



Esta obra possui uma Licença

[Creative Commons Atribuição-Não Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

<https://periodicos.ufpa.br/index.php/revistamargens/article/view/17144>



<http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v18i30.17144>

Margens: Revista Interdisciplinar | e-ISSN:1982-5374 | V. 18 | N. 30 | Jan-Jun, 2024

Submissão: 27/01/2024 | Aprovação: 30/06/2024



## PÍLULAS DA FELICIDADE: UMA GENEALOGIA DOS PSICOFÁRMACOS CONTEMPORÂNEOS

*HAPPY PILLS: A GENEALOGY OF CONTEMPORARY PSYCHOPHARMACEUTICALS*

Silvio de Azevedo Soares 

Observatório de Segurança Pública (OSP), UNESP- SP<sup>1</sup>

**Resumo:** Neste texto discuto como os psicofármacos alcançaram a condição de principal tecnologia micropolítica da psiquiatria atual. Para isso, analiso os seguintes processos: a) a especificação e a produção industrial desses medicamentos; b) a consolidação da psiquiatria neurobiológica com a terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM III); c) a emergência de uma nova geração de psicofármacos: os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS). Ao longo do texto, trago contribuições aos argumentos de Nikolas Rose (biopolítica molecular) e Paul Preciado (farmacopoder).

**Palavras-chave:** psiquiatria; psicofármacos; genealogia; biopolítica; farmacopoder.

**Abstract:** In this text, I discuss how psychopharmaceuticals reached the status of the main micropolitical technology of current psychiatry. For this, I analyze the following processes: a) the specification and industrial production of these drugs; b) the consolidation of neurobiological psychiatry with the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III); c) the emergence of a new generation of psychotropic drugs: selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Throughout the text, I bring contributions to the arguments of Nikolas Rose (molecular biopolitics) and Paul Preciado (pharmacopower).

**Keywords:** psychiatry; psychopharmaceuticals; genealogy; biopolitics; pharmacopower.

<sup>1</sup> Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (2021). Pesquisador do Observatório de Segurança Pública (OSP) da UNESP de Marília, atuando principalmente nos seguintes temas: medicalização, psiquiatria, biopoder. E-mail: [silvioaz@hotmail.com](mailto:silvioaz@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

“Hoje, mais e mais problemas são definidos em termos de sofrimento psíquico e suas soluções são propostas em termos de saúde mental” diagnostica o sociólogo Alain Ehrenberg (2004, p. 151). Nesse sentido, as práticas psiquiátricas estão naturalizadas e generalizadas nas distintas esferas sociais. Recortes do noticiário retratam essa presença trivializada das categorias psiquiátricas: “Depressão é a maior causa de incapacitação no mundo” (*Folha de São Paulo*, 30/03/2017), “Brasil é o país mais deprimido da América Latina” (*O Globo*, 24/02/2017), “Brasil é o país mais ansioso do mundo segundo a OMS” (*Exame*, 05/06/2019).

Em tal cenário, o psicofármaco se consolidou como a principal tecnologia terapêutica da psiquiatria (Caponi, 2009a, p. 138; Corbanezi, 2015, p. 146) e “se transformou em uma das novas mercadorias mais valorizadas no mundo contemporâneo” (Birman, 2014, p. 27). Assim, títulos de outras reportagens também não causam espanto: “Venda de calmante dispara no Brasil” (*Folha de São Paulo*, 16/01/2011), “Brasileiros gastaram mais de R\$ 290 milhões na compra de calmantes entre 2007 e 2010” (*Zero Hora*, 20/01/2012), “Consumo de antidepressivos cresce 74% em seis anos no Brasil” (*Veja Saúde*, 06/07/2017).

