíveis a partir da instalação das relações de poder-saber com a produção de tecnologias de si no interior do dispositivo da medicalização. Estas correspondências nos permitiram problematizar em que medida nosso campo empírico é produzido/se produz atravessamentos institucionais que desencadearam os modos de vida que ora analisamos.

²⁸ Com perspectivas psicoterapêuticas que impliquem os investimentos do sujeito como condição de si e de uma rede social.

²⁹ E também das psicoterapias ditas breves e/ou baseadas em um determinado modo científico de compreensão do pensamento e das emoções, como as psicoterapias de cunho cognitivo-comportamental.

6. Produção do dispositivo de medicalização no interior das relações de poder/saber

Enquanto a ciência política buscava investigar o poder no Estado, Foucault (1995) investigava as instituições (como a medicina, por exemplo) e suas ligações com o Estado como um desdobramento possível para os dispositivos que sustentam o poder. Desta forma de pensar as intuições derivaram os conceitos institucionalistas. Conforme Baremlitt (1996), instituições são decisões lógicas que regulam atividades humanas, indicando proibições, permissões e o que é indiferente, formando uma trama social que une e atravessa os indivíduos. Para Coimbra (1995), a instituição é o nível do Estado que faz a lei e confere à instituição a força de lei. É aquilo que desde o nascimento tem sua obrigação definida e é legitimado como verdade.

A relação que os sujeitos estabelecem com as instituições médicas³⁰ constitui-se num importante analisador dentro de nosso campo de investigação: as narrativas produzidas durante a pesquisa expressam o saber legitimado nesta sociedade, em formações discursivas marcados pelo saber médico. Poderemos verificar a prevalência deste estatuto no decorrer deste estudo, predominantemente nas falas, como a da comerciante, 39 anos:

“Aqui nosso programa de saúde é nossa lei. É uma das conquistas mais importantes do nosso município e que funcionam melhor. Temos o atendimento básico, mas se precisar um especialista, eles fazem encaminhamento, marcam consultas, exames, tudinho. Na minha opinião temos também bons médicos, se estão onde estão é porque sabem das coisas (...)” (entrevista 26)

³⁰ Entenda-se por instituições médicas discursos, modelos de ensino, profissionais e práticas legitimadas pela medicina, aparelhos, equipamentos que estão em função desta disciplina como hospitais, técnicos, etc.

Em nosso campo empírico (o município de Boa Vista das Missões) encontramos duas formas de acesso ao atendimento médico: via posto de saúde ou via PSF, sendo que o mesmo médico atua nos dois serviços e não reside no município³¹. Portanto, o acesso para consultas, requisições, receituários e diagnóstico no município passam obrigatoriamente por este serviço, não havendo atendimento privado ou via planos de saúde. Após o turno da manhã, quando os profissionais se encontram em atividade no programa, os atendimentos são realizados apenas em outros municípios.

Esta estrutura determina os itinerários e as restrições de acesso, fazendo com que a população se sujeite a estas condições e explica de alguma forma, as atribuições de qualidade que as pessoas fazem ao serviço (e que desenvolveremos adiante): não se define pela acessibilidade e sim pela gratuidade.

Nosso interesse pelo que compõe estas atribuições partiu das narrativas, principalmente produzidas a partir da pergunta 24 do questionário de pesquisa³² *“O que você acha do atendimento médico?”*. Os enunciados contidos nas narrativas dão visibilidade ao(s) discurso(s) vigente(s) neste campo, possibilitando, de acordo com Foucault (2005a, p.31), *“(...) encontrar, além dos próprios enunciados, a intenção do sujeito falante, sua atividade consciente, o que ele quis dizer, ou ainda o jogo inconsciente que emergiu involuntariamente do que disse ou da quase imperceptível fratura de suas palavras manifestas; de qualquer forma, trata-se de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável, que anima do interior a voz que escutamos (...)”*.

Os elementos contidos em enunciados que emergem das falas podem ser entendidos a partir de referenciais distintos: naturalização do saber, atribuições

³¹ Assim como o médico, o dentista, a psicóloga e a assistente social também não residem no município. Apenas a enfermeira e os auxiliares e técnicos em enfermagem residem.

³² Anexo 3.

instucionalizadas³³ ou plenas de autonomia para definir qualidade:

“Acho muito bom. Os médicos que me atenderam sempre foram *paciosos*, me explicaram direitinho. E agente tem que fazer o que o médico manda, não tem jeito. Só paro com os remédios quando o doutor achar que devo”. (entrevista 256)

“Olha, já tive médicos bons e médicos ruins. Tive médico que me fez sentir um imbecil, que não soube explicar na minha forma de entendimento e passei um tempão tomando um remédio para insônia que me deixava um trapo no outro dia. Mas tive médicos que me trataram muito bem, tive problemas no joelho e este último não disse que era dengo (como o outro), tive até que fazer uma cirurgia, mas foi um médioco pago. Mas não saberia dizer se tem a ver o com o SUS ou com as pessoas que prestaram o serviço, pois penso que quem tem que ser competente é competente sempre. Será que um mesmo médico pode ser tão diferente de um sistema para o outro?” (entrevista 234)

“Tive um trauma tão grande no médico que não fui mais nele. Se precisar novamente vou em outro mesmo que tenha que pagar. Foi para minha mulher, eu estava nervoso e pedia o tempo todo para ele olhar melhor para ver o que tinha acontecido, até que ele se irritou e me disse: o doutor aqui sou eu ou você? Me senti um *merda*, sabe?” (entrevista 301)

Estas narrativas expressam de formas distintas a inscrição de um saber clínico determinante que nasceu com a institucionalização da medicina, mas ainda é vigente nos espaços destinados ao tratamento em saúde. O nascimento da medicina moderna no século XVIII marca o surgimento de um espaço destinado a ordenar e classificar as doenças de acordo com os sintomas. Segundo Foucault (2001a), a racionalidade médica criou a possibilidade da experiência clínica e o sujeito passou a ser tomado como objeto de análise mediante a inauguração de um discurso médico. Nesta lógica, o sucesso da cura aparece relacionado ao conhecimento que se tem da doença. Como produção de verdade médica, o lugar daquele que pode dizer a verdade da doença será marcado pelo saber que detém sobre ela.

³³ De acordo com definições do institucionalismo, o termo “atribuições institucionalizadas” pode ser entendido neste contexto como um modo específico de opinião ou entendimentos que se constituíram e evoluíram sob efeito de um modo instituído de pensamento – o que decorre da instalação/legitimação de uma lei ou de um modo específico de vida.

As relações de saber-poder, tais como definidas por Foucault são constituídas num binômio indissociável: uma é a força geradora de realidade e a outra a realidade por ela mesma. Uma relação de saber é sempre atravessada por uma relação de poder e vice-versa. Conforme Deleuze (2005) há pressuposição recíproca e capturas mútuas no primado de uma sobre a outra. Partindo deste lugar de saber-poder historicamente legitimado àquele que classificou e nomeou a cura para o sofrimento, a psiquiatria passa a funcionar como um dispositivo médico-legal. Para Foucault (2004f, p.244) o dispositivo é “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 elementos do dispositivo, o dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.” A medicalização enquanto um dispositivo de normalização estará investida em produzir controle (das emoções, da dor, do pensamento), constituindo-se como uma prática normalizadora que vai regular comportamentos.

A medicalização, tão intimamente ligada ao saber médico será a forma de acesso da não-loucura sobre a loucura, da anestesia sobre a dor, de um acesso à realidade corrigindo os “erros da normalidade” através de uma tecnologia corretiva sobre a desordem e o desvio. Entendida como a distinção entre normal e anormal, Foucault (2004e) aponta a correspondência entre norma e medicalização como uma prática de correção (meios de transformação do indivíduo), uma tecnologia de disciplina/controlado do comportamento. Nestas condições, o sujeito aparece relacionado à norma:

De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e a população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que tanto pode se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. (Foucault, 2002: 303)

Buscando entender a relação das instituições médicas com os modos de subjetivação, procuramos mostrar como se produziram historicamente determinadas formas de normalização presentes nos enunciados que apresentamos acima (medicalização, submissão, despontecialização do sujeito) e que de certa forma fazem parte de um discurso legitimado no social.

A norma, como condição regulamentadora dos modos de vida, corresponde ao aparecimento do biopoder: uma política que pretende governar num sistema totalizante; um poder de regulação sobre a vida e sobre as formas de governamentalidade que a ela estão ligados (o marco deste modelo aparece com o nascimento da medicina social)³⁴. É nesta circunstância a medicalização coletiva aparece como uma prática de cuidado, uma materialização do biopoder que impõe a norma da higienização como tecnologia de si - modo cauteloso de proteção e de exclusão.

Contextualizamos o biopoder por ser uma estratégia presente na trajetória que acompanhamos junto aos sujeitos da pesquisa. Ligado à norma, o biopoder aparece relacionado ao controle social sobre os corpos, definindo formas de administração médica, um sistema de normalização que marcava no urbano e nos coletivos as diferenças entre normal e patológico.

³⁴ Tais práticas de normalização se relacionam à instituição do saber médico-científico e surgem inicialmente com a polícia médica da Alemanha, no século XVIII, seguido pela higienização das cidades européias (a medicina urbana francesa) e finalmente com a medicina produtiva (da força de trabalho) na Inglaterra.

É neste sentido que buscamos estabelecer uma correspondência entre o dispositivo da medicalização e a produção de controle no nosso campo empírico. A legitimidade do saber médico sobre o diagnóstico, procedimentos de tratamento e cura, por exemplo, contribuíram para que o dispositivo de medicalização produzisse um “paciente” que depositasse no médico o destino de sua saúde/doença. Para Foucault (2005b) os jogos de saber/poder, que nas sociedades disciplinares tornaram a saúde um encargo do Estado, além de conferirem legitimidade à psiquiatria clássica, fundamentam uma relação que transformou o dispositivo de medicalização em prática de normalização. Em razão desta legitimidade, estabelecemos um entendimento das práticas contemporâneas cuja finalidade é disciplinar os sintomas que desestabilizam o sujeito.

Roudinesco (1999) define o movimento do sujeito contemporâneo em direção à norma a partir do abandono de suas raízes e pertencimentos, subjetivando-se às estratégias biopolíticas contemporâneas individualizantes e totalizantes ao mesmo tempo, pois o sujeito:

“(…) liga-se a redes, a grupos, a coletivos e a comunidades, sem conseguir afirmar sua verdadeira diferença”. (Roudinesco, 1999, p.14).

A psiquiatria de 30 anos atrás se caracterizava por ser a especialidade da clínica médica que tratava sofrimentos graves, intervindo principalmente sobre pacientes crônicos e atuando nos hospitais psiquiátricos; enquanto que os psicofármacos serviam para substituir os meios mecânicos de contenção em pacientes graves. No contemporâneo, o consumo de psicofármacos que analisamos a partir do dispositivo da medicalização tornou-se uma tecnologia de cuidado que abrange desde as crises

psicóticas às inconstâncias sazonais dos pacientes, tornando suportável qualquer ameaça aos afetos. Assim, o sofrimento psíquico ganhou um novo estatuto e passou a ser vivenciado como um problema médico: os distúrbios são entendidos pelo viés neuroquímico e os psicofármacos cumprem assim seu destino.

Muitas vezes vangloriada por supostamente constituir-se como uma psiquiatria finalmente científica, começam a surgir, principalmente nos Estados Unidos e Europa, cada vez mais, trabalhos que se mostram os efeitos reducionistas da psiquiatria biológica para a clínica psiquiátrica e, principalmente com a medicalização excessiva da sociedade, que parece acompanhar o crescimento do papel da indústria farmacêutica na psiquiatria. (Aguilar, 2005, p.11)

No contexto deste campo e das narrativas que o acompanham buscamos problematizar a instalação do dispositivo de medicalização através da análise do consumo de psicofármacos não para libertar uma verdade aprisionada e fazer aparecer uma outra em seu lugar, mas para entender quais verdades emergem dos enunciados produzidos neste campo.

A seguir apresentamos a contextualização dos traços, histórias e trajetórias, mas principalmente nas falas desde campo, como efeito de um panorama de medicalização dos sintomas (individuais e coletivos) e de desdobramentos institucionais num cenário de relações biopolíticas que se produziam neste sujeito.

7. Mapeamento e experiências no campo

7.1. Das rupturas: Olhos, ouvidos e coração da pesquisadora

Como uma prática desnaturalizadora, nosso investimento genealógico nas pequenas fissuras e traços escondidos neste campo fizeram emergir os enunciados tão importantes para compreender os modos de vida e a forma de pensamento vigente. De acordo com. Esta relação foi necessária para que pudesse ser estabelecida uma correspondência entre o contexto analisado e a historicidade de nosso contemporâneo. Foi necessário acompanhar atentamente as transformações que se articulavam a cada dia, os investimentos, medos e desejos que se movimentavam junto com as falas dos sujeitos.

(...) o material que temos a tratar, em sua neutralidade inicial, é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral. Aparece, assim, o projeto de uma descrição dos *acontecimentos discursivos* como horizonte para a busca das unidades que aí se formam. (Foucault, 2005a, p.30)

O mapeamento se define pelas nossas tentativas em encontrar os elementos específicos que fizessem aparecer o campo do discurso. As narrativas compõem, neste sentido, o elemento mais expressivo do qual nos apropriamos para produzir reflexões sobre como os sujeitos são atravessados pelas verdades que os constituem na sua relação com o território de pertencimento. A exploração do cotidiano aproximou os significados que as pessoas atribuem às suas experiências e a forma como o consumo

de psicofármacos aparece investido como uma tecnologia de si. Tal experiência pode demonstrar que as especificidades de um campo define de alguma forma os modos de vida daqueles que o habitam.

Após termos obtido a licença da prefeitura municipal de Boa Vista das Missões para realização das entrevistas tivemos, com efeito, a necessidade de esclarecer o projeto para os gestores, bem como os objetivos para que se pudesse fazer uso público do nome do município. Não é possível definir em que medida houve compreensão sobre as razões que norteavam esta pesquisa, mas houve uma concordância plena – o que posteriormente significou o uso (pela administração municipal) deste instrumento para promoção das ações públicas na atenção primária em saúde.

Deste modo, a iniciativa da investigação foi apresentada para a população não apenas como uma perspectiva de pesquisa acadêmica – como definido na apresentação do projeto – mas na condição de uma pesquisa “necessária” para demarcar a forma de consumo e estabelecer uma estratégia de “controle” sobre o “consumo abusivo” – como é possível verificar na fala do gestor municipal em entrevista a Rádio Comunitária³⁵:

“Este é um trabalho preventivo, como o PSF, esta pesquisa é um trabalho que vai direcionar as ações futuras (...) A gente que vem da área da saúde sabe do quanto é grande o número deste processo, a causa da depressão e eu posso até citar mais na técnica, você vê vários sintomas antes, é o que mais se dá gasto quase no município porque você aparece com dor na coluna, faz um exame e não é, tá com dor no estômago, vai no gastro e não é, tá com dor de cabeça, vai no neurologista e não é, e no final simplesmente é uma depressão. Porque o sintoma depressivo da pessoa sempre estoura na parte mais fraca (...) neste sentido a gente sempre viu no município um grande uso da medicação.”

É possível que tal declaração tenha produzido efeitos diversos na recepção da

³⁵ A rádio comunitária do município possui um programa informativo semanal da Prefeitura Municipal, no qual são divulgados assuntos do interesse da comunidade e as idealizações administrativas do município.

pesquisa, provocando narrativas influenciadas pela posição do prefeito. De outro modo, esta declaração se constituiu como um analisador importante para compreender como o uso de psicofármacos se constituiu como tecnologia de si neste contexto. Ao longo deste estudo, verificamos como se arranjam (sutilmente ou nem tanto) e se amarram as relações da população civil com as políticas públicas do município e porque estas relações aparecem marcadas pelos modos assistencialistas.

Consideremos que desta configuração se origina e se mantém relações de dependência aos serviços oferecidos pela prefeitura. Por esta razão, muitas das narrativas que trataram destas políticas estiveram situadas nos domínios repressivos da fala: expressavam vulnerabilidade sobre os benefícios, vínculos de trabalho e serviços em saúde prestados pelo município.

Os primeiros questionários³⁶ foram aplicadas no modo “piloto”³⁷ – no intuito de testar a validade das questões e em que medida elas poderiam operar com instrumentos de visibilidade aos enunciados presentes neste campo. Como nossa análise confirmou a pertinência das questões, também utilizamos estes questionários como parte de nossa amostra. Além disso, este primeiro período nos ajudou a compreender uma série de elementos que indicavam a relação da população com o governo municipal.

No período-piloto³⁸, vivenciamos as primeiras formas de resistência em participar da pesquisa, muitas vezes pela dificuldade em compreender o objetivo, e pelo receio de estender a participação:

³⁶ Modelo do questionário no Anexo 3.

³⁷ Os questionários piloto se referem às primeiras 40 entrevistas, 10% de nossa amostra de pesquisa.

³⁸ Definido pela fase das entrevistas-piloto, ou seja, as primeiras 40 (10% de nossa amostra).

“Eu vou ter que falar em público?”

Mesmo após esclarecimentos sobre a forma de participação, havia um espaço de tensão, principalmente no que dizia respeito ao “Termo de consentimento livre e esclarecido”³⁹ (lido e entregue para assinatura antes da entrevista), que apesar de constituir uma garantia de sigilo e anonimato, exigia uma firma (assinatura), deixando o entrevistado ambivalente em relação à participação. As recorrentes repetições desta situação produziram dois movimentos: a modificação do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para uma linguagem mais simplificada e o deslocamento da escuta para o “não-dito”.

(...) da quase imperceptível fratura de suas palavras manifestas; de qualquer forma, trata-se de reconstituir um outro discurso, de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável, que anima do interior a voz que escutamos, de restabelecer o texto miúdo e invisível que percorre o interstício das linhas escritas, e às vezes, as desarruma. A análise do pensamento é sempre alegórica em relação ao discurso que utiliza”. (Foucault, 2005a, p.30-31)

Esta passagem foi fundamental para que experienciássemos deslocamentos e descontinuidades necessárias à perspectiva genealógica de investigação. Ao produzir modificações criamos plasticidades para o entendimento da produção de subjetividade do campo que vivenciávamos diariamente.

Para Baremlitt (1996) as situações que se apresentaram como recusa, receio e “murmúrios” fazem parte de uma composição social e aqui são entendidos como analisadores espontâneos ou naturais. O analisador espontâneo é um fenômeno emergente que se encontra presente no campo de análise e surge como resultado de forças contraditórias que se articulam e aparecem na forma deste fenômeno e se refere

³⁹ O modelo deste consentimento consta no Anexo 2.

às instituições envolvidas. Ao evocar a expressão da opinião pública nas suas formas discursivas e não-discursivas entramos nas sutilezas da interdição da palavra.

A continuidade deste trabalho exigiu diplomacia, bem como o estabelecimento de um cotidiano, aproximando a linguagem, prorrogando a escuta, tornando a entrevista um modo de atenção sem fazer do entrevistado um veículo de informação. Foi necessário criar viabilidades para contornar as “barreiras” nas entrevistas que se seguiram – cuidando expressões e medindo palavras. Há um desafio complexo para superar barreiras quando pisamos em terreno controlado. A noção social construída em torno de partidarismos políticos interferiu significativamente nas intervenções, situação que só foi superada na medida em que estabelecíamos vínculos de pertencimento com este território.

Outro fator que demandou tempo⁴⁰, sensibilidade e persistência foi a necessidade de adentrar nos domínios da dor, tristezas, lutos – não foram raras as ocasiões em que, acionando histórias e lembranças, o entrevistado chorava muito durante as narrativas. Este foi, no entanto um modo de continuidade revelador: não se pode entrar na vida de uma pessoa, seu lar, comunidade e modos de vida com a razão única de obter-lhe opinião sem deixar algo, produzir algo que não se perca em promessas. Trata-se daquele íterim em que a escuta não precede o vínculo (e precisamos dar este entendimento), mas pode ser uma passagem registrada como um modo de atenção. Estes movimentos de “deixar-se afetar” constituíram ao longo de seis meses de campo uma intensa análise de implicação. A isto Lourau (apud Altoé, 2004) define como o movimento de implicação e investimento com/no campo, onde também

⁴⁰ Cabe salientar que o trabalho de campo propriamente dito durou cinco meses e que a permanência nas casas a cada entrevista poderia durar todo um turno.

nos modificamos e isto se torna condição para efetivar a construção de um conhecimento e a legitimidade de uma prática.

Nossa problematização acerca do consumo de psicofármacos como uma condição dos coletivos enfrentou impedimentos diversos (e previstos), principalmente por ser experienciada num campo marcado pelo individualismo (como definiremos adiante). No entanto, podemos inscrevê-la numa análise que escapa à perspectiva individualizante (o todo como soma das partes) e justifica de certa forma, nosso encaminhamento gradativo para um entendimento dos agenciamentos como condição dos coletivos.

8. O campo empírico

8.1. De cápsulas e girassóis: Afinal, que campo é este?

Paralelo às perspectivas teóricas, os distantes registros de Boa Vista das Missões nos levou a optar por um mapeamento contínuo e progressivo⁴¹. Este convívio com o campo foi determinante para a definição de uma análise sociopolítica.

A escolha em dar continuidade a este tema se respalda nos indicativos da primeira pesquisa (2004)⁴². As particularidades do campo empírico contribuíram significativamente para este retorno: população pequena, produção de trabalho predominantemente agrícola, alto índice de funcionários públicos (190 para 2.204 habitantes⁴³) e organizações familiares fechadas. Tais dados foram constatados ainda na primeira fase da dissertação, quando fazíamos o levantamento da história do município, do sistema de saúde, da organização política e social. Através destes registros e dados históricos, definimos características locais, organização geográfica e social até chegarmos ao que chamamos de espaço individual onde o questionário nos colocou frente a frente com os sujeitos.

O município de Boa vista das Missões possui baixa população (2.204 habitantes) principalmente se comparado à extensão (195 Km²)⁴⁴, caracterizando-se por um povoamento esparso - muitas das famílias residem na mesma propriedade rural

⁴¹Durante os primeiros 12 meses do mestrado (2005-2006) elaboramos o projeto de pesquisa em Porto Alegre paralelo a visitas mensais ao campo empírico - Boa Vista das Missões.

⁴² Anexo 1.

⁴³ Dados da Secretaria Municipal Administrativa de Boa Vista das Missões.

⁴⁴ Dados do IBGE de 2004 (estes dados não foram atualizados no site) – última consulta em setembro de 2006.

(lavouras, granjas, fazendas) que possuem e/ou trabalham. O município está localizado na região Alto Uruguai do Rio Grande do Sul, distante 400 quilômetros de Porto Alegre⁴⁵.

Esta definição aumentou o interesse de aproximação com o campo, que assim pode ser descrito: tanto a área urbana como as propriedades situadas no meio rural⁴⁶ são cercadas por plantações – de soja, trigo, aveia, fumo e girassóis. Esta disposição define duas polaridades: de um lado o risco de contaminação com o veneno aplicado nas lavouras (o que também pode ser responsável por adoecimentos) e de outro, uma beleza distinta, onde as curvas de nível das plantações chamam atenção até dos viajantes afoitos que passam pela BR 386. O horizonte, particularmente coberto por girassóis durante o outono, é capturante.

A colonização deste território⁴⁷ se deu a partir de 1920 por tropeiros (típicos na região neste período) que transitavam entre os estados do Rio Grande do Sul e São Paulo levando e trazendo gado. Alguns tropeiros instalaram-se gradativamente neste local, principalmente em decorrência da excelente posição geográfica - o local é ponto de passagem e conexão de diversas localidades (sendo atravessado pela BR 386). Nesta época passou a ser chamado “Esquina do Horácio”, território que pertencia geograficamente ao município de Palmeira das Missões – situado a 28 km de distância.

Aos poucos, o local foi sendo povoado por imigrantes de origem italiana e lusitana, devido à paisagem geográfica extremamente favorável ao cultivo de cereais, consolidando a economia de base agrícola que mencionamos anteriormente.

⁴⁵ Os mapas do município com referências geográficas se encontram nos apêndices, ao final do texto de dissertação.

⁴⁶ As propriedades rurais estão inscritas geograficamente ao que se define como distrito, comunidade, linha.

⁴⁷ Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação de Boa Vista das Missões.

Atualmente, há predominância do cultivo de cereais⁴⁸ (78%) sobre a cultura pecuária de gado leiteiro (19%) e outros (3%)⁴⁹.

No ano de 1963 o povoado “Esquina do Horácio” adquiriu a condição de distrito, vinculando-se politicamente à Palmeira das Missões, quando passou a ser chamado de Esquina Boa Vista. Ao tornar-se um distrito de Palmeira das Missões – pertencimento político – Boa Vista obteve a possibilidade de utilizar os serviços de saúde pública do município-sede.

Apenas no ano de 1983, depois de longos anos em que os habitantes de Boa Vista se deslocaram para receber atendimento em saúde, o distrito recebeu sua primeira instalação de Unidade de atendimento em saúde⁵⁰. Nesta unidade (posto de saúde) o atendimento era realizado por técnicos de enfermagem e atendimento clínico de médico e enfermeira – nesta ocasião também foi iniciada a dispensação de medicamentos básicos (analgésicos, antiinflamatórios, antiácidos, antibióticos, anti-hipertensivos, distúrbios cardiovasculares e expectorantes) além de vacinas e material para curativos.

Num período anterior (principalmente nas décadas de 1950, 1960 e 1970), toda a demanda – níveis primário, secundário e terciário (Silva Jr., 1998) tais como atendimento clínico, consultas médicas, internações, exames laboratoriais e acesso aos medicamentos eram obtidos em Palmeira das Missões ou outros municípios como Passo Fundo e Iraí.

⁴⁸ O girassol se encontra em sua segunda safra de produção, iniciativa implementada a partir da produção de biodiesel na região e que incentivou o agronegócio.

⁴⁹ Dados de 2005 da Secretaria Municipal de Agricultura de Boa Vista das Missões.

⁵⁰ Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista das Missões.

8.2. Tecnologias de si no campo (parte I):

O período anterior à implantação dos serviços de saúde

Durante o período de pesquisa encontramos na história deste campo referências sobre a prática de curandeirismo. Datada a partir de 1955⁵¹, este era o modo de cuidado utilizado pelos habitantes quando sofriam alguma espécie de “desequilíbrio” físico ou emocional. Este curandeirismo se constituía em uma técnica que misturava práticas religiosas e fitoterapia (chás com ervas medicinais) conforme podemos verificar em entrevista com a viúva do primeiro curandeiro, aposentada, 78 anos:

Nós viemos para Boa Vista em 1957, meu marido já era curandeiro, desde muito jovem quando nos moráramos em Condor. Ele não gostava muito de falar sobre como recebeu este dom, acredito que tenha sido através de um aviso, mas que ele tinha, isso tinha. Ele trabalhou 31 anos aqui, até 1988 quando faleceu. Nossa casa estava sempre cheia de gente para ser atendida, pessoas que vinham de longe para consultar, benzer e pegar os chás. Ele benzia e atendia as pessoas e eu, meus filhos e meu genro fazíamos os chás, tinham cinco panelas grandes diferentes, uma para cada coisa: uma era chá para crianças, outra para adultos e tinham umas separadas que grávidas não podiam tomar, pois continham substâncias que poderiam ser abortivas ou prejudicar o feto. Os homens colhiam as ervas por aí, naquela época tinha erva fácil de várias espécies, depois que começaram as plantações de soja e os envenenamentos da lavoura ficou arriscado usar estas ervas porque a gente não sabia mais o que continha nas folhas. Os chás com propriedades calmantes eram os que tinham maior saída, a consulta não era cobrada, apenas os chás. As crianças principalmente eram as que mais tomavam estes chás calmantes. Vinham muitas pessoas com problemas de nervos que sofriam de ataques e vinham à procura de cura. As pessoas tomavam remédio com fé e saravam. Também procuravam muito por causa de doenças venéreas, problemas de nervos, reumatismo, problemas de coluna e dores nas costas. Vinham tanto homens quanto mulheres e muitas, muitas crianças. Depois que ele faleceu a gente continuou fazendo remédios por ainda 3 anos, principalmente porque algumas pessoas vinham de longe e não sabiam que ele tinha falecido. As ervas que a gente utilizava eram ervas conhecidas como camomila, poejo, cidreira entre outras que não lembro.

O hábito de consumir chás era usual, uma cultura ainda presente nos dias de

⁵¹ Mesmo que esta prática existisse anteriormente, é a partir deste momento que temos registro.

hoje, tanto nos hábitos como na economia – atualmente Boa Vista das Missões possui uma fábrica de chás com ervas medicinais. No período histórico em que a fluoxetina ainda não havia sido descoberta e a clorpromazina era utilizada apenas em pacientes psicóticos, é possível apontar a fitoterapia como um modo de cuidado. Há traços desta prática presentificados no contemporâneo: encontramos nas narrativas, relatos de uma cultura inscrita nas mesmas práticas de cuidado. A exemplo disso, na pergunta 19 do questionário⁵² de pesquisa: “*Quando você tem algum problema de saúde, o que você faz?*”. Dos 400 entrevistados, 232 relataram que antes de procurar um médico ou tomar remédios por conta própria tomavam chás, sendo que 59 disseram que apenas tomam chás de ervas medicinais.

Sejam estes hábitos mantidos ou adaptados conforme as condições ou crenças de cada um, é possível designarmos a instalação de tecnologias de si a partir de um (re)conhecimento coletivo e transgeracional sobre práticas de cuidado desde métodos terapêuticos que precedem a prática médica até o estabelecimento de uma hierarquia de saberes que gradativamente desapropriaram o “saber popular”. As ervas medicinais foram sintetizadas (presentes em reguladores químicos) e transformadas em cápsulas e comprimidos, instalando no contemporâneo a tecnologia do consumo de medicamentos. Tratamos assim da existência local de um deslocamento das tecnologias de cuidado na saúde.

Conforme Nardi e Silva (2005) as tecnologias de si no contemporâneo são os modos que o sujeito encontra na cultura e são impostos ou sugeridos pela sociedade ou grupo social. Tais tecnologias remetem às relações de saber-poder e se relacionam

⁵² Modelo do questionário no Anexo 3.

com os jogos de verdade no contemporâneo⁵³, cumprindo a função de dominação e identificação como tecnologias que incidem sobre a vida.

As técnicas de si como modos de cuidado durante o período que se estende da década de 50 até a década de 80 reflete as experimentações de analgesia e o uso de uma tecnologia específica (ervas e chás). No contemporâneo, podendo lançar-se ao uso de técnicas mais eficazes, o sujeito que elegeu outro objeto segue estabelecendo vínculos de dependência para banir o sofrimento, caracterizando as necessidades próprias de uma cultura.

No interior desta mesma cultura encontramos ainda registros outros, freqüentes num determinado período histórico desta sociedade. Quando ainda não havia sido descoberta a “pílula da felicidade”⁵⁴, as práticas para “banir” o sofrimento, as “dores da alma”, os sentimentos de “vazio” ou “solidão” que tomavam um sujeito ou seu grupo de convivência eram reconhecidamente extremas, tais como o suicídio. Para um sofrimento “insuportável”, o suicídio era considerado a tecnologia que (naquelas condições) produzia, literalmente, o aniquilamento da dor. O relato que segue ilustra esta análise:

Não sei como surgiu a depressão, mas sei que se fala muito nisso hoje em dia. Foi aí que eu me dei conta que era isso que tinha acontecido com algumas pessoas da minha comunidade. Naquela época, ali por 1970 e 1980, muitas pessoas de uma família se mataram – pai, mãe, filho, filha, netos – uns diziam que era fraqueza da cabeça e outros até diziam que era um tipo de obsessão. Mas tenho fé em Deus e acho que era mesmo depressão. Se naquela época tivessem os remédios que tem hoje, como aqueles que eu tomo pra dormir, estas pessoas poderiam não estar mortas. Eu pelo menos acho. (Agricultura, 68 anos, entrevista 132)

⁵³ Ainda conforme Nardi e Silva (2005), os jogos de verdade são entendidos como um elenco de regras de produção da verdade que sustentam as formas de dominação que são próprias de um terminado tempo e sociedade.

⁵⁴ Cloridrato de fluoxetina, popularizado mundialmente pelo nome comercial de PROZAC, mais conhecido como pílula da felicidade.

Considerando a historicidade deste campo, da mesma forma que as trajetórias que contribuem para a normalização do sujeito (e tudo aquilo que exclui a diferença), podemos verificar que o consumo de psicofármacos se instalou e permanece neste território porque cumpre uma função, seja ela individual, política ou social.

Desta forma, não seria o uso da medicação psicoativa uma forma de nos diferenciar desta figura do “louco”, “triste” e sensível que habita cada um de nós? Na condição de um dispositivo de normalização, a medicalização está a serviço do sujeito e suas questões existenciais ou da sociedade e suas exigências?

Considerando as transformações vivenciadas pelo sujeito acerca das tecnologias de si, tentaremos a seguir senão responder, problematizar estas questões.

8.3. Tecnologias de si no campo (parte II):

O consumo de psicofármacos posterior à implantação dos serviços de saúde

Foucault analisa o “*Cuidado de Si*”, (Foucault 2001c, 2001g, 2004j) a partir do sujeito da antiga Grécia, constituído segundo práticas de liberdade, onde *cuidar de si* significava olhar para si, *com e a partir* do outro, buscando construir a vida como uma obra de arte, como exemplo de uma vida bem vivida. Tal análise dá visibilidade às transformações dos modos de cuidado no contemporâneo, como forma de fazer um contraponto sobre as formas de cuidado vigentes - presentes nas formas de individualização e totalização próprias do Estado moderno.

O entendimento dos modos como se constituem as técnicas de si hoje permite apontar o quanto elas se distanciam do cuidado de si grego, razão que induziu a pensá-las neste contexto onde há uma utilização massiva de psicofármacos.