Nessa conjuntura, meu objetivo é analisar como os psicofármacos alcançaram essa condição proeminente de principal tecnologia da psiquiatria neurobiológica, hoje predominante (Rose, 2013; Freitas; Amarante, 2017). Para tanto, por meio de uma pesquisa bibliográfica e num exercício genealógico de acontecimentalização<sup>2</sup> (Foucault, 1990, pp. 13-18; 2003, p. 339), examino três processos que culminaram na contemporânea naturalização do uso dos medicamentos psiquiátricos: a) o surgimento dos primeiros psicofármacos nas décadas de 1950-60; b) a publicação do DSM-III em 1980 com a operacionalização clínica da noção de *transtorno*; c) a emergência, no fins dos anos 1980, de uma nova geração de psicofármacos com o lançamento do *Prozac*<sup>3</sup> – os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS).

<sup>2</sup> Por meio desse neologismo (“acontecimentalização”), Foucault (1990, 2003) faz referência a um modelo não-totalizante de análise histórica que procura localizar os múltiplos processos determinantes, as conexões, os processos, os bloqueios, as estratégias que constituíram – em dado momento histórico – um dispositivo de poder-saber-sujeição como evidente e naturalizado (Castro, 2009, p. 26).

<sup>3</sup> O psicofármaco *Prozac* (nome fantasia do composto químico cloridato de fluoxetina, medicamento de nova geração que inaugurou a classe dos ISRS) possui como principal mecanismo de ação – através de uma intervenção bioquímica mais seletiva em neurotransmissores específicos – a elevação dos níveis de serotonina no cérebro, o que permitiria uma melhora nos sintomas depressivos. Além de indicado para os transtornos depressivos, é prescrito ainda para uma gama de outros transtornos (no tratamento de ansiedades, bulimia nervosa, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno disfórico pré-menstrual) (PROZAC, 2016).

Esses eventos foram selecionados por representarem pequenos acontecimentos (Foucault, 2016, p. 73): rupturas e inversões nas relações de força no campo das práticas e dos discursos psiquiátricos da segunda metade do século XX. Nesse sentido, os primeiros psicofármacos se colocaram como possibilidade de tratamento extra-hospitalar com certo êxito clínico e probabilidade de uso em massa para inúmeros transtornos (Ehrenberg, 2010, p. 139); a consolidação clínica da psiquiatria neurobiológica com o DSM-III em detrimento de uma perspectiva psicanalítica (Ehrenberg, 2004, p. 144); os medicamentos ISRS, caracterizados por apresentarem menores efeitos colaterais em relação aos primeiros psicofármacos (Cordás; Moreno, 2008, p. 91) e pelo seu uso mais generalizado (seja no consumo, seja na indicação terapêutica para inúmeras categorias diagnósticas).

Por que a especificação do *Prozac*? Desde a sua produção em 1987, a fluoxetina se tornou o antidepressivo mais receitado no planeta (Sadock, 2007, p. 1164). Esse medicamento – mesmo não sendo de livre acesso nas drogarias, vendido somente com prescrição médica e retenção do receituário pelo farmacêutico – tem se posicionado na lista dos medicamentos mais consumidos no Brasil nos últimos anos (Correr, 2018). Além disso, a fluoxetina também faz parte da *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME), sendo disponibilizado gratuitamente pelas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2019). E mais, o *Prozac* adentrou na cultura pop: fez, por exemplo, uma ponta em uma piada num filme de Woody Allen, *Um misterioso assassinato em Manhattan* (1993) – “Não há nada errado com você que não possa ser curado com um pouco de *Prozac* e um taco de polo!”. Dessa forma, tomo esse medicamento como representante paradigmático da atual geração de psicofármacos.

Através da análise da produção dos psicofármacos, seu consumo massivo e efeitos nos estados de humor (como na disposição geral, bem-estar, cognição e humor), trago ainda duas considerações às discussões analíticas desta temática. Primeiro, destaco como se tornou factível uma biopolítica *neuromolecular* através da psiquiatria neurobiológica. Precedendo as probabilidades de uma biopolítica molecular (através de manipulações em genes e trechos de DNA, por exemplo) contidas no desenvolvimento das pesquisas genéticas, biomédicas e da medicina genômica do final do século XX (Rose, 2013, pp. 17-19), já a partir dos anos 1950 se colocou a possibilidade de uma biopolítica *neuromolecular*, que recortou uma dimensão específica do corpo e vida humanos (como os neurotransmissores e as sinapses) para as intervenções do discurso neuropsiquiátrico e dos psicofármacos. Em seguida, assinalo como, no desenvolvimento dos psicofármacos a partir de