No sentido de estruturar uma análise a partir de marcas historicamente construídas, retomamos aos alicerces de nosso campo empírico. A partir da emancipação política no ano de 1992, o município foi denominado Boa Vista das Missões e uma estrutura urbanizada foi iniciada, com investimentos em distintos setores. Na implantação do programa de saúde é possível estabelecer um marco para as estratégias biopolíticas de administração pública. A primeira gestão (1993-1996) estruturou uma secretaria de saúde e centralizou todas as ações no Centro Municipal

de Saúde (Unidade Básica de Saúde). A construção da estrutura física⁵⁵ aconteceu paralela à estruturação do programa de saúde voltado à atenção de nível primário e passou a utilizar como referência de nível secundário o hospital do município vizinho de Jaboticaba para procedimentos de tecnologia intermediária. Os atendimentos com demanda de infra-estrutura especializada (nível terciário) passaram a ser encaminhados para hospitais gerais em Passo Fundo (cirurgias), Erechim (quimio/radioterapias), Ijuí (desintoxicações), Iraí (internações psiquiátricas) e Porto Alegre (exames com tecnologia avançada e especialidades cirúrgicas).

Se antes da emancipação, a população de Boa Vista das Missões precisava deslocar-se para receber atendimento em saúde, a partir de então obteve seu próprio programa de atendimento estruturado até os dias atuais na condição acima descrita. A instalação destes serviços locais – principalmente o atendimento médico – foi entendida como “conquista”, “benção e/ou “qualificação dos gestores” desde este período (1992). Estes adjetivos foram frequentemente utilizados nas narrativas para definir as condições do programa de saúde, dando origem à um novo modo de racionalidade em que seus efeitos foram múltiplos. Tais determinações sobre a trajetória histórica do nosso objeto de estudo correspondem igualmente à trajetória biopolítica como uma estratégia de controle: o livre acesso à saúde e dever do Estado disposto no artigo 196 da Constituição Federal foi elaborado na condição de um direito constitucional de cidadania. No entanto, a aproximação com este contexto nos trouxe as dimensões de uma racionalidade (própria destes coletivos) onde a existência de um programa adequado de saúde se deve à boa vontade dos gestores públicos, portanto é passível

⁵⁵ Os Centros Municipais de Saúde – Postos de Saúde – eram construídos nesta época a partir de um modelo pré-moldado enviado pelo Ministério da Saúde. Os padrões não obedeciam às necessidades próprias de cada município, mas um modelo de construção pronto.

de gratificação.

Estas condições fundamentam até os dias atuais – analisadas principalmente por estruturas narrativas – um ciclo infundável de captura biopolítica. Um dos pontos mais marcantes das gratificações descritas nas narrativas (e região pela qual atravessa nossa problematização) emerge da dispensação de medicamentos realizada pelo programa de saúde. Especificamente esta ação do programa é a representação mais típica de popularidade à gestão municipal. Considerando as experimentações de campo e analisando a perspectiva da gratificação, obtivemos do sujeito o relato de um entendimento que contribuiu significativamente nas campanhas eleitorais que definiram a situação administrativa:

A verdade é que em time que esta ganhando a gente não meche. Acho que é por isso que o povo não troca o certo pelo duvidoso (...) ao menos com este pessoal que esta na prefeitura nós sabemos que teremos nossos remédios sempre que precisarmos. Desde que foi criado o posto de saúde a qualidade na aquisição de remédios só melhorou. Para a cabeça tinha uns que davam uns efeitos (...) então eles foram adquirindo outros cada vez melhores. (Comerciante, 49 anos, entrevista 142)

Tal panorama foi uma espécie de moeda eleitoral que garantiu a permanência dum mesmo grupo de gestores (desde 1996 até 2004), o que legitimou as características históricas e políticas da conformação de nossas instituições (corporativismo, paternalismo e clientelismo).

Atualmente, o setor de saúde dispõe da estrutura de um Centro Municipal de Saúde (Posto de Saúde) – que se encontra numa posição geográfica isolada das áreas residenciais – situado em frente à BR 386 e cercado por plantações de soja, num ponto que não pode ser definido nem como área central urbana, nem como bairro. Nas

narrativas em que são descritas as opiniões sobre o atendimento em saúde⁵⁶ era recorrente a expressão de queixa sobre a posição geográfica do Centro Municipal de Saúde:

Acho bom para o tamanho do nosso município, mas tudo é tão longe... Quem tem carro tudo bem, (...) mas por aqui tudo é perto (mercado, igreja, lojas, prefeitura), só o Posto de Saúde é longe. Até parece que tem que ficar longe só porque é pra lá que as pessoas doentes vão procurar ajuda. Na minha opinião tinha que ser aqui na cidade. Meu neto vai na psicóloga porque a escola indicou e tem que ir até lá par fazer consulta, ele não ta doente e mas tem que ir a pé nesta lonjura. (Aposentado, 76 anos, entrevista 58)

A crítica feita pelo entrevistado indica as fraturas de uma captura hegemônica da opinião pública - efetivamente, o posto não deve “esconder”/dividir/separar os doentes e sim efetuar atendimentos e políticas de atenção à saúde. Este relato descreve a ambivalência da “centralização” determinada pela administração municipal: todos os atendimentos estão agrupados no mesmo espaço (muitas vezes compartilhados), situação que indiferencia os programas de prevenção e atenção dos atendimentos do setor primário. De outra forma, encontramos nestes espaços – mesmo na especificidade de cada locutor – uma produção crítica sobre esta indiferenciação entre saúde/doença.

Uma definição da estrutura pode nos aproximar mais da história destas narrativas: o município não possui uma estrutura hospitalar e todas as atividades oferecidas na área da saúde estão centralizadas no Centro Municipal de Saúde: administração, consultas médicas, intervenções odontológicas, ambulatório, farmácia, serviço de psicologia, assistência social, enfermagem, fisioterapia, dispensação de

⁵⁶ Questionário no Anexo 3.

medicamentos, vigilância sanitária e todas as outras atividades (PACs, PSF, grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes). A equipe do setor é composta por 30 funcionários: 1 secretário de saúde, 6 agentes comunitárias de saúde⁵⁷, 4 técnicos em enfermagem (1 deles é responsável pela dispensação de medicamentos), 1 enfermeira-chefe, 1 assistente social, 2 médicos clínicos (um para clínica e PSF e outro para atendimento clínico), 1 psicóloga, 1 dentista, 1 fisioterapeuta, 1 instrumentadora odontológica, 2 funcionários da vigilância sanitária, 3 funcionárias responsáveis pela limpeza, 2 secretárias atendedoras e 3 motoristas para os carros da saúde e ambulância. O Centro Municipal de Saúde possui convênio com laboratório de análises clínicas que faz coleta de exames diariamente e possui convênios com médicos especialistas (psiquiatra, neurologista, oftalmologista, cirurgia, ginecologista e obstetrícia). Sem estrutura hospitalar local, os pacientes são encaminhados para as cidades da região quando necessitam de internações. Nem todos os atendimentos especializados e internações estão incluídos nos atendimentos do SUS – alguns atendimentos são pagos diretamente pela prefeitura municipal, com as verbas destinadas à saúde (é realizada uma análise de cada caso e a verba é destinada parcial ou integralmente). Os atendimentos fora do expediente de trabalho são informais e os habitantes possuem os contatos telefônicos dos auxiliares/técnicos de enfermagem para emergências.

Esta última característica do programa de saúde foi crucial para a definição de algumas políticas vigentes neste contexto - o que demarca gradativamente os modos assistencialistas de implantação da política de saúde. A partir da constituição destes laços entre a população e os trabalhadores de saúde, um destes técnicos de

⁵⁷ As agentes comunitárias de saúde verificam as condições de saúde, a utilização de medicação e orientam moradores por bairro sobre questões de saúde e higiene.

enfermagem (que tinha uma postura de disponibilidade permanente) candidatou-se à gestão pública nas últimas eleições (2004), elegendose com expressivo número de votos. Sua trajetória de trabalho, definida por modos de assistência que extrapolavam suas funções (atendimento domiciliar fora do expediente, busca de recursos como ambulância, atendimento aos familiares em caso de emergências) e que se estendeu por doze anos foi o argumento mais presente na campanha (além de adjetivos eleitorais como “humilde” e “honesto” com finalidade de aproximação e identificação com o eleitorado). Podemos confirmar esta situação a partir da narrativa:

“(...) não tenho do que me queixar. O próprio prefeito quando era enfermeiro, sempre foi o *cuidador* desta gente toda, atendia toda esta pobreza, não importasse o dia ou a hora, medindo pressão, levando remédio, ou chamando a ambulância”. (Aposentado, 74 anos, entrevista 67)

Esta trajetória histórica pode ser definida por aquilo que chamamos de uma forma específica de exercício do biopoder - uma prática que se materializou nos corpos e que hoje é território de investimentos e controle da população. O gestor conhece as necessidades de sua população, e direciona os investimentos que, além de suprirem tais condições, são apropriados às formas de controle - confirmado pela permanência de quatro gestões consecutivas de mesma situação, onde os gestores de cada período garantiram espaço aos sucessores que assumiram promovendo as mesmas (bio)políticas. O biopoder (Foucault, 2002) nada mais é senão isso, uma forma de aplicar o poder nas vidas em processos coletivos, definindo modos específicos de dominação e controle. Encontramos no interior destes modos de dominação não apenas o dispositivo da medicalização, mas os processos facilitadores para atuação

deste dispositivo, que paralelamente definem e reafirmam hierarquicamente os lugares de poder neste campo.

O relato que define o perfil de um “gestor ideal” também expressa os sentidos atribuídos aos serviços prestados como uma forma de amparo “paternal”, como obrigações que se firmam entre pais e filhos numa hierarquia familiar: o filho obedece e o pai subsidia suas necessidades. Segundo Jovchelovitch (2000, p.39), nas formas populistas (paternalismo, assistencialismo) de gestão o líder é comparado a uma figura paterna generosa que se doa ao povo e que geralmente sabe de antemão suas demandas, pois está intimamente ligado a ele.

Esse relacionamento se consolida numa base em que “a relação entre o líder e a massa de seus seguidores é a chave para entender a dinâmica populista”, como analisa Stein (1987, p.130 apud Jovchelovitch 2000, p.38). A marca mais significativa desta relação é o personalismo, que aqui deriva de formas de assistencialismo, como a distribuição de medicamentos, por exemplo. Cabe ressaltar que a distribuição gratuita de medicamentos é uma prerrogativa do SUS e, portanto, não deve ser considerada uma prática assistencialista em si, mas sim um direito da população. O que ressaltamos aqui é o modelo que se constrói de relação com o Estado, o qual não toma a saúde como um direito, mas sim como uma benesse que depende do governante, configurando-se, portanto, em uma política de governo e não uma política de Estado.

(...) o canto da sereia dos projetos neoliberais, que, em nome de uma cidadania negada e de uma cesta básica de saúde, tem ofertado quase que como panacéia um médico de família, que a tudo vem resolver como um milagreiro. Desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessidade multidisciplinar deste agir. (Merhy, 2002, p.117)

Ao desenvolver um estudo sobre as formas de democracia participativa em Boa Vista das Missões, Ignácio (2006) define que as políticas públicas do município são elaboradas a partir das prioridades pensadas pelo poder executivo, de acordo com as verbas destinadas para cada área. O estudo de Ignácio (2006) afirma que a comunidade quase não participa ou pouco participa do planejamento, sendo que a grande maioria desconhece os planos de ação em políticas públicas, sem saber ao certo o que isso significa. As decisões sobre as políticas públicas ficam basicamente a encargo dos Conselhos Municipais (Saúde, Educação, Assistência Social, Agricultura) - não contemplando diversidade de opinião, pois os membros dos conselhos são indicados pelos gestores municipais e em alguns casos fazem parte das secretarias municipais. Tal situação indica que as políticas públicas neste município são instituídas mediante propostas pré-definidas, e como agravante, muitas vezes a população deixa de participar das reuniões que definem estratégias de investimento. Segundo apontamentos de Ignácio (2006), as intervenções administrativas em planos de ação são entendidas mais como assistencialismo do que como direitos inalienáveis de todo e qualquer cidadão.

Quanto à contribuição dos Conselhos Municipais – criados em decorrência de lei – para uma democrática gestão de políticas públicas, pode-se inferir que em Boa Vista das Missões estes conselhos não conseguiram desempenhar seu papel, em razão da estrutura operacional imposta pela administração municipal que não concedeu aos mesmos a devida autonomia (...) as decisões se antecipam às discussões, acabando por se realizar um trabalho mais burocrático do que de ação social. As atuações da maioria dos Conselhos ficaram limitadas a ações do poder público, não contribuindo na elaboração de políticas públicas e de projetos estratégicos para solução dos problemas locais de vulnerabilidade social e de natureza educacional. Os membros dos Conselhos, ao aceitarem as imposições do poder público, limitaram-se a reproduzir o modelo burocrático e paternalista do Estado brasileiro, um retrocesso neste aspecto. Por outro lado, o Conselho Agropecuário e Industrial, mais autônomo e atuante, possui influência nas decisões de governo, conseguindo organizar-se de forma sólida, com autoridade e reconhecimento para o cumprimento das funções e objetivos propostos. O fato de o município

possuir um perfil agrícola contribuiu para que todas as entidades ligadas a este Conselho tivessem representatividade e participação ativa. Os seus membros conseguem coletivamente e com clareza estabelecer estratégias para melhoria da propriedade por meio de uma relação de igualdade nas decisões. (Ignácio, 2006)

O estudo descrito acima, a única referência de pesquisa qualificada no município, define historicamente uma trajetória política que responde pelos efeitos pelos efeitos biopolíticos de gestão. Abrem-se fissuras para inserção dos dispositivos de controle quando a população não se implica nos processos de afirmação da cidadania.

Precipitado por uma cultura de não favorece os modos de participação, devemos considerar o fator de baixa escolaridade de nossa amostra⁵⁸: 10,5% analfabetos e 46,8% possuindo ensino fundamental, sendo que incompleto para a maioria.

	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
ESCOLARIDADE			
Analfabeto	18 42,9%	24 57,1%	42 100,0%
Ensino Fundamental	79 42,2%	108 57,8%	187 100,0%
Ensino Médio	49 52,7%	44 47,3%	93 100,0%
Ensino Superior	38 57,7%	29 43,3%	67 100,0%
Pós-Graduação	4 36,4%	7 63,6%	11 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

⁵⁸ Os dados relativos à escolaridade, principalmente no que se refere ao analfabetismo coincide com os dados apresentados pelo IBGE.

Como aponta a tabela, dos analfabetos entrevistados 57,1% consomem psicofármacos e dos que possuem ensino fundamental (completo ou não) 57,8% consomem psicofármacos. Podemos aqui estabelecer uma correspondência com a baixa participação nas políticas públicas, da mesma forma que esta situação contribui para a instalação de modos específicos de biopoder - como é o caso do dispositivo da medicalização.

Não queremos dizer com isso que a baixa escolaridade de nosso campo, por si só, seja responsável pela ausência da prática coletiva nas políticas públicas, mas contribui inevitavelmente para um afastamento participação na construção destas políticas uma vez que há uma alienação das noções de cidadania.

A problematização dos relatos baseada nas descrições sobre o atendimento, produz um entendimento sobre as formas de pensamento onde o assistencialismo constitui um viés biopolítico: o usuário não se queixa da falta de conhecimento técnico dos prestadores de serviços, do modo de assistência e ainda menos dos equipamentos destinados à saúde. A queixa do usuário refere-se à vulnerabilidade da tutela, atribuindo a responsabilidade de sua saúde ao município, produzindo continuamente uma noção de cuidado relacionada à uma exigência de proteção e de gradativa (des)responsabilização sobre os destinos de seus problemas. Tal situação torna-se claro em relatos como este, acerca da pergunta “*O que você acha do atendimento em saúde aqui da cidade?*”

Bem, é bem verdade que eles ajudam muita gente e o povo geralmente gosta. Mas com esta campanha de contenção de gastos que a prefeitura tá divulgando por aí, a *gente se viu pequeno*. Por exemplo, tem uns remédios que eu não posso comprar porque são muito caros, eu sempre comprava, levava a nota da farmácia e eles me reembolsavam. Agora disseram que não vão dar mais, pelo menos até estabilizarem as contas. Isso ficou muito ruim, quando eles (secretário da saúde) querem dão um jeito. Como é que fazem viagem de

Ducato (van para transporte coletivo) para levar apenas dois passageiros para Porto Alegre? Tinha que ser igual para todos. (Agricultor, 36 anos, entrevista 316)

Dos 400 entrevistados, 245 se mostram favoráveis ao serviço, 80 não deixam claro uma posição e 75 fazem queixas e/ou sugerem melhorias. Aquilo que poderia ser definido como queixa comumente aparece ligado à idéia de desproteção e/ou insuficiência (e não ineficiência) da presença do programa.

Este panorama descreve uma crise do modelo assistencial - embora as resistências não surjam na forma de uma recusa ao modelo - a queixa denuncia as falhas deste estatuto, principalmente quando rompe com o silêncio. O que poderia ser um modo de resistência emerge como um desejo de pertencimento ao sistema instituído. Diante destas forças, ocorre um distanciamento da possibilidade de produzir ações em saúde que não estejam vinculadas ao modo assistencialista de cuidado. O modelo de gestão em saúde que encontramos neste espaço é imperativo.

Silva Jr. (1998, p.120) aponta que os aspectos políticos e sociais assim como as propostas de saúde coletiva dão conta dos problemas gerados e diminuem a medicalização da sociedade na medida que discutem além da articulação intersetorial, a “autonomização” do paciente⁵⁹. Entretanto, verificamos aqui que a transição do modelo tecnoassistencial para o modelo da reforma sanitária não dá visibilidade à autonomia do paciente e como efeito, verificamos uma aproximação sem resistências ao modelo assistencialista. As narrativas analisadas no item que segue, oferecem melhor visibilidade para esta análise.

⁵⁹ Em termos foucaultianos poderíamos falar aqui de incremento da margem de liberdade.

9. Pertencimentos e Capturas: a Análise dos Enunciados

Um dos objetivos deste estudo é dar visibilidade aos enunciados que definem as transformações nas tecnologias de si e nos modos de cuidado que anunciam. Os enunciados deste campo se legitimaram pelas práticas e por esta razão apontam invariavelmente os lugares em que cada indivíduo se constrói nesta sociedade. Compomos estes enunciados no domínio dos acontecimentos discursivos presentes nas narrativas e nos dados coletados em setores administrativos do município, modos distintos e complementares de descrever regularidades. Segundo Billouet (2003, p.113) o enunciado requer um referencial, uma posição de sujeito, um campo associado e uma materialidade, não é visível, mas se caracteriza em frases e proposições, compondo assim um modo de linguagem.

Conforme Foucault (2005a), compomos um entendimento acerca de um campo de conhecimentos na medida em que consideramos um conjunto de enunciados através dos quais as categorias se constituem – objetos ou sujeito dos discursos. Como poderemos observar, as narrativas fazem emergir os acontecimentos discursivos presentes nos jogos de relações. As narrativas revelam, por exemplo, como se fomentam os vínculos na saúde, na educação, nas políticas públicas e nas relações de trabalho.

A partir deste modo revelador de investigação produzimos um entendimento daquilo que o sujeito constrói e efetiva no social e neste caso, como o dispositivo de medicalização se torna um dispositivo de controle legitimado pelo próprio sujeito. As narrativas expressam as condições ambientadas num setor público habilmente

empregador (se alguém não possui um vínculo de trabalho direto com a prefeitura, possui um familiar que possui) de modo que a prefeitura emprega 55% dos trabalhadores ativos da área urbana (Ignácio, 2006) – definindo os desdobramentos da relação institucional que se construiu em torno da máquina administrativa.

Encontramos reiteradamente nas respostas do questionário a figura do funcionário público, polarizando entre aquele que mais media palavras ou que mais se queixava. De certo modo, ele representa além do modelo de gratificação, aquele que promove positivamente a administração, a exemplo da resposta para a pergunta 23 do questionário *“O que você acha do atendimento em saúde aqui da cidade?”*

Acho que tanto a saúde como os outros setores do município são excelentes, o que vejo é que esta prefeitura faz de um tudo por este povo – é com remédio, transporte, construção, emprego. A nossa vida melhorou muito depois que Boa Vista virou município. Temos também a segurança de trabalho, salário, assistência integral em saúde - tudo porque como município podemos ter nossos próprios cargos e concursos públicos, sem precisar depender da boa vontade alheia. (Funcionário Público, 56 anos, entrevista 16)

Apontamentos com estas características evidenciam os itinerários das relações estabelecidas entre população civil e gestores, o que nos permite examinar as definições de cidadania política no município.

Nos espaços destinados à fala, nos aproximamos mais detalhadamente destas relações onde coabitam “fantasmas” político-partidários (modos persecutórios que fazem referências à dívidas eleitorais): contratações decorrentes de alianças políticas, disputas partidário-ideológicas e a união de todos estes fatores. O produto destas relações aparece numa rede enunciativa que coabita como o isolamento, desconfiança e outras características que demarcam a posição do sujeito ao falar.

Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos do poder, ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu. (Foucault, 2004e, p.183-184)

Em face a este estudo entendemos o consumo de psicofármacos (enquanto componente do dispositivo de medicalização) como uma das formas de expressão de uma gestão populista/assistencialista que contribui para legitimar tais relações entre os setores administrativos e a população civil, definindo um modo específico de contrato social. O populismo (Laclau,1977; Stein, 1987; Cueva, 1987 apud Jovchelovich, 200, p.38) “pode ser considerado como a instituição que na América Latina unifica vários elementos com o objetivo expresso de controle social marcando de modo político a transição das sociedades rurais do século XIX para as sociedades massificadas do século XX.” O Populismo estaria assim centrado numa política de integração das novas massas na política nacional sem perturbar o sistema existente. Deste modo é caracterizado fundamentalmente por: 1) a emergência de um líder que apela para as emoções da maioria dos cidadãos; 2) a recusa em assumir a noção de conflito social; 3) a defesa dos direitos de um Estado corporativo para governar a família nacional hierarquicamente.

A escuta dos enunciados presentes nas narrativas e que podem ser compreendidas a partir de formações discursivas – entendidas por Foucault (2005a, p.43) como regularidades (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações) – nos remete à compreensão das gratificações, idealização e bem-estar, em oposição ao direito cidadão entendido como uma forma ativa e crítica de participação. Podemos dar visibilidade a este pensamento através das respostas

relativas à pergunta “*O que você acha do atendimento em saúde aqui da cidade?*”

“Acho excelente, sempre que a gente precisa tem alguém para auxiliar. Não posso me queixar, nunca faltou nada, se não tem o recurso eles providenciam.” (entrevista 121)

“Acho bom, sempre tem remédios quando a gente precisa. Tem também atendimentos com especialistas quando é necessário.” (entrevista 117)

“Não sei o que seria deste povo sem este posto, eles dão tudo quanto é jeito para ajudar o povo que passa por necessidades (...) se viram mesmo, fazem coisas que eles nem teriam obrigação de fazer como reembolsar o valor de medicamentos comprados que não tem na farmácia do posto”. (entrevista 230)

“Olha o que eu sei é que eles ajudam muito o povo, principalmente os mais necessitados que não podem comprar remédios caros, bem eles praticamente dão tudo, o povo não teria muito a reclamar (...) (entrevista 247)

As declarações remetem à construção de uma sociedade amparada na cultura da bem-estar – como são entendidos os serviços públicos de saúde. Tais narrativas são reforçadas por comparações com municípios vizinhos, onde o serviço de saúde é precário e/ou faltam medicamentos. A propósito da pergunta 23, 104 entrevistados referiram (considerando pequenas variações gramaticais sem alterar a semântica) comparações a favor do serviço de saúde local:

“Sempre tem algo para melhorar, mas se for comparar com outros lugares a gente tem um programa de saúde muito bom.”

A população não apenas se sente gratificada pelo atendimento em saúde como passa a exigir cada vez mais condições de assistência – na forma de medicamentos, principalmente.

De outro lado, as narrativas expressam que o “não cumprimento” desse “dever” de atendimento às demandas da população é entendido como uma falha das políticas

de saúde. Neste sentido, Jovchelovitch (2000) aponta o fracasso nas instituições políticas devido aos efeitos de modos de sociabilidade próprios do paternalismo e do populismo – o que se reflete na vida pública. Aqui apresentamos uma declaração que ilustra o sentimento de abandono (característico de uma sociedade paternalista), onde o consumo é apontado como uma saída – conforme esta fala:

“Não adianta. Tem solução para o problema? Não tem. Eu sei porque tive depressão. O que poderia resolver tá fora de cogitação (...). Não importa o que os outros pensam. Pelo menos com a medicação tenho a chance de levar uma vida mais normal.” (Agricultor, 41 anos, entrevista 160)

A repetição de declarações como esta no estudo – os entrevistados elegem soluções que lhes poupem ao máximo as situações de desamparo – fez com que assistíssemos a um diagnóstico centrado no efeito do medicamento, afirmando inclusive as limitações para as soluções do problema. É possível reconhecer fragmentos de desespero, principalmente devido às dificuldades de organizar-se no seio desta cultura. Há por todos os lados uma visão global negativa da situação e os psicofármacos representam um modo de desconstrução deste panorama – característicos por sua ação efêmera mediante os sintomas. No populismo há uma negação da existência de conflitos – por se igualar às noções de povo, família e nação – constituindo sobre esta associação os modos de normalização. É possível observar a construção do entendimento de “normal”, definido pela adequação que o indivíduo encontra numa determinada forma de vida. Como define Serpa Jr. (2003), um meio é normal tomado com relação a um organismo, ou conjunto de organismos, se nele for possível para aquele ou aqueles, desenvolver melhor a sua vida e manter a sua própria norma. Com

isso, uma variação que poderia ser menos normativa em um determinado meio pode vir a tornar-se a mais normativa se alguma modificação se suceder naquele meio.

Paradoxalmente, se a medicalização instaura uma norma que contribui para os modos de normalização da vida, quando os mecanismos de acesso ao normal (o medicamento) desaparecem causam uma fissura na ação da norma e nos os processos de subjetivação.

Circunstancialmente, durante o mês de julho de 2006 a prefeitura municipal de Boa Vista das Missões determinou para todos os setores administrativos um programa de contenção de gastos financeiros e cortes no orçamento. Este “corte” se referia à novas contratações, auxílio-transporte⁶⁰, empréstimo de veículos, e principalmente, distribuição de medicamentos. Outras modificações também foram implementadas, como a redução do tempo de trabalho para turno único – das 07hs às 13hs. Neste período as entrevistas ainda estavam sendo realizadas e percebemos naquele momento uma flexão na fala, uma quebra na rigidez da linguagem que anteriormente compunham as narrativas. A vulnerabilidade sobre a redução de cargos (fato que poderia ter reafirmado a insegurança nas respostas) suscitou a possibilidade de que uma outra fala emergisse, menos tensa e mais reveladora.

Nesta direção, as declarações durante este período de “contenção financeira” definiram domínios mais claros: ora desamparadas, ora ressentidas, ora reveladoras estas declarações foram potencialmente complementares para nossa problematização. Numa das regulamentações impostas pelas medidas de contenção os funcionários públicos foram vetados de usufruir de atendimentos pelo SUS no Posto de Saúde – as

⁶⁰ É um auxílio nos custos de passagem rodoviária que os usuários recebem da prefeitura. A pessoa que necessita comprar uma passagem rodoviária fala diretamente com o prefeito para que este repasse uma autorização para a compra.

restrições respaldavam-se na justificativa de que, por serem beneficiários do IPERGS, estes funcionários não necessitariam utilizar o SUS usando as vagas de outros sem opções de acesso ao atendimento. Esta determinação causou insatisfação entre funcionários, como refere a funcionária pública de 42 anos:

Para a gente ficou ruim, pois aqui os médicos só atendem pelo posto (SUS), se a gente precisar consultar tem que sair da cidade, perdemos um dia de trabalho. Se precisamos de um remédio ainda podemos pegar no posto, mas não são todos os que tinham antes. Isso quer dizer que a contenção de gastos nos tirou o direito de usar a saúde pública, não entendi (...)⁶¹

Ao instituir uma nova postura de trabalho, atravessada por métodos de controle que escapam às formas de assistência regular, instituiu-se paralelamente um desequilíbrio entre gestores, funcionários e população civil. Alguns funcionários se valeram dos modos de controle instituídos para dar visibilidade a estas dissonâncias, a exemplo do técnico de enfermagem que trabalha na farmácia do Centro Municipal de Saúde:

Na minha opinião, 70% das pessoas que vem aqui na farmácia do posto pegar remédio não precisariam. É assim: se briga com o namorado, quer tomar antidepressivo, se está sem dinheiro que tomar diazepam. Qualquer probleminha que têm tomam antidepressivo, tomam lexotam. Isso é que eles (os gestores) tinham que controlar, não os horários da gente. Cada um sabe do seu trabalho. Mas tem aquela história : dar remédio agrada ao povo (...)" (Entrevista 376)

Na medida em que as narrativas eram construídas, era possível assinalar a institucionalização de algumas normas e em quais condições estas normas eram entendidas como verdades. No relato acima é possível demarcar a ambivalência que se construiu acerca do dispositivo de medicalização: sabe-se que nem sempre ele opera

⁶¹ Entrevista número 108.

segundo necessidades do corpo, da mesma forma que se sabe de alguma forma que a medicalização na condição de um dispositivo é uma tecnologia legitimada neste social. De algum modo (consciente ou não) os sujeitos assimilaram estas condições do social.

Ao apontarmos para esta flexão das narrativas, queremos dar visibilidade ao modo de vida político de nosso campo empírico. Mesmo que este modo não se defina completamente em torno da prática assistencial, está intimamente investido na produção da medicalização (aqui centralmente analisada via os mecanismos que caracterizam o consumo de psicofármacos) como um dispositivo que sustenta (e se sustenta em) discursos e legitima uma estratégia de gestão. O modo como se organiza hierarquicamente a vida político-social nesta sociedade aponta invariavelmente para o lugar dos dispositivos de controle que elegem a medicalização (não gratuitamente na forma de antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos) como a tecnologia do amortecimento.

Podemos pensar na expressividade de um ciclo, a partir da fala produzida pela pergunta *“Por que você acha que sente estas coisas que fizeram você tomar remédio? (explicação da origem dos sintomas)”*

Eu não sei ao certo se isso é depressão porque já vi pessoas piores do eu me sinto, mas tem uma tristeza que veio vindo, veio vindo e nunca mais se foi. Tem também o fato de que aqui em Boa Vista a gente vive muito isolado de tudo, das pessoas. Tem o trabalho, a igreja e só. Cada um vive sua vida, cuida do seu trabalho, do seu patrimônio e pronto. Eu também vivo assim, mas gostaria que fosse diferente, gostaria de conviver mais com as pessoas, saber o que acontece do lado de fora da minha casa, entende? Os remédios para dormir me ajudam bastante a enfrentar isso, e a gente ganha, para isso temos assistência, não posso reclamar. (Agricultora, 39 anos, entrevista 205)

Aqui podemos constatar os efeitos que este modo de vida produz, definindo uma existência capturada pela medicalização da vida. Neste ciclo, o sujeito medicado e

medicalizado não sente, não sofre, não se envolve consigo e não se envolve com os outros, a menos que se rompa este ciclo de limitação da liberdade presente nos modos de viver neste contexto social. Este relato corresponde às associações atribuídas ao assistencialismo: um alívio silencioso das dores da alma, das angústias existenciais e da autonomia, promovendo reiteradamente modos individualistas de vida.

O mapeamento de informações, declarações e o estabelecimento de um cotidiano neste campo empírico deram visibilidade à forma de “existir no mundo” de uma população que vive à luz do assistencialismo. Na existência de necessidade efetiva ou equivocada por uma razão de consumo há uma produção repetida deste ciclo: para todo o sofrimento, o consumo de psicofármacos; para o que se produziu por intermédio assistencialista, o silêncio. A análise deste ciclo nos permitiu entender a naturalização dos modos biopolíticos que emergiam nas falas. A biopolítica como forma de gestão do meio e dos indivíduos encontra na população de Boa Vista das Missões uma demanda por este tipo de investimento: produzir uma sociedade que usufrua do público - seja ele na forma de medicamentos, serviços ou cargos públicos – e com isso sustentar as formas de dominação/sujeição – a liberdade é restrita. Tal ciclo se reforça reiteradamente entre o governo e a população.

Verticalmente, a fonte deste sistema nasce dos programas federais repassados pelo município como o programa Bolsa Família⁶². Dos 400 sujeitos que participaram da pesquisa⁶³, 35 deles se beneficiavam do programa, sendo que todas as crianças destas

⁶² Programa do Governo Federal (2003-2006) que abriga quatro outros programas sociais: Bolsa Escola, Cartão Alimentação, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás). Trata-se de um programa condicional de renda – os beneficiários recebem dinheiro do governo e em troca têm algumas exigências como manter os filhos na escola e a carteira de vacinação em dia. Este programa de transferência de renda repassa de R\$ 15 a R\$ 95 por mês a 11,1 milhões de famílias no país.

⁶³ Não fazia parte do questionário este tipo de levantamento, porém a aproximação com esta realidade no decorrer das narrativas fez com que assinalássemos em cada entrevista quem eram os usuários do programa Bolsa Família.

famílias freqüentam escolas do município⁶⁴. Acrescido a este programa de transferência de renda, estas mesmas famílias recebem também subsídios municipais, tais como auxílio para a construção de moradias (material e mão-de-obra) e (ao menos até junho de 2006) dispensação de medicamentos dentro do programa (Centro Municipal de Saúde) e fora (medicamentos necessários que não fazem parte do programa adquirido em farmácias e pagos pela administração municipal) – entre estes os psicofármacos.

Mediante a falta trabalho (e, portanto, rendimentos) para os habitantes do município, faz parte do itinerário por um emprego a tentativa de um trabalho vinculado à prefeitura. Atuando através de algumas articulações políticas, a administração faz algo neste sentido, mesmo que seja um encaminhamento. Esta situação reforça a política paternalista entre município e sociedade civil (na medida em que os incentivos são escassos, se criam meios de trabalho neste campo), um modo compensatório para que não se perca a imagem de uma gestão preocupada com sua população.