meados do século XX, se desenrolou outro âmbito do farmacopoder (Preciado, 2018)<sup>4</sup>: uma micropolítica psicofarmacológica de produção e normalização de condutas – para além da dimensão de farmacopoder que se constituiu por meio do surgimento das pílulas anticoncepcionais e dos medicamentos hormonais que participaram e ainda atuam nas micropolíticas de (des)construção de gênero.

## PSICOPARAÍÇOS ARTIFICIAIS

A invenção dos psicofármacos se inicia a partir de certos acasos: alguns desses medicamentos vêm à tona em um pequeno começo (Foucault, 2013; 2016), distantes ainda do caráter prevalente que assumem dentro da psiquiatria atual. Neste item, descrevo certos desvios, eventualidades e relações de poder que marcaram a emergência desses fármacos.

A história das investigações por terapias biológicas na psiquiatria data da segunda metade do século XIX. Como primeiro marco de um estrato ainda pré-psicofarmacológico, se destaca a pesquisa do químico Albert Niemann que, em 1860, extraiu a cocaína a partir das folhas da coca. Cerca de 20 anos depois, esse alcaloide foi proposto – entre outros, por Sigmund Freud (Preciado, 2018, p. 372) – para fins terapêuticos visto suas propriedades estimulantes. Em 1864, Adolf Bayer, sintetizou o ácido barbitúrico, que chegou à prática médica no apagar do século XIX como um sedativo geral (Bueno, 2012, p. 6), com amplo uso na primeira metade do século XX (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p. 231). Por sua vez, as anfetaminas foram produzidas pela primeira vez em 1887, pelo químico Lazar Edeleanu. Seus usos na medicina – como descongestionante nasal, para asma e no alívio da fadiga – iniciaram-se somente na década de 1930. Uma dessas anfetaminas, comercialmente denominada *Benzedrine*, foi largamente utilizada na Segunda Guerra Mundial, tanto pelo exército estadunidense quanto pelo alemão, por seus efeitos estimulantes (Brant; Carvalho, 2012, p. 625).

No que diz respeito às denominadas terapias orgânicas, experiências foram realizadas desde o início do século XX. Em 1917, o psiquiatra Julius Wagner von Jauregg introduziu a malaroterapia para tratar as doenças mentais originadas pela sífilis – Jauregg propunha que a alta febre causada pela

---

<sup>4</sup> Trato aqui apenas de um dos âmbitos da análise de Preciado (2018), o farmacopoder: o desdobramento de uma nova, disseminada e global esfera biopolítica de controle dos corpos e de produção de subjetividades contidas no uso de hormônios sintéticos já a partir da primeira metade do século XX. Outro domínio desenvolvido no trabalho de Preciado se refere ao desenvolvimento do pornopoder: a instrumentalização micropolítica do pornô nas culturas de massa que, dessa forma, atravessa as relações contemporâneas de gênero. As articulações desses sistemas – as tecnologias de governo biomoleculares (os fármacos hormonais) com os processos semiótico-técnicos (o pornô) – constituem parte da economia de poder contemporânea designada, pelo filósofo, como era farmacopornográfica.

injeção do agente malárico dissipava perturbações de raciocínio. Nos asilos estadunidenses, houve também relatos de injeção de extrato retirado da tireoide de ovinos, da aplicação de soro equino e de arsênico. Em 1916, o diretor de um hospital da Nova Jersey narrou a melhora de pacientes graças à extração de dentes (Whitaker, 2015, p. 52)!