Quando desaparece este tipo de “assistência ao trabalhador desempregado”, emerge um modo distinto de queixa/denúncia – visíveis nos relatos. Como podemos constatar na fala do entrevistado que está desempregado⁶⁵, 35 anos, na pergunta 23 (*O que você acha do atendimento em saúde aqui da cidade?*):

Pode até cumprir sua função dentro do que se espera de um programa, mas você já reparou que um posto de saúde, para uma cidade pequena como Boa Vista tem mais de 30 funcionários? Então, isso tem cabimento? E eu quero ver quem me convence que tem trabalho para todo este povo, ficam lá preenchendo as vagas e mamando nas tetas da prefeitura. Eu fiz o concurso e fui bem, mas como não entrei? Mas se você for analisar, vai ver que todas estas pessoas estão do mesmo lado político que o deles (os gestores)

⁶⁴ Desde 2002 as escolas municipais aderiram ao programa de ensino por ciclos. Neste programa o aluno não reprova dentro dos ciclos (são quatro), sendo que muitas vezes avançam as etapas sem completarem alfabetização ou freqüentarem o número mínimo de aulas exigidas.

⁶⁵ Entrevista 152.

A declaração acima se define por uma relação política em que de um lado o governo promove formas de populismo com programas de distribuição de renda e de outro lado, o produto desta cultura, em que se atribui aos governantes o dever de oferecer não apenas as condições para o trabalho, mas “o trabalho”. É possível vislumbrar a ambivalência na declaração: uma denúncia do sistema paralela a um lamento por não estar inserido nele.

O populismo materializado na forma de um programa que faz ações parecer gratificações – fornece as condições necessárias para que estes modos paternalistas se mantenham, situação que pode ser aplicada ao dispositivo da medicalização: de um lado opera mantendo o controle da situação, de outro, esconde a origem dos problemas que (possivelmente) desencadearam o consumo.

Se por um lado as estratégias de investimento para o desenvolvimento econômico e educação exigem um investimento a longo prazo, por outro se elege a aplicação de programas de retorno eleitoral a curto prazo – em âmbito nacional e local. Ao operar no modo assistencialista que atravessa e define modos de vida, produz-se o efeito de comodidade gerado pelo programa de transferência de renda. Como nesta fala para a pergunta 23 (*O que você acha do atendimento em saúde aqui da cidade?*):

Mais ou menos, eles às vezes são meios estranhos. A assistente social quer colocar minha mãe no asilo. Só que daí eu não recebo o benefício da aposentadoria, o dinheiro vai direto para o asilo. O neurologista não quis dar o laudo do meu filho para encostar ele como inválido, claro que ele tem problema na cabeça, faz dez anos que tá na segunda série... não é muito que a gente recebe, mas já ajuda. O que a gente recebe sempre são os remédios para a cabeça, disso não posso reclamar, nunca faltou o gardenal. Agora to vivendo com os 80 reais do bolsa família, é 40 reais por filho. Tem dias que trabalho tem dias que não, as patroas não são fáceis. Ainda bem que recebo da bolsa senão ia ficar difícil. (Diarista, 36 anos, entrevista 191)

Na mesma entrevista, sobre a pergunta 24 (*O que você acha do atendimento*

médico?):

“Olha, tem uns que ajudam a gente, mas outros não tão nem aí, ficam se negando a dar laudo, receita, pensam que a gente não sofre. Queria ver eles vivendo com 80 reais...”

Narrativas com estas características apareceram em diversos momentos da pesquisa e apresentam um conteúdo representativo. Os elementos presentes nestes relatos (que não aparecem livres ou independentes) se ligam ao funcionamento dos dispositivos que operam no sentido do controle: da medicalização e do assistencialismo como modo de governo. Para Foucault (2005a, p.31) a análise do campo discursivo é orientada de forma a compreender o enunciado na sua estreiteza e na singularidade de sua situação, de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer correlações com outros enunciados. Nestes relatos observamos a existência de regularidades que se definem pelos efeitos dos programas de transferência de renda: uma busca contínua pelos meios de favorecimento pessoal, sejam estes por um programa de benefícios, o pleito de cargos públicos, o uso compulsório dos serviços de saúde.

São práticas como estas que reproduziram historicamente o que Holanda (2006) chamou de “funcionário patrimonial” em que a gestão política se apresenta como assunto de seu interesse particular, de modo que as funções e benefícios relacionam-se aos direitos pessoais e não garantias jurídicas dos cidadãos.

Presenciamos assim um tipo de racionalidade e seus múltiplos efeitos: uma sociedade produzida de modo narcotizado, isto é, onde houver a benesse do governo para com a população haverá aprovação e sustentação desta prática biopolítica e onde

houver sentimento de “desproteção”, “abandono” e desfiliação haverá uma queixa (que não se constitui necessariamente como um modo de resistência). A esta desfiliação Castel (1998) atribui o mesmo campo semântico que a dissociação, a desqualificação ou invalidação social, um registro que vai se definindo numa trajetória genealógica - até entrar na zona frágil da vulnerabilidade. Castel (1998, p25) assinala também que há uma indigência integrada como a das populações assistidas, para a qual a ausência de recursos suscita um atendimento sob a forma de proteção próxima.

Em nossa problematização das políticas sociais, observamos a ausência de um incentivo efetivo para a melhoria das condições de vida. Esta conclusão emergiu de algumas situações em que práticas discursivas aproximavam a definição de um bom governo com a distribuição de cargos, transferência de renda e medicamentos.

Sob uma perspectiva ontológica, a indissociabilidade entre o indivíduo e o social presente na obra de Foucault (2004g) mostra que o primeiro não se constrói a partir de si próprio, mas que o segundo fornece as condições para que o sujeito se constitua. O Estado Neoliberal (mascarado num Estado Social) contemporâneo expande programas de transferência de renda, reforçados por benefícios distribuídos em períodos de campanha eleitoral, veiculação midiática da expansão por excelência, não seria tão surpreendente termos encontrado num município de 2.204 habitantes uma alta prevalência no consumo de psicofármacos. Neste sentido, consideramos o consumo de psicofármacos (nos 53% de nossa amostra) relacionados aos efeitos produzidos pelos modos de cidadania que problematizamos.

Sobre a distribuição de medicamentos, reafirmamos que não partimos de uma crítica, uma vez que se trata de um direito constitucionalmente adquirido (pela política do SUS), mas ao uso assistencialista que se faz dele como uma forma de fazer política

(propagandear e dar visibilidade às ações administrativas). Isso resulta numa desconstrução dos modos de participação democrática caracterizando uma pseudo-cidadania marcada pela passividade.

Recentemente, em agosto de 2006 foram criadas algumas estratégias pela administração municipal de Boa Vista das Missões dirigida à população, buscando uma reaproximação ao criar dispositivos de re-captura da “imagem da administração” caracterizada por benefícios múltiplos: o retorno à construção de moradias, pagamento de medicações, consultas e cirurgias (restritas no período de contenção financeira).

São estas integrações, distanciamentos e aproximações que permitem que o poder permaneça naquilo que o sustenta: a mobilidade - como define Deleuze (2005, p.81) “ao mesmo tempo locais, instáveis e difusas, as relações de poder não emanam de um ponto central ou de um foco único de soberania, mas vão a cada instante “de um ponto a outro” no interior de um campo de forças, marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistências (...) constituem estratégias e escapam as formas estáveis do visível e do enunciável”.

As estratégias não escapam às formações discursivas e regularidades enunciativas que definem a atuação do governo. Assim, cabe assinalar que durante o período de “contenção de gastos” neste campo (definido por aproximadamente quatro meses) o gestor municipal mantinha uma aproximação com sua população. Como nesta fala, durante o programa semanal da prefeitura na Rádio Comunitária:

Como todos sabem, o país atravessa um momento de crise financeira muito intensa e isso não se reflete de forma diferente em nosso município. O que acontece é uma extensão da crise. Apesar de nossa arrecadação ser regular, dependemos muito das verbas que vêm de cima (governo federal). Então a gente pede a colaboração de todos, para que contribuíssem, principalmente compreendendo as medidas de contenção financeira que tomamos para não

piorar a crise (...), meu muito obrigado e com a graça de Deus, estaremos aqui novamente na semana que vem.

Narrativas como estas apresentam registros de enunciados que se amarram e se fortalecem (como o desdobramento que faz emergir acontecimentos discursivos do governo federal), principalmente se relacionadas ao uso de instituições que predominam neste campo, como a fé (a esperança que deve permanecer) – uma saída estratégica para a imaculação da imagem. Nesta experiência, reconhecemos um gestor que conhece bem as regiões de fragilidade de seu povo, encontra saídas reconhecidamente aceitáveis pelo modo como se expressa (a aproximação com a linguagem do povo) e pela postura humilde, afastando os desafetos - que (partidariamente ou não) poderiam exigir transformações efetivas.

Encontramos neste contexto especificidades próprias da governamentalidade como uma mentalidade de governo que instaura a boa governança de si, da família e por conseqüência da população, estando o governo sempre atento às necessidades e fragilidades de seu povo. Conforme Foucault (2004L, p.286), a governamentalidade se organiza em torno da Razão de Estado entendida no sentido positivo e pleno: “o Estado se governa segundo as regras racionais que lhe são próprias, que não se deduzem nem das leis naturais ou divinas, nem dos preceitos da sabedoria ou da prudência; o Estado, como a natureza, tem sua racionalidade própria, ainda que de outro tipo. Por sua vez, a arte de governo, em vez de fundar-se em regras transcendentais, em um modelo cosmológico ou em um ideal filosófico-moral, deverá encontrar os princípios de sua racionalidade naquilo que constitui a realidade específica do Estado”.

A análise foucaultiana, se não define, nos ajuda a compreender aquilo que

presenciamos no campo acerca da gestão municipal: uma forma de governo que opera com o dispositivo da medicalização, por exemplo, no sentido de atender/suprir/controlar aquilo que seu povo tem de mais vulnerável. A vulnerabilidade, conforme Castel (1998) é aquela zona de alimento às turbulências que fragilizam as situações conquistadas e desfazem os estatutos assegurados. A permanência na zona de vulnerabilidade social, afetiva, política e econômica é também o que torna o dispositivo da medicalização um modo de subjetivação. É acerca deste modo de subjetivação que buscamos trazer no próximo item as falas que mais se aproximaram desta problemática.

9.1 Análise dos resultados cruzados e dos enunciados

Com o cruzamento de variáveis buscamos estabelecer relações entre o consumo de psicofármacos e enunciados, de modo que selecionamos os cruzamentos⁶⁶ estatisticamente mais significativos que pudessem dar maior visibilidade às questões que priorizamos neste estudo: o dispositivo de medicalização operando o tripé biopolítico de dependência, assistencialismo e individualismo presentes em nosso campo empírico.

Entre os consumidores de psicofármacos (212 pessoas – que equivalem a 53% dos 400 entrevistados) encontramos uma relação significativa com a categoria sexo. Dos consumidores há uma prevalência de consumo de 64,8% para as mulheres e 36,5% para homens.

SEXO	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Masculino	106 63,5%	61 36,5%	167 100,0%
Feminino	82 35,2%	151 64,8%	233 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Neste aspecto, as mulheres que parecem dominar mundialmente as estatísticas de consumo de psicofármacos, também aparecem como maioria em nosso campo – o

⁶⁶ As tabelas completas dos cruzamentos de variáveis encontram-se nos apêndices.

que confere certa feminilização ao consumo (a figura emblemática da histérica de Freud permanece). Encontramos traços de uma cultura moral e religiosa repressiva – em mulheres do meio rural e urbano – onde ainda predomina uma hierarquia familiar: homens que atribuem certa feminilização ao sintoma, principalmente descrito por situações em que “quem consome psicofármacos na casa” é a mulher. No entanto, independente do sexo, cada sujeito elege tecnologias distintas para dar conta de seu sofrimento. Aqui, capturamos um modo de compreensão sobre a origem do sintoma:

Eu tive depressão pela primeira vez depois que minha mãe se matou, foram anos difíceis e naquela época a gente não sabia direito o que estava passando. Hoje me sinto melhor em relação àquela época, mas estão eu tomo antidepressivo porque sofri muito com a saída da minha filha de casa e com os problemas que tivemos com meu filho desde a morte do pai. A gente vive para a família e dos momentos felizes, temos poucos. (Vendedora, 42 anos, entrevista 140)

A partir desta fala percebemos em que domínios este sujeito situa a relação de felicidade ou de sofrimento (possivelmente a entenda como algo contínuo), mas acima de tudo, dimensiona na estrutura das relações familiares (tendo em vista a responsabilidade que culturalmente cabe à mulher) a equivalência de bem-estar. Também relacionado aos domínios sexo/consumo, assistimos aos modos específicos de resistência ao consumo, definindo fragilidade para aquele que cede:

Minha mulher teve ao durante um ano, ela correu por vários lugares, teve vários tipos de tratamento e gastamos uma nota com remédios. Claro que não é fingimento, mas se a gente der atenção a todos os problemas que aparecem a gente se mata. Eu enfio a cabeça no trabalho, saio da prefeitura e vou para a empresa, quando não estou trabalhando vou pra o futebol, não faço a menor idéia do que seja esse negócio de depressão. (Funcionário Público, 38 anos, entrevista 367).

No entanto, nesta mesma casa, a esposa entrevistada referia as causas de seu

adoecimento às tensões do trabalho, à ausência do marido que voltava para casa somente para dormir e ao sentimento de desamparo produzido por esta situação (especificamente a ausência de escuta). Tal situação remete ao fato de que cada pessoa elege uma tecnologia de cuidado, por razões que buscamos problematizar neste trabalho. Nosso estudo apresenta o consumo de psicofármacos como uma tecnologia predominante sobre outras formas de cuidado, e que, por um conjunto de fatores assim se estabelece.

No que se refere ao uso das tecnologias de medicalização associadas à profissão/ocupação encontramos uma prevalência significativa nos agricultores: dos 400 entrevistados, 94 são agricultores sendo que destes, 45 consomem algum tipo de psicofármacos⁶⁷ (na maioria dos casos ansiolíticos para conter sintomas de insônia).

TRABALHO CATEGORIZADO	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Desempregado	5 83,3%	1 16,7%	6 100,0%
Agricultores	49 52,1%	45 47,9%	94 100,0%
Estudantes	10 76,9%	3 23,1%	13 100,0%
Profissionais Liberais	6 42,9%	8 57,1%	14 100,0%
Prestadores de serviços	32 56,1%	25 43,9%	57 100,0%
Funcionários públicos	26 47,3%	29 52,7%	55 100,0%

⁶⁷ A relação é estatisticamente significativa quando comparada ao consumo em outras ocupações.

Professores	14 51,9%	13 48,1%	27 100,0%
Aposentados	12 24,0%	38 76,0%	50 100,0%
Empresários	16 57,1%	12 42,9%	28 100,0%
Não sabe	0 0,00%	2 100%	2 100,0%
Do lar	18 33,3%	36 66,7%	54 100%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Esta análise a partir do trabalho nos aproximou das correspondências, entre solidão e consumo (próprias de quem trabalha em lavouras), além das crises do setor agrícola, responsáveis por inúmeros casos (relatados) de adoecimento psíquico. Nos últimos três anos, o setor atravessou um período de estiagens, fazendo com que os agricultores acumulassem desemprego e dívidas bancárias. A agricultora de 51 anos constrói uma relação do adoecimento com esta problemática ao relatar as causas que atribui ao consumo de psicofármacos:

Todos nós temos problemas pessoais, eu mesma me medico pelos meus problemas, mas sobre os outros eu acho que tem muito a ver com os problemas que a gente vê aqui nas lavouras. Teve muita gente que faliu, principalmente naquela seca que aconteceu entre 2004 e 2005 e daí a agente via gente deprimida por toda a parte. Alguns agricultores fizeram empréstimos que até hoje estão negociando e muitos que empataram o dinheiro do investimento querem abandonar as terras. Daí também tem o outro lado, que do abuso: muitos sem-vergonhas se inscrevem no Pronaf e não querem mais saber de nada. A prefeitura repassa o Pronaf e quando os fiscais aparecem, estes agricultores mostram a lavoura de um vizinho que foi afetada pela seca como se fosse a sua. E pior, ainda vem pegar remédio no posto (...) (Entrevista 83)

A entrevistada sinaliza, a seu próprio modo, um julgamento da situação: há um fator individual e outro social que desencadeia os sintomas de sofrimento, mas se naturalizou também a busca por soluções que impliquem no uso inapropriado do bem público para resolver os problemas. São duas tecnologias distintas, mas as duas, como a própria entrevistada refere se encontram num ponto comum – a benesse. Há ainda a constituição de uma cidadania de forma equivocada, mais voltada à exploração inapropriada, como define a entrevistada. Esta fala reforça a análise construída ao longo deste texto e podemos concordar com Foucault (1977) quando diz que as práticas discursivas dizem muito mais respeito ao coletivo do que ao individual.