Já nos fins da década de 1920, o psiquiatra Manfred Sakel introduziu o coma insulínico como terapia: injetava-se uma alta dose de insulina no paciente, o que lhe causava um coma hipoglicêmico e, ao ser reanimado com uma aplicação de glicose, o interno apresentava maior tranquilidade (Whitaker, 2015, p. 53). Em 1936, o neurocirurgião Egas Monis instituiu a prática da psicocirurgia, a leucotomia pré-frontal – fundamentando a lobotomia, técnica cirúrgica de destruição dos lóbulos frontais que produzia uma maior cordura e torpor no paciente. Por último, em 1938, os médicos Ugo Cerletti e Lucio Bini desenvolveram a terapia eletroconvulsiva: provocava-se uma convulsão por choques transmitidos por eletrodos fixados nas têmporas do doente com a finalidade de remissão do quadro alucinatório.

De maneira geral, o que caracteriza essas substâncias e práticas é o fato de serem, até então, interpretadas como meros sedativos ou estimulantes, sem a clareza sobre prováveis efeitos específicos no cérebro ou a indicação para tratamento de sintomas de patologias psiquiátricas determinadas (como seriam, depois, a clorpromazina para as psicoses e a imipramina para a depressão). Tais propriedades, uma suposta ação neuromolecular e a prescrição de fármacos exclusivos para transtornos específicos, iriam singularizar os primeiros psicofármacos, produzidos a partir dos anos 1950 (Rose, 2003, p. 47; 2013, p. 277).

Dentre os elementos conjunturais de meados do século XX que propiciaram as condições para o desenvolvimento desses medicamentos, pode-se assinalar os intensivos investimentos e inovações no setor químico e farmacêutico estadunidense e europeu no período logo após a Segunda Guerra (Hobsbawn, 1995, p. 238). Ainda durante a guerra, o governo estadunidense também investiu em alguns de seus laboratórios privados (como *Merck* e *Pfizer*) para a produção em escala industrial de antibióticos para uso imediato no cuidado aos combatentes feridos (Henriques, 2015, p. 76). A vinda à tona dos ultrajantes experimentos médicos nazistas tornou ainda nebuloso o papel do Estado na pesquisa médica em geral, migrando parte destes estudos das instituições estatais para a indústria farmacêutica – ainda que se mantivesse a aplicação de recursos públicos nesse campo –, produzindo-se um modelo privado e multinacional de inovação e produção farmacológica (Preciado, 2018, p. 195).

Em tal contexto a clorpromazina, o primeiro psicofármaco, emergiu. O caminho até a descoberta da possibilidade de uso dessa substância como medicamento psiquiátrico foi caracterizado por certas vicissitudes e acasos. A clorpromazina proveio de um grupo de compostos orgânicos denominado fenotiazinas, sintetizadas em pesquisas industriais sobre corantes na Alemanha do final do século XIX (Porto, 2018, p. 61). No princípio do uso médico das fenotiazinas no começo do século XX, essas substâncias foram utilizadas como vermícidias na veterinária e antissépticos urinários e antialérgicos em humanos (Sadock, 2007, p. 119).

A partir do caráter levemente sedativo – comparados aos barbitúricos, por exemplo – que se verificou após a indicação de alguns desses compostos como antialérgicos, um cirurgião-anestesiologista, Henri Laborit, testando substâncias pré-cirúrgicas instituiu, em 1949, um novo uso de uma fenotiazina – a prometazina. Seu objetivo era atenuar a ansiedade e a agitação que certos pacientes apresentavam antes da sala de cirurgia, evitando – dessa forma – o uso de alto volume de anestésicos (Ehrenberg, 2010, p. 151). No mesmo período, investigando também os efeitos tranquilizantes das fenotiazinas, pesquisadores da empresa farmacêutica *Rhône-Poulenc* sintetizam, em 1950, a clorpromazina – que iria desencadear a chamada “revolução psicofarmacológica” (Whitaker, 2015, p. 58). Em 1952, a clorpromazina é lançada no mercado francês sob o rótulo comercial de *Largactil* (Ehrenberg, 2010, p. 150). No mesmo ano, o medicamento passa a ser administrado como antipsicótico a pacientes esquizofrênicos do hospital *Sainte-Anne* em Paris e seu uso se estende a todos os manicômios da Europa (Whitaker, 2015, p. 59). Os primeiros relatos foram que o medicamento tinha uma ação eficaz sobre a excitação e alucinação, tornando os internos mais manejáveis (acordados, mas quietos!), sem os efeitos colaterais de perda de memória que se sucedia ao eletrochoque e de embotamento geral que ocorria com os barbitúricos (Siqueira, 2009, p. 51).