A baixa renda ou dificuldade de se organizar dentro de um orçamento mínimo aparecem como fatores explicativos para os sintomas de depressão (e decorrente consumo), exatamente por este contexto social ser caracterizado por desigualdades marcantes na distribuição de renda: há poucos “grandes proprietários de terra” e muitos empregados neste setor que não ganham mais que dois salários mínimos. De nossa amostra (400 pessoas) 240 pessoas ganham entre 2 e 5 salários mínimos (sendo que destes 125 consomem psicofármacos). Daqueles que não possuem renda própria decorrente do trabalho ou outras fontes (68 pessoas), 40 pessoas consomem psicofármacos. Dos 59 entrevistados que ganham até 1 salário mínimo, 35 consomem psicofármacos.

Nas narrativas que abordam a problemática de problemas financeiros (e muitas o fazem) podemos relacionar a categorização da renda relacionada com à adesão da medicalização como uma tecnologia relacionada aos fatores custo, acessibilidade e eficácia.

RENDA	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Sem renda própria	28 41,2%	40 58,8%	68 100,0%
1 salário mínimo	24 40,7%	35 59,3%	59 100,0%
2 a 5 salários mínimos	115 47,9%	125 52,1%	240 100,0%
6 ou mais salários mínimos	21 63,6%	12 36,4%	33 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Aliado a este fator, foi no domínio das crises financeiras que encontramos o discurso de vitimização produzida pela doença: o próprio sujeito se penaliza e dá visibilidade pública à sua dor e sacrifícios porque sabe que isso produz compaixão e que é neste domínio que as instituições políticas colocam em ação o dispositivo da medicalização (na dispensação de medicamentos e na livre associação com o assistencialismo) não apenas como tecnologia de cuidado, mas como compensação. No relato que segue, a entrevistada expressa seus sentimentos e reafirma os apontamentos desta análise:

“Nossa vida é muito difícil. Eu tenho muitos problemas de saúde e meus filhos não me ajudam. Não trabalho há muito tempo e vivo de aposentadoria que não cobre as despesas. Em compensação, graças à Deus e à prefeitura que sempre ajudou, eu tenho todos os remédios que preciso. O prefeito também mandou construir esta casinha que eu moro, antes era um puxado, agora tem até banheiro. Tanto pedi que consegui, expliquei que sempre fui uma pessoa doente e sem dinheiro a gente não faz nada, mas como que ia trabalhar se era doente? (...) Mas ainda bem que eles dão tudo e se depender de mim sempre vou votar neles para eles continuarem me ajudando.” (Aposentada, 71 anos, entrevista 70)

Além de todos os elementos que compõem enunciados definidos pelo assistencialismo produzidos de forma compulsória e compensatória neste campo, devemos considerar o acesso à escolaridade definido por este funcionamento, ou seja, baixa escolaridade e elevado índice de analfabetismo compõem a rede de elementos que configuram a rede de consumo. Dos 400 entrevistados, 42 são analfabetos e entre estes, 24 consomem psicofármacos (57,1%) sendo que 187 pessoas dos 400 entrevistados possuem ensino fundamental (incompleto/completo). Neste grupo também encontramos um consumo expressivo de psicofármacos (57,8%).

ESCOLARIDADE	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Analfabeto	18 42,9%	24 57,1%	42 100,0%
Ensino Fundamental	79 42,2%	108 57,8%	187 100,0%
Ensino Médio	49 52,7%	44 47,3%	93 100,0%
Ensino Superior	38 57,7%	29 43,3%	67 100,0%
Pós-Graduação	4 36,4%	7 63,6%	11 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

A desinformação ou o desconhecimento desencadeia muitas vezes na construção de um entendimento específico sobre saúde/doença/cuidados.

Acerca desta situação podemos verificar na fala da dona de casa, 41 anos,

analfabeta:

“Meu piá tem uns ataques fica todo duro, levei ele no médico e médico receitou umas pastilhas que eu não sei o nome, mas quando ele tem os ataques eu dou. Não é sempre que ele tem, acho que tem que dar só quando tem ataques porque se eu dou sempre ele fica bem mal”. (Entrevista 307)

O medicamento em questão (que a mãe conseguiu encontrar na casa depois algum tempo) é o haloperidol (utilizado para crises psicóticas e convulsivas). Por tratar-se de uma criança de 10 anos com um diagnóstico de crises psicóticas⁶⁸, o tratamento deveria ser acompanhado continuamente, dada a circunstância. No entanto esta mãe aparentava naturalidade com sua desinformação, pois possivelmente desconhecia ou não dimensionava a seriedade da situação. A entrevistada não consome psicofármacos, relatou que fuma e consome álcool quando precisa acalmar-se. O filho que consome não aparece em nossos registros amostrais (devido à menoridade), mas trazemos este relato por tratar-se de uma realidade de campo que ilustra a relação entre o consumo e a baixa escolaridade (no sentido que o acesso ao conhecimento técnico referente ao uso de medicamentos e seus efeitos é limitado). Como uma prática própria da pesquisa-intervenção – onde o pesquisador também promove transformações no meio em que atua – encaminhamos (através do PACs) a família para avaliação e acompanhamento do programa de saúde local.

Este cruzamento (escolaridade/consumo) reforça a problematização das tecnologias de si neste contexto social. Nas situações que se caracterizam pela baixa escolaridade percebemos que a medicalização é uma tecnologia eleita por passar simultaneamente pelo saber médico e pelo programa de saúde (dispensação de

⁶⁸ Estas informações foram confirmadas através da ficha do paciente no posto de saúde e as agentes comunitárias foram alertadas para verificar esta situação.

medicamentos) transformando o consumo no aniquilamento da dor.

De outra forma, encontramos a existência de outras tecnologias (álcool e outras drogas) que poderão desencadear no consumo de psicofármacos (como tratamento) adiante. Na pesquisa realizada em 2004⁶⁹ encontrou-se o consumo freqüente de álcool e outras drogas em um terço da população entrevistada.

Isso nos remete à circularidade de tecnologias que possuem características distintas, mas respondem a um mesmo fim: aniquilar a dor ao mesmo tempo em que distancia reflexões sobre os modos de vida dominantes. Mesmo que haja um empreendimento do município sobre a participação popular nas políticas públicas, há de se considerar a existência de uma comodidade com as resoluções dos conselhos municipais (como descrevemos anteriormente), uma postura onde as condições de autonomia se esvaziam gradativamente e possibilitam a instalação de dispositivos de controle/dominação.

Os enunciados revelaram uma racionalidade específica e seus múltiplos efeitos: na medida em que a população não elege tecnologias voltadas aos processos de autonomia, legitima o exercício do biopoder e permanece presa a estes modos de dominação.

⁶⁹ O resultado desta pesquisa encontra-se no Anexo 1.

10. Apontamentos finais

Considerando nossa pergunta, a ser contextualizada e respondida nesta dissertação “*De que forma o dispositivo da medicalização, no que se refere ao consumo de psicofármacos, agencia a produção de subjetividade em Boa Vista das Missões?*” buscamos situar e desenvolver todos os elementos que pudessem ser relevantes neste campo no sentido de entender e problematizar estes agenciamentos. Tratamos portando de um contexto em que os agenciamentos se definem pelos modos como o sujeito é capturado pelo dispositivo da medicalização. Conseqüentemente isso nos direcionou a compreensão do funcionamento deste meio em que o sujeito atua e é produzido, buscando assinalar e contextualizar o consumo de psicofármacos (enquanto componente do dispositivo de medicalização) em Boa Vista das Missões.

A escolha por um recorte tão pleno de especificidades para analisar o consumo de psicofármacos como tecnologias de si materializadas nos corpos e naturalizadas nos coletivos permitiu contextualizar os modos de subjetivação principalmente pela permanência no campo (seis meses). Nesta trajetória em que buscamos uma abordagem genealógica⁷⁰, experienciamos a desconstrução dos saberes legitimados no social entendidos como “o que leva uma população específica legitimar modos de cuidado (agenciados pelo dispositivo da medicalização) que as afastem do sofrimento de diversas origens (depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas, tristeza)” em detrimento de uma análise crítica. Esta análise se refere às

⁷⁰ Genealógica ao considerar os traços de remissão, identificações e correspondências desta trajetória, e expressivamente a reedição desta historicidade de um outro jeito.

formas de enfrentamento do sofrimento mais coletivas, que pudessem interferir na produção deste ciclo de silenciamento, ansiedades e angústias.

Se a perspectiva inicial deste estudo esteve centrada no “consumo” como maior atravessador analítico, a experimentação com o campo nos fez perceber que este foi *um dos* analisadores de um contexto sócio-político pleno de variáveis. Apesar do fator consumo sendo pressuposto expressivo de um campo permeado/construído por enunciados que o definem (e que por esta razão, aparece no texto como interior ao dispositivo de medicalização) consideramos que se tratava de uma das engrenagens do modo biopolítico que atua neste campo.

A pouca familiaridade da população com a presença de pesquisadores e o receio que identificava a pesquisa com a prefeitura, causou no princípio certo estranhamento mediante este trabalho. Por esta razão, foi necessário estabelecer formas de vínculo que inspirassem credibilidade. Nesse registro, criou-se um espaço de escuta onde os entrevistados pudessem posicionar-se à vontade para que a palavra emergisse (quando isso não foi possível, o silêncio demarcou o não dito que compõe o campo das práticas discursivas). A instalação do que poderíamos chamar de um “espaço de confiança” partia do rompimento gradativo de um “itinerário de desconfiança”. Ao desconfiarem, os sujeitos atribuíam as declarações (principalmente as que questionavam o atendimento em saúde) a uma forma de “depoimento”, e isso, no modo de governo marcado pelo assistencialismo-dependência, relacionava-se a “falar mal de quem/do que lhes oferecia garantias”. O ato de emitir uma opinião sobre o programa de saúde, na condição de uma posição, muitas vezes era entendido como ingratidão. Palavras como “pecado”, “maldade” foram presentes nas narrativas, livremente associadas à palavra “queixa” – noções que nos auxiliaram no entendimento da

interdição da linguagem.

A posição do sujeito de nossa investigação nos atentou para a necessidade de criar formas outras para a intervenção, mais apropriadas a este contexto institucional. Esta experiência foi mais reveladora do que a definição do corpus de pesquisa possa ter expressado, passando inclusive pelas estratégias de aproximação do campo - condição para o estabelecimento de um cotidiano, sendo necessário, de alguma forma, pertencer a este meio.

Num primeiro momento, o objetivo da pesquisa centrava-se na especificidade do consumo e como a situação se produzia. No entanto, o trabalho em campo foi apontando gradativamente regiões onde se situavam acontecimentos, que passaram a ser priorizados por fazerem emergir os agenciamentos que constituíram o consumo de psicofármacos no interior do dispositivo da medicalização.

As narrativas produzidas na pesquisa (totalizadas em 2.400 respostas abertas - separadas em seis perguntas para cada entrevistado) foram cuidadosamente selecionadas de modo a compor, no ínterim destes relatos, a expressividade de enunciados que dão sentido a forma de existir no mundo em Boa Vista das Missões. Cada uma das narrativas nos remetia à busca daquilo que habita no interior de uma cultura.

Neste sentido, partimos daquilo que fundamenta a inserção dos psicofármacos em nossa cultura para entender as dimensões que ocupam neste contexto (e também para entender sua efemeridade e complexidade). Tão presentificados no contemporâneo, os psicofármacos aparecem expressivamente na produção científica da bioquímica, (nano)tecnologia, farmácia, medicina entre outros saberes. Aqui o psicofármaco aparece no interior de um dispositivo - o da medicalização. Almeida *et al*

(1994) estabelecem uma crítica de que poucas são as produções científicas que respondem a este tema como uma problematização das práticas sociais – o que conduz os pesquisadores brasileiros a lançarem mão de estatísticas e literatura internacionais. Nossa intenção foi se aventurar neste tipo de análise.

Cabe ressaltar que, ao pretermirmos uma explicação racional para as razões que elevaram o consumo de psicofármacos nesta comunidade (como poderíamos ter feito se nos restringíssemos à análise estatística das variáveis eleitas para o levantamento), adentramos no espaço constitutivo das políticas de saúde. Deste modo, nos aproximamos dos sentidos produzidos naqueles que fazem uso destas tecnologias, no intuito de produzir algum efeito, mesmo que na forma de uma inquietação.

Na condição de uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, o consumo de psicofármacos aparece principalmente nos (des)caminhos desta investigação, onde a instalação desta (“mágica”) química no organismo (antidepressivos e ansiolíticos principalmente) emerge como um veículo de acesso à saúde. Como aponta Lefèvre (1992) há uma correspondência que o sujeito estabelece ao consumir medicamentos: é uma forma de produzir equivalências às noções atribuídas à saúde e de gerar pertencimentos de normalização legitimados socialmente.

A experiência de campo deu visibilidade às faces desta nova saúde, cujos critérios estão baseados nos modos de negação da crise, transformando o consumo de psicofármacos em tecnologias de si que limitam a liberdade dos sujeitos.

Contribuiu para a instalação destas tecnologias de si, a legitimidade de um saber médico adequado às condições biopolíticas. Nos registros sociais deste campo, a figura do médico (e do governo municipal, pois a figura da medicina só emerge neste lugar quando é eleita como uma forma de governo e se torna instrumento do Estado) aparece

como centralizador do conhecimento sobre saúde/doença e regulador das condições de cuidado. Conforme Foucault (2004a p.12) “cada sociedade tem seu regime de cuidado, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos do discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as distâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro”.

Neste sentido, tratamos de um contexto social definido hierarquicamente por posições de saber, conhecimento e poder. Podemos analisar mais claramente estes jogos de poder na fala de um médico do sistema público local:

“eu já comprei muita briga trabalhando aqui por conta deste problema da medicalização, já disse que não adianta “entupir a farmácia” de remédio e não criar programas eficazes para uma conscientização. Mas a coisa parece vício e não muda. Por exemplo, temos muitos alcoolistas, aí tem os medicamentos, e isso ajuda até certo ponto, mas precisava ter grupos de apoio ao dependente e à família. Isso seria mais efetivo, garantiria mais estabilidade, é diferente do que fazemos que é solução circunstancial e não contínua. Mas vai convencer os gestores disto (...) Só nos resta trabalhar com o que temos.”

Nesta colocação fica evidente a existência de uma posição/produção crítica acerca da problemática – do mesmo modo que é evidente o aprisionamento dos profissionais ao sistema, o que circunstancialmente os torna mantenedores de tal problemática. A utilização do medicamento é prática central no que se refere às políticas de saúde (razão pela qual continua sendo prescrita), mesmo que sejam consideradas suas limitações. Esta noção de cuidado se instalou de modo tão efetivo que o médico não é o ator principal do ato de prescrição, ele apenas participa de uma rede biopolítica do governo com a população, o que determina modos específicos de

poder. De acordo com Foucault (2004a) “não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos; qual é o seu regime interior de poder; como e porque em certos momentos ele se modifica de forma global”.

No exemplo da declaração sobre a pergunta 24 “*O que você acha do atendimento médico*” encontramos a demanda por uma tecnologia que não escapa ao uso do medicamento, anulando possibilidades outras de intervenção (como aquelas previstas pelo médico). O profissional se sabe “preso” a tal situação, mas não prevê investimentos em modos de cuidado que escapem esta engrenagem:

“Acho que o médico tem que ser responsável dar o medicamento certo, fazer o diagnóstico certo, porque medicação errada ninguém merece... uma medicação é tudo que pode dar certo ou errado, e eles têm responsabilidade sobre isso”.
(Entrevista 111)

O uso do medicamento se tornou central no dispositivo da medicalização, e esta tecnologia passa a ordenar a instituição médica como um todo. No entanto, se este saber médico fixado na medicalização se legitimou nesta sociedade, é porque ele encontrou condições apropriadas para instalar-se. Tais condições se definem pelas fissuras possíveis para que esse poder (na condição de um saber) se instale e se intensifique. Os lugares onde o poder atua, define e reproduz modos de vida foram ganhando visibilidade justamente a partir de domínios deste campo onde ocorre a interdição da palavra. Neste sentido, a interdição da linguagem como um elemento interior ao dispositivo da medicalização contribuiu para a normalização desta tecnologia e para o exercício de um modo específico de biopoder – o controle dos corpos através do uso do medicamento.

A interdição da linguagem emergiu principalmente em falas situadas num circuito repressivo: restritas e cuidadas, muitas vezes na declaração de que não gostariam de participar, pois não tinham nada a dizer. Nesta pesquisa, as recusas não são atribuídas às variáveis específicas (sexo, renda, escolaridade, ocupação, etc.), pois apareceram indistintamente ao longo do processo.

Este aspecto constituiu-se num importante analisador, pois, conforme define Foucault (2005a: 28) “tudo o que o discurso formula já se encontra articulado neste meio-silêncio que lhe é prévio, que continua a correr obstinadamente sobre ele, mas que ele recobre e faz calar. O discurso manifesto não passaria afinal de contas, da presença repressiva do que ele diz, e esse não dito seria um vazio minando, do interior, tudo o que se diz”. E foi exatamente no interior de recusas, meias-palavras e no próprio modo arredo de linguagem que percebemos nos sujeitos entrevistados ligações produzindo os “não-ditos” no interior dos discursos.