Essa certa efetividade da clorpromazina na terapia da psicose marca o início da psicofarmacologia moderna ao demonstrar que fármacos podiam ter efeitos específicos (não mera sedação) sobre sintomas de patologias mentais. Ainda que não fosse capaz de curar uma patologia mental, a clorpromazina agia sobre os principais sintomas delirantes, predizendo, pela primeira vez, a possibilidade de tratamento não-asilar das psicoses (Henriques, 2015, p. 73).

Já nos EUA a clorpromazina foi inserida no mercado em 1954 como *Thorazine*, pela farmacêutica *Smith, Kline & French*. A clorpromazina não obteve sucesso imediato como na Europa, dada a hegemonia de uma psiquiatria clínica com forte influência psicanalítica e pouco receptiva à farmacoterapia (Henriques, 2015, p. 74). Em um processo capitaneado pela Associação Médica Americana em conjunto com companhias farmacêuticas, um mercado consumidor desejoso por tal

fármaco supostamente prodigioso foi construído por meio de programas médicos na TV, reportagens e anúncios publicitários na grande mídia (como *Times* e *New York Times*) (Whitaker, 2015, p. 67). Dessa forma, em 1955, a clorpromazina se popularizou nos manicômios estadunidenses, com resultados semelhantes ao dos asilos europeus: internos de longa data apresentaram fala mais racionalizada, melhor sono e desejo de retornarem para residências. Neste mesmo ano, estima-se que a *Smith, Kline & French* tenha faturado 75 milhões de dólares em vendas do *Thorazine* nos EUA (Henriques, 2015, p. 75).

Mas havia também algo de podre no regime dos psicofármacos que se instaurava. O que fora interpretado por muitos como diminuição dos sintomas, foi compreendido, por outros, como manifestação de indiferença a estímulos externos, apatia emocional e diminuição da iniciativa (Freitas; Amarante, 2017, p. 82). Ainda em 1953, surgiram relatos dos efeitos adversos com uso da clorpromazina (Sadock, 2007, p. 119): movimentos involuntários do corpo, capacidade intelectual reduzida, ganho expressivo de peso, entre outros. O maior embaraço foram as evidências clínicas do risco de aumento de crises psicóticas com a descontinuidade do medicamento após certo período de utilização – ainda que abrandasse os sintomas, o fármaco não curava o transtorno e, pior, a interrupção do uso agravava as manifestações patológicas (Freitas; Amarante, 2017, pp. 86-91). Todavia, tais evidências não significaram um “balde de água fria”. Ao contrário, depositava-se cada vez mais esperanças que, em breve, novos psicofármacos mais efetivos seriam desenvolvidos.

Os fármacos prescritos, hoje, como psicoestimulantes começaram a serem vendidos na primeira metade dos anos 1950. Dentre esses medicamentos, o metilfenidato foi produzido sinteticamente em 1944 no laboratório suíço *Ciba*. Em 1954, essa substância passa a ser comercializada na Suíça e na Alemanha já com a atual designação de *Ritalina*. Em 1956, chega aos Estados Unidos. Nesse período, a *Ritalina* era receitada para as mais diversas condições psiquiátricas, como auxiliar nos sintomas gerais de abatimento e de prostração. Classificados inicialmente como tônicos, as primeiras indicações eram para pessoas de meia-idade, idosos, pacientes que haviam passado pela menopausa – sem nenhuma orientação ainda para uso em crianças. Apenas a partir de 1963 pesquisas começaram a ser realizadas sobre possíveis efeitos desse psicofármaco nas síndromes infantis – então denominadas como reação hiperkinética, síndrome da criança hiperativa, desordem do impulso (Maia, 2017, pp. 23-28).