Observamos que, com pequenas variações, a questão 23 “*O que você acha do atendimento em saúde aqui da cidade?*” desencadeou uma expressão que se repetiu reiteradamente (em 87 entrevistas):

“Acho que está bom. Não tenho do que reclamar.”

Consideradas no levantamento de pesquisa, destas 87 pessoas, 71 delas possuíam vínculo direto ou indireto (pessoal ou através de algum familiar) com a prefeitura municipal. Para Foucault (1977, p.30) o silêncio surge em situações como estas como modo de intensificar o poder:

“O próprio mutismo, aquilo que se recusa dizer ou que se proíbe mencionar, a discrição exigida entre certos locutores não constitui propriamente o limite absoluto do discurso, ou seja, a outra face de que estaria além de uma fronteira rigorosa mas, sobretudo os elementos que funcionam ao lado de (com e em relação às) coisas ditas nas estratégias de conjunto. Não se deve fazer divisão binária entre o que se diz e o que não se diz; é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são distribuídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discrição é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apóiam e atravessam os discursos.”

Caracterizou-se desta forma um modo de discurso múltiplo, entrecruzado, hierarquizado e articulado. Observou-se a que as instituições (educação, religião, saúde, trabalho) legitimadas neste campo social, se fortalecem num conjunto de saberes e práticas com efeitos de estruturação das relações sociais. Este campo de reciprocidade/força pode ser encontrado no interior de uma fala:

“O que eu posso dizer (...) só posso dizer que seria até um *pecado* reclamar do atendimento na saúde. Depois que sofremos com a falta de estrutura, *recebemos a graça* deste posto de saúde e não podemos abrir a boca para reclamar. *Aprendemos a dar valor aos médicos, obedecer* suas indicações (fazendo exames e tomando os remédios que eles determinam) e *pedir a Deus* para que isso nunca nos falte.”(Aposentada, 76 anos, entrevista 79)

Situamos no interior desta fala interconexões produtoras de sentido que, se não determinam contribuem para que a medicalização enquanto uma tecnologia legitimada pelas instituições adquira cada vez mais o estatuto de normalidade. A fala, neste sentido, revela como um entendimento parte dos modos de pertencimento às instituições que fazem com que o sujeito reproduza referenciais ao pedir permissão, penitenciar-se, sofrer, gratificar, agradecer, silenciar-se, legitimar, consumir, rogar e prosseguir. Foi, portanto, nos interstícios de uma declaração que “não queria se declarar” que emergiu os elementos mais expressivos de um enunciado. A interdição da

palavra se legitima através de mecanismos que se constituíram historicamente neste campo.

Do mesmo modo, devemos considerar os mecanismos coercitivos presentes neste campo, regiões em que qualquer referência crítica à administração municipal possa significar a vulnerabilidade do emprego – mesmo que não esteja presente na forma de uma lei, a interdição da opinião se legitima no risco do desemprego. Como define Foucault (1977, p.21)

“(...) mutismos que de tanto calar-se, impõem o silêncio. Censura.”

Uma situação característica que pode ilustrar esta discussão é o caso de uma entrevistada que após participar da pesquisa e opinar sobre o programa entrou em contato⁷¹, e exigiu preocupadamente a devolução do termo de consentimento que havia assinado e solicitou exclusão de sua participação.

Tal situação fez com que modificássemos o consentimento substituindo a expressão “políticas públicas” por “ações de saúde” uma vez que o termo anterior parecia provocar uma aproximação com “ações politiquieras”. No caso da desistência que descrevemos o determinante foi a palavra política – demonstrando o quanto este campo é atravessado pela “política” e que justifica de certa forma o viés desta análise.

Em face a este analisador, atentamos cada vez mais para o não-dito e suas construções simbólicas presentes neste campo. O dispositivo da medicalização utilizado no domínio do cuidado de si também construiu uma forma de mutismo – o

⁷¹ No Consentimento Livre e Esclarecido, presente no Anexo 2, consta sobre as garantias de sigilo e anonimato, define a possibilidade de desistência e dispõe do contato dos pesquisadores para qualquer esclarecimento.

silêncio e todos os enunciados contidos nos modos discursivos e não-discursivos, caracterizando este como um mecanismo⁷² de silenciamento no interior do dispositivo. Neste sentido, a medicalização instala a tolerância e, enquanto as emoções estiverem controladas, dificilmente serão instaladas formas de resistência coletivas.

Conforme Foucault (1977) um modo de dominação não se estabelece naquele que fala sobre uma verdade⁷³, mas naquele que escuta e cala, não do que sabe e responde, mas do que interroga e supostamente ignora:

(...) é somente mascarando uma parte importante de si mesmo que o poder é tolerável. Seu sucesso está na proporção daquilo que consegue ocultar dentre seus mecanismos. O poder seria aceito se fosse inteiramente cínico? O segredo para ele não é da ordem do abuso, é indispensável ao seu funcionamento. (Foucault, 1977, p.83)

Na construção de nossa abordagem com no campo, cujas vicissitudes foram definidas principalmente por estes enunciados, percebemos que os silenciamentos evoluem para o individualismo. Esta perspectiva conduziu para a constatação que atribuímos à característica sócio-cultural e geográfica deste pequeno município: há um esquadramento do indivíduo pela segregação dos lares. O sujeito que habita nosso campo empírico ganha visibilidade desta forma: ele constrói uma história no interior do seu lar, arranja e dispõe sua casa confortavelmente e neste ambiente permanece isolado com sua família. De lá ele vê o mundo: ou pela televisão ou pela varanda. Ao caminhar pelas ruas observamos uma situação característica: as casas estão sempre fechadas e, independente do horário as ruas permanecem vazias – onde as pessoas circulam apenas em decorrência de alguma necessidade. Tais apontamentos foram

⁷² Tal dispositivo atua como um princípio simultaneamente inibidor e mantenedor de uma forma específica de poder.

⁷³ Embora não possamos esquecer que as formas de falar a verdade já estão inseridas em jogos de poder que demarcam os modos de dominação e definem as regras de legitimação de um saber.

reforçados a partir das narrativas que expressam a relação do sujeito com seu espaço de (não)circulação:

“Acho que um dos fatores que leva as pessoas a tomarem estes remédios é o fato de que não existe nada para fazer (lazer) além de assistir televisão, ir na pracinha ou numa festa que tem de vez em quando. Na maioria das vezes a gente fica em casa. Eu não tenho problemas de depressão ou insônia, mas as vezes fico meio assim, não sei dizer o que é. Me sinto muitas sem vontade para nada, a gente não tem estímulo de convivência, e de alguma forma, já se acostumou a não ter nada para fazer, por isso todo mundo aqui é meio assim, fica mais por casa, entendeu? (relato de um estudante sobre o que entende das razões do consumo, definindo em seu entendimento o motivo pelo qual as pessoas se isolam). (Estudante, 19 anos, entrevista 172)

Paralelamente à definição que o sujeito atribui a seu território também diz das condições que o fazem pertencer a estes territórios e que aqui reforçam/constroem formas de individualismo específicas desta localidade. A partir desta contextualização, podemos estabelecer uma relação entre o individualismo e uma anestesia social que foi naturalizada. A produção de sintomas tão comuns como a melancolia e o embotamento podem ser entendidos como resultantes e/ou resultados do enclausuramento destes sujeitos, desencadeando modos individualistas. Neste sentido, mesmo que as pessoas não consumam psicofármacos elas funcionam de uma forma muito próxima àqueles que consomem e por isso produzem discursos muito parecidos, porque afinal, estão inscritas num mesmo território de pertencimento.

Nardi (2003) assinala a existência de um deslocamento da ética do trabalho para a estética⁷⁴ do consumo caracterizada pela necessidade de satisfação imediata (Bauman apud Nardi, 2003). Tal situação produz modos de individualismo no consumo,

⁷⁴ Segundo Nardi & Silva (2005), diferentemente da definição de Bauman (que toma os termos ética e estética metaforicamente para marcar a transformação do código moral) a ética para Foucault é entendida como a problemática dos modos de existência onde há uma problematização das relações com os outros e das relações consigo; enquanto que a estética é o exercício da sensibilidade em relação ao mundo e uma forma de deixar-se afetar, exercício indispensável para a prática da liberdade.

de forma que o modelo de satisfação imediata passa a constituir um novo padrão moral e conseqüentemente um novo individualismo.

A questão do dispositivo da medicalização entendida a partir deste contexto e relacionada às forças/formas vigentes no contemporâneo trouxe na perspectiva deste estudo um elenco de problematizações que derivavam uma da outra, de modo que a perspectiva genealógica aparece cada vez mais presente. Desta forma, podemos dizer que o dispositivo da medicalização se justifica e reproduz, em maior ou menor grau, através de todos os elementos analisados neste trabalho, ou seja, a produção/destinos dos psicofármacos a partir da lógica de mercado da indústria farmacêutica; as relações de saber-poder médico-sociedade-paciente que legitimam o consumo de medicamentos psicoativos como uma forma de cuidado; formas de vida fundamentadas no individualismo/isolamento; modos de governo de caráter assistencialista/paternalista em que predominam os modos populistas de gestão e amarras institucionais repressivas e/ou controladoras.

Acreditamos que ao longo deste estudo conseguimos construir hipóteses explicativas, de como o consumo de psicofármacos, enquanto elemento central do dispositivo da medicalização se tornou uma tecnologia de cuidado no contemporâneo.

Como definimos no início deste estudo, não pretendíamos rever a questão do consumo neste campo com o objetivo de definir/instalar modos mais adequados de cuidado. Pretendemos com este estudo contribuir para a produção de conhecimento a partir do questionamento de resultados e das regularidades que uma sociedade encontra para definir suas tecnologias.

Possivelmente a forma como o contexto se configura tenha silenciado/controlado as formas coletivas de resistir aos modos de vida que descrevemos (o tripé biopolítico:

dependência, assistencialismo e individualismo), pois a medicalização como um dispositivo de controle também produz impedimento sobre uma autonomia social necessária aos sujeitos. É o que bloqueia de alguma forma o enfrentamento, sem que outras possibilidades estejam investidas efetivamente na vida dos sujeitos.

O consumo de psicofármacos é, portanto, uma tecnologia de si que se encontra intensificada nos corpos, que se naturalizou e passou a definir as condições de funcionamento de um arranjo social. Foi o meio encontrado/oferecido para possibilitar a vida neste meio. E enquanto estes modos de vida sobreviverem sempre haverá fluoxetinas, sertralinas, diazepams, alprazolams...

11. Referências bibliográficas:

- AGUIAR, Adriano. Amaral de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALMEIDA, L.M.; COUTINHO; E.S.F & PEPE, V.L.E. **Consumo de Psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10(1): 05-16, Jan/Mar 1994
- ALTOÉ, S. (org). **Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004
- ANVISA. Disponível em www.anvisa.org.br acessado última vez em março de 2006.
- ARRAIS, Paulo S. Dourado. **O uso irracional de medicamentos e a farmacovigilância no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Out 2002, vol.18, no.5, p.1478-1479. ISSN 0102-311X
- BAREMBLITT, Gregório F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988** - texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n.1 de 1992, a 28 de 2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994 - 14.ed. - Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.
- BRASIL. **Lei no. 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> acessado em set.2006.
- BIRMAN, J. **As Subjetividades e as Drogas**. In: Mal-estar na Atualidade: A Psicanálise e as novas formas de Subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- COIMBRA, Cecília Maria Bouças. **Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: Uma Empresa Possível?** Revista do Departamento de Psicologia – UFF, V.7 – N 1/ P 52-80, 1995

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005, 5ª ed.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs I**. Rio de Janeiro: 34, 2002.

FEBRAFARMA, Revista da. Disponível em www.febrafarma.com.br acessado em dez.2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, 2ed.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

_____. **O Sujeito e o Poder**. In: RABINOW, Paul & DREYFUS, Hubert. Michel Foucault, Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da Hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **O Poder Psiquiátrico**. Resumo dos cursos dos Cursos do Collège de France. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária 2001a, 5ª ed.

_____. **História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 2001b, 9ª ed.

_____. **História da Sexualidade III: O Cuidado de Si**. Rio de Janeiro: Graal, 2001c, 9ª ed

_____. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Verdade e Poder**. In: MACHADO, R. (org). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2004a, 20ª ed., 1-14

_____. **Nietzsche, a genealogia e a história**. In: MACHADO, R. (org). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2004b, 20ª ed., 15-37.

_____. **O Nascimento da Medicina Social**. In: MACHADO, R. (org). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2004c, 20ª ed., 79-98

_____. **O Nascimento do Hospital**. In: MACHADO, R. (org). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2004d, 20ª ed., 99-111

_____. **Soberania e Disciplina**. In: MACHADO, R. (org). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2004e, 20ª ed., 179-191

- _____. **Sobre a História da Sexualidade.** In: MACHADO, R. (org). *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal, 2004f, 20^a ed., 243-276
- _____. **A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade.** *Ditos e Escritos V* (264-287). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004g.
- _____. **Uma Estética da Existência.** *Ditos e Escritos V* (288-293). Rio de Janeiro: Forense Universitária 2004h.
- _____. **A Tecnologia Política dos Indivíduos.** *Ditos e Escritos V* (301-318). Rio de Janeiro: Forense Universitária 2004i
- _____. **A Hermenêutica do Sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2004j.
- _____. **A “Governamentalidade”.** *Ditos e Escritos IV* (281-305). Rio de Janeiro: Forense Universitária 2004L.
- _____. **A Arqueologia do Saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária 2005a. 7^a ed.
- _____. **O Poder Psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fonte, 2005b.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LIMA, Ana Flávia Barros da Silva; LOUZADA, Sérgio et al. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde.** *Rev. Saúde Pública*, Ago 2002, vol.36, no.4, p.431-438. ISSN 0034-8910
- GALVÃO, Vívian. & Secretaria de Saúde de Boa Vista das Missões. **Pesquisa sobre o consumo de psicofármacos no município de Boa Vista das Missões RS/2004.**
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2006, 26^a ed.
- KEEN, J. & PACKWOOD, T. **Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas públicas.** In: POPE, Catherine & MAYS, Nicholas (Orgs). *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.* 2 ed. Porto Alegre: 2005.
- IBÁÑEZ, T. **La Dimensión Política de la Psicología Social.** *Psicología Social Construcionista.* México: Universidad de Guadalajara, 1994
- IBGE. Disponível em www.ibge.com.br acessado última vez em nov. 2006.
- IGNÁCIO, Paulo R. Galvão. **Processos democráticos num pequeno município do interior gaúcho: o caso de Boa Vista das Missões.** Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento. Universidade de Ijuí – UNIJUI., 2006.

- ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975
- JOVCHELOVIT, Sandra. **Representações Sociais e Esfera Pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- KAUFFMANN, Jean-Claude. **L'Entretien Compréhensif**. Paris: Armand Colin, 2004.
- LEAL, Rogério G. **Direitos Sociais e Políticas Públicas: Desafios Contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.
- LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991
- _____. **Remédio: saúde ou indústria? A Produção de medicamentos no Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Dez 1992, vol.8, no.4, p.470-470. ISSN 0102-311X
- LUZ, Madel T. **As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio e Janeiro: Graal, 1986.
- MERHI, Émerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004. 8ª ed.
- NARDI, Henrique Caetano. **A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos**. *Revista Psicologia & Sociedade*. São Paulo, v.15, n.1, jan./jun., 2003.
- _____. **A genealogia do indivíduo moderno e os suportes sociais da existência**. *Psicologia & Sociedade*. São Paulo, v.14, n.1, pp.141-146, jan/jun.,2002.
- NARDI, Henrique C.; SILVA, Rosane Neves da. **Ética e Subjetivação: As técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos**. In: GUARESCHI, N. & HÜNING, S. (orgs). *Foucault e a Psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul: 2005.
- ORTEGA, Francisco. Michel Foucault: **Os Sentidos da Subjetividade**. IN: BEZERRA Jr., Benilton & PLASTINO, Carlos Alberto. *Corpo, Afeto, Linguagem: A Questão do Sentido Hoje*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- PACHECO, M.A. **A Máfia os Remédios**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- PELEGRINI, Marta Regueira Fonseca. **O Abuso dos Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade**. *Revista Ciência e Profissão*. Ano 23, n 1, 2003.

PELBART, Peter Pál. **Biopolítica e Biopotência no coração do império**. In: LINS, Daniel. & GADELHA, Sylvio (orgs) Nietzsche e Deleuze: O que pode o corpo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p.251-260

_____. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PELBART, P. P. **Biopotência no coração do império**. In: LINS, Daniel. & GADELHA, Sylvio (orgs) Nietzsche e Deleuze: O que pode o corpo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p.251-260

PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento? - Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Editora 34, 1999.

POPE, Catherine & MAYS, Nicholas (Orgs). **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 2 ed. Porto Alegre: 2005.

REVEL, Judith. **Foucault: Conceitos Essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROCHA, Marisa Lopes da. & AGUIAR, Kátia Faria de. **Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises**. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, dez 2003, vol.23, nº4, p.64-73. ISSN 1414-9893.

ROUDINESCO, E. **Por que a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

SERPA Jr. **O Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de O Normal e o Patológico de Georges Canguilem**. *Revista Psicologia Clínica*. PUCRJ, v. 15 (1) p. 121-135, 2003.

SILVA, Rosane Neves da. **A Invenção da Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

SILVA Júnior, Aluísio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

TOFÓLI, Daniela. País vive febre da “droga da obediência”. **Folha de São Paulo**. Cotidiano. São Paulo, 15 de janeiro de 2006.

TRISTEZA em família. **Zero Hora**, Caderno Vida. Porto Alegre, 29 abr. 2006.

ZOURABICHVILI, François. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

ANEXO 1

Pesquisa sobre o consumo de psicofármacos no município de Boa Vista das Missões RS/2004

Por Vívian Galvão & Secretaria de Saúde de Boa Vista das Missões

Nesta pesquisa foi utilizado um modelo de pesquisa quantitativa estruturada (Minayo 2004) para verificar o índice de consumo de psicofármacos no município. A aplicação foi realizada através de agentes comunitárias de saúde que realizaram a intervenção por bairros. Os dados sobre o consumo de psicofármacos foram obtidos numa amostra de **734** pessoas referente a uma população de **2.184** pessoas.

Questionário:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Consumiu ou consome algum tipo de psicofármaco (antidepressivo, ansiolíticos, antipsicóticos)? Qual?
4. Já passou por alguma internação psiquiátrica?
5. Consome álcool?

Resultados:

521 pessoas declararam consumir ou ter consumido algum tipo de psicofármacos;
132 crianças participaram da pesquisa e **40** delas consomem ou já consumiram medicações para hiperatividade e depressão infantil;
491 dos entrevistados são mulheres, sendo que **422** mulheres referem consumir psicofármacos;
231 pessoas consomem ou consumiram em algum momento **antidepressivos**;
103 pessoas consomem ou consumiram em algum momento **ansiolíticos**;
157 pessoas consomem ou consumiram em algum momento **antidepressivos e ansiolíticos**,
59 pessoas utilizam ou já utilizaram antipsicóticos/lítio;
42 pessoas já tiveram algum tipo de internação psiquiátrica;
227 dos entrevistados referem consumir álcool regularmente (aguardente, cerveja).

ANEXO 2

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação na Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional
 Instituto de Psicologia
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EM BOA VISTA DAS MISSÕES

Gostaríamos de convidar você para participar de um estudo que estamos realizando. Estamos interessados em investigar o consumo de psicofármacos (antidepressivos e ansiolíticos) na comunidade.

Para isto estamos convidando as pessoas da comunidade para participarem deste estudo.

A sua participação consistirá em responder um questionário individual que será registrado por escrito pela entrevistadora.

Confidencialidade: Todos os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em sigilo, com garantia de anonimato na sua utilização.

Dúvidas: Os investigadores estarão à disposição dos participantes da pesquisa, para esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo.

Consentimento: Após tomar conhecimento de todos os itens acima, concordo em participar deste estudo.

Pesquisadores responsáveis: Vívian Tatiana Galvão Ignácio (pesquisadora e mestranda) e Dr. Henrique Caetano Nardi (pesquisador e orientador)

Contatos: (51)92140811 (Vívian) ou (51)3316-5458 (Dr. Henrique – UFRGS)

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisador(a): _____

Data: ____/____/200__.

ANEXO 3

Modelo da entrevista aplicada na pesquisa

Número do estudo: () Conglomerado: () Número de Pessoas: () Consumidores: () Data: ()

1	SEXO:	
2	IDADE:	
3	ESCOLARIDADE:	
4	RENDA (salários):	
5	TRABALHO (profissão/ocupação):	
6	ESTADO CIVIL:	
7	RESIDÊNCIA:	
8	USO DE PSICOFÁRMACOS:	
9	CATEGORIA DO PSICOFÁRMACOS:	
10	TEMPO DE USO:	
11	RECEITADO:	
12	CATEGORIA PROFISSIONAL:	
13	LOCAL DE AQUISIÇÃO:	
14	REGISTRO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA:	
15	PERÍODO (dias):	
16	MOTIVO:	
17	NÚMERO DE INTERNAÇÕES:	
18	AVALIAÇÃO DO USO DO MEDICAMENTO:	

- 19- Quando você tem um problema de saúde, o que você faz?
- 20- Qual o motivo de usar a medicação? Foi decorrente de quais sintomas?
- 21- Por que você acha que sente estas coisas que fizeram você tomar remédio (explicação da origem dos sintomas)?
- 22- O que sua família e as pessoas com as quais você convive pensam dos remédios que você usa?
- 23- O que você acha do atendimento em saúde aqui da cidade?
- 24- O que você acha do atendimento médico?
- 25- Forma de acesso ao tratamento de saúde: (SUS, IPERGD, UNIMED, Particular)

ANEXO 4

Modelo do formulário de categorias

1	SEXO:	1- Masculino 2- Feminino
2	IDADE:	
3	ESCOLARIDADE:	1- analfabeto 2- ensino fundamental 3- ensino médio 4 - ensino superior 5 - pós-graduação
4	RENDA (salários):	0- dependente
5	TRABALHO (profissão/ocupação):	1. Desempregado(a) 2. Agricultor(a) 3. Estudante 4. Profissionais Liberais 5. Prestadores de Serviço 6. Funcionário(a) Público(a) 7. Professor(a) 8. Aposentado(a) 9. Empresário(a) 10. Não sabe 11. Do lar
6	ESTADO CIVIL:	1. solteiro 2. casado/vive com o cônjuge 3. separado 4. viúvo
7	RESIDÊNCIA:	1- urbana 2- rural
8	USO DE PSICOFÁRMACOS:	0- não 1- sim

9	<p>CATEGORIA DO PSICOFÁRMACO:</p> <p>01 a 10: Antidepressivos</p> <p>11 a 20: Ansiolíticos</p> <p>21 a 27: Antipsicóticos, Anticonvulsionantes, Anti- etélicos e outros.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cloridrato de Fluoxetina 2. Cloridrato de Sertralina 3. Cloridrato de Amitriptilina 4. Cloridrato de Imipramina 5. Cloridrato de Paroxítone 6. Cloridrato de Duloxetina 7. Cloridrato de Nortriptilina 8. Não sabe informar 9. Cloridrato de Bupropiona 10. Cloridrato de Clomipramida 11. Bromazepam 12. Diazepam 13. Clonazepam 14. Flurazepam 15. Maleato de Midazolam 16. Alprazolam 17. Cloxazolam 18. Cloridrato de Triexifenidil 19. Lorazepam 20. Clobazam 21. Cloridrato de Metilfenidato 22. Carbolitium 23. Haloperidol 24. Cloridrato de Biperideno 25. Dietilpropiona 26. Dissulfiram 27. Flunitrazepam
10	TEMPO DE USO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. até 1 ano 2. de 2 a 4 anos 3. mais de 5 anos
11	RECEITADO:	<p>0 – Não</p> <p>1 – sim</p>
12	CATEGORIA PROFISSIONAL:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clínico/PSF 2. Psiquiatra/Neurologista 3. outras especialidades
13	LOCAL DE AQUISIÇÃO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Farmácia Pública 2. Farmácia Privada 3. Terceiros

14	REGISTRO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA:	0 – Não 1 – Sim
15	PERÍODO (dias)	0 – se não houve internação
16	MOTIVO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crises Depressivas 2. Stress 3. Álcool e/ou drogas 4. Luto/perda de alguém 5. Problemas Familiares 6. Ansiedade 7. TOC 8. Não sabe responder 9. Síndrome do Pânico 10. Crise Psicótica 11. Superdosagem de medicamentos 12. Tentativa de suicídio 13. Depressão pós-parto
17	NÚMERO DE INTERNAÇÕES:	
18	AVALIAÇÃO DO USO DO MEDICAMENTO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorou 2. Piorou 3. Não alterou 4. Não sabe dizer

TABELAS

Resultados das variáveis quantitativas da pesquisa

I. Sexo dos entrevistados (TABELA 1)

	Frequência	Percentual
Masculino	167	41,8%
Feminino	233	58,3%
Total Válidos	400	100,0%

II. Idade em categorias dos entrevistados (TABELA 2)

	Frequência	Percentual
18-30 anos	98	24,5%
31-40 anos	110	27,5%
41-50 anos	78	19,5%
51-60 anos	58	14,5%
61-70 anos	33	8,3%
71-86 anos	23	5,8%
Total válidos	400	100,0%

III. Indicativo de escolaridade em grupos dos entrevistados (TABELA 3)

	Frequência	Percentual
Analfabeto	42	10,5%
Ensino Fundamental	187	46,8%
Ensino Médio	93	23,3%
Ensino Superior	67	16,8%
Pós-Graduação	11	2,8%
Total Válidos	400	100,0%

IV. Indicativo de Renda média (Salário(s) Mínimo(s)) dos entrevistados (TABELA 4)

	Frequência	Percentual
Sem renda própria	68	17,0%
1 (um) salário mínimo	59	14,8%
2 a 5 salários mínimos	240	60,0%
6 ou mais salários mínimos	33	8,3%
Total válidos	400	100,0%

V. Trabalho/Ocupação em categorias dos entrevistados (TABELA 5)

	Frequência	Percentual
Desempregados	6	1,5%
Agricultores	94	23,5%
Estudantes	13	3,3%
Profissionais Liberais	14	3,5%
Prestadores de Serviço	57	14,3%
Do lar	54	13,5%
Funcionários Públicos	55	13,8%
Professores	27	6,8%
Aposentados	50	12,5%
Empresários	28	7,0%
Não sabe	2	0,5%
Total válidos	400	100,0%

VI. Estado Civil dos entrevistados (TABELA 6)

	Frequência	Percentual
Solteiro(a)	68	17,0%
Casado(a)	281	70,3%
Separado(a)	23	5,8%
Viúvo(a)	28	7,0%
Total Válidos	400	100,0%

VII. Local de residência dos entrevistados (TABELA 7)

	Frequência	Percentual
Zona Urbana	244	61,0%
Zona Rural	156	39,0%
Total Válidos	400	100,0%

VIII. Consumidores de Psicofármacos entre os entrevistados (TABELA 8)

	Frequência	Percentual
Não consomem	188	47,0%
Consumem	212	53,0%
Total Válidos	400	100,0%

IX. Consumo de Psicofármacos por categorias (TABELAS 9)

IX.I. Consumo de Antidepressivos (Tabela 9.1)

	Frequência	Percentual
Não consomem	257	64,3%
Consumem	143	35,8%
Total Válidos	400	100,0%

IX.II. Consumo de Ansiolíticos (Tabela 9.2)

	Frequência	Percentual
Não consomem	264	66,0%
Consumem	136	34,0%
Total Válidos	400	100,0%

IX.III. Consumo de outros psicofármacos (Tabela 9.3)

	Frequência	Percentual
Não consomem	364	91,0%
Consumem	36	9,0%
Total Válidos	400	100,0%

X. Período de consumo de psicofármacos (TABELA 10)

	Frequência	Percentual
Não usa	189	47,3%
Até 1 ano	81	20,3%
2 a 4 anos	73	18,3%
Mais de 5 anos	57	14,3%
Total válidos	400	100%

XI. Categorias de especialidades médicas que emitiram receituários (TABELA 11)

	Frequência	Percentual
Não consome	188	47,3%
Consome sem receita	14	3,5%
Clínico/PSF	125	31,0%
Psiquiatra/Neurologista	44	11,0%
Outras especialidades	27	6,8%
Total válidos	400	100,0%

XII. Local de aquisição dos psicofármacos (TABELA 12)

	Frequência	Percentual
Não consomem	188	47,3%
Farmácia Pública	112	27,8%
Farmácia Privada	75	18,8%
Via terceiros	14	3,5%
Farmácia pública e privada	11	2,8%
Total válidos	400	100,0%

XIII. Indicativos de internação psiquiátrica dos entrevistados (TABELA 13)

	Freqüência	Percentual
Nunca internados	348	87,0%
Internados	52	13,0%
Total Válidos	400	100,0%

XIV. Período médio de internação (TABELA 14)

	Freqüência	Percentual
Não internou	348	87,0%
30 ou menos dias	52	13,0%
Total válidos	400	100,0%

XV. Avaliação do consumo de psicofármacos pelos entrevistados (TABELA 15)

	Freqüência	Percentual
Não avalia	196	49,0%
Bom	168	42,0%
Ruim	9	2,3%
Não alterou	5	1,3%
Não sabe dizer	22	5,5%
Total válidos	400	100,0%

XVI. Forma de acesso à saúde dos entrevistados (TABELA 16)

	Frequência	Percentual
SUS	276	69,0%
Particular	55	13,8%
IPERGS	60	15,0%
UNIMED	9	2,3%
Total válidos	400	100,0%

Resultado do cruzamento das variáveis

Cruzamento da categoria sexo com consumo de psicofármacos

SEXO	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Masculino	106 63,5%	61 36,5%	167 100,0%
Feminino	82 35,2%	151 64,8%	233 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Cruzamento da categoria idade com consumo de psicofármacos

IDADE	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
18-30	55 56,1%	43 43,9%	98 100,0%
31-40	55 50%	55 50%	110 100,0%
41-50	40 51,3%	38 48,7%	78 100,0%
51-60	21 36,2%	37 63,8%	58 100,0%
61-70	11 33,3%	22 66,7%	33 100,0%
71-86	6 26,1%	17 73,9%	23 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Cruzamento da categoria escolaridade com consumo de psicofármacos

ESCOLARIDADE	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Analfabeto	18 42,9%	24 57,1%	42 100,0%
Ensino Fundamental	79 42,2%	108 57,8%	187 100,0%
Ensino Médio	49 52,7%	44 47,3%	93 100,0%
Ensino Superior	38 57,7%	29 43,3%	67 100,0%
Pós-Graduação	4 36,4%	7 63,6%	11 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Cruzamento da categoria renda com consumo de psicofármacos

RENDA	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Sem renda própria	28 41,2%	40 58,8%	68 100,0%
1 salário mínimo	24 40,7%	35 59,3%	59 100,0%
2 a 5 salários mínimos	115 47,9%	125 52,1%	240 100,0%
6 ou mais salários mínimos	21 63,6%	12 36,4%	33 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Cruzamento do trabalho categorizado com consumo de psicofármacos

TRABALHO CATEGORIZADO	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Desempregado	5 83,3%	1 16,7%	6 100,0%
Agricultores	49 52,1%	45 47,9%	94 100,0%
Estudantes	10 76,9%	3 23,1%	13 100,0%
Profissionais Liberais	6 42,9%	8 57,1%	14 100,0%
Prestadores de serviços	32 56,1%	25 43,9%	57 100,0%
Funcionários públicos	26 47,3%	29 52,7%	55 100,0%
Professores	14 51,9%	13 48,1%	27 100,0%
Aposentados	12 24,0%	38 76,0%	50 100,0%
Empresários	16 57,1%	12 42,9%	28 100,0%
Não sabe	0 0,00%	2 100%	2 100,0%
Do lar	18 33,3%	36 66,7%	54 100%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

Cruzamento da categoria residencial com consumo de psicofármacos

RESIDÊNCIA	NÃO CONSOME	CONSOME	TOTAL
Urbana	114 46,7%	130 53,3%	244 100,0%
Rural	74 47,4%	82 52,6%	156 100,0%
TOTAL	188 47,0%	212 53,0%	400 100,0%

APÊNDICES

Mapas do município de Boa Vista das Missões

FIGURA 1 – Mapa da localização do município de Boa Vista das Missões em relação ao estado do Rio Grande do Sul

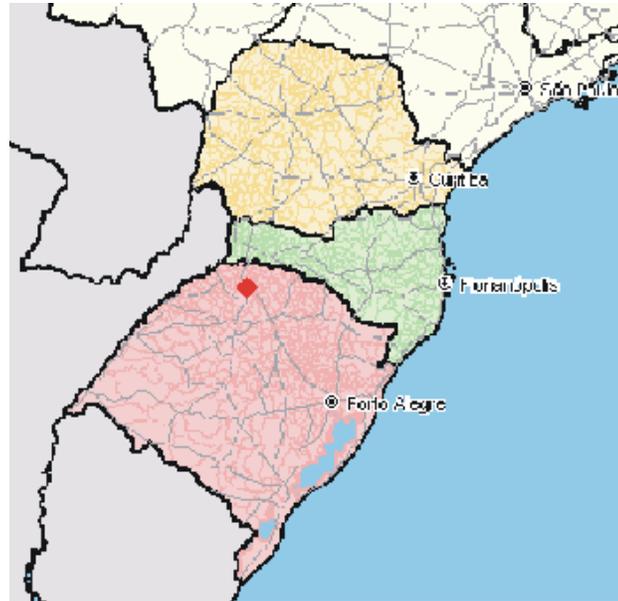


FIGURA 2 – Mapa da localização do município de Boa Vista das Missões em relação à região do Alto Uruguai



FIGURA 3 – Vista aérea da área urbana de Boa Vista das Missões