Já em 1956 surgem as primeiras substâncias específicas para depressões: a imipramina e a iproniazida. Inicialmente utilizada como antialérgico e com parentesco químico com as fenotiazinas, a imipramina começou sendo testada para esquizofrenia e psicose (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.

809). Fortuitamente, foi notado que embora não possuísse repercussão antipsicótica, melhorava o humor dos pacientes (Schatzberg, 2009, p. 60). Os primeiros relatos exitosos sobre a eficácia da imipramina exclusivamente no tratamento da depressão foram feitos pelo psiquiatra Roland Kuhn ainda na segunda metade da década de 1950 (Côrtes, 2012, p. 239). Em 1957, a imipramina – com o nome comercial de *Tofranil* – foi inserida no mercado pela *Ciba*, com indicação específica para depressão. Dessa forma, inaugurava-se a atual classe de antidepressivos denominada de tricíclicos – devido a presença de três anéis de carbono em sua fórmula (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p. 220).

Por sua vez, no início dos 1950 a iproniazida foi desenvolvida como medicamento contra a tuberculose a partir de um composto químico para combustível de um foguete alemão utilizado na Segunda Guerra (Freitas; Amarante, 2017, p. 94)!<sup>5</sup> Suas ações antidepressivas também foram descobertas acidentalmente: ainda que diminuísse o número de bacilos no escarro, os principais efeitos que chamaram a atenção da comunidade médica foram a melhora do apetite, o aumento da energia e da sensação de bem-estar (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p. 219). Uma reportagem da revista *Time* sobre um hospital de Nova Iorque relatava que os pacientes tuberculosos tratados com iproniazida bailavam nos salões, para satisfação dos repórteres fotográficos (Whitaker, 2015, p. 63)!

O psiquiatra Nathan Kline testou a iproniazida com pacientes psiquiátricos em 1956 e verificou que a substância era clinicamente eficaz: agia como um “energizante”, um “euforizante”, retirando os sujeitos do entorpecimento depressivo e proporcionando lhes mais disposição (Côrtes, 2012, p. 239). Assim, outra família de fármacos antidepressivos era lançada no mercado: os inibidores da enzima monoamina oxidase, os IMAO.

Os estudos farmacológicos sobre a atuação dos IMAO marcaram ainda o desenvolvimento da própria psiquiatria neurobiológica. Ao ser observado que esses medicamentos bloqueiam a enzima monoamina oxidase que tem por função a catalização da noradrenalina e da serotonina, fundamentava-se a pedra angular da teoria dos desequilíbrios químicos de aminas cerebrais, de neurotransmissores, enquanto a principal hipótese etiológica dos distúrbios mentais (Córdas; Moreno, 2008, p. 91). Com isso, os medicamentos passaram a conduzir a classificação e o diagnóstico psiquiátricos, emergindo essa “biologia menor” da psiquiatria (Pignarre, 2012), onde a resposta que o paciente apresenta à medicação define qual é o seu distúrbio mental (e não ao contrário, como na medicina em geral, na qual procura-se, primeiro, diagnosticar clinicamente e depois medicar).

<sup>5</sup> Trata-se do composto químico hidrazina, utilizado como combustível alternativo para os foguetes alemães V-2 em razão da escassez de propelentes convencionais como o oxigênio e etanol. Com o fim da guerra, companhias farmacêuticas adquiriram – a baixos custos – os estoques restantes dessa substância.



Do início dos anos 1960 provêm os fármacos ansiolíticos, os benzodiazepínicos. O primeiro foi o clordiazepóxido, sintetizado nos laboratórios da *Roche* também no final da década de 50 em investigações para tratamento das reações ansiosas. Ao se propor tal medicamento para tensões e aflições cotidianas, essa substância alcançou grande sucesso clínico e extra-hospitalar, tornando-se a mais receitada do mundo em 1966 (Bueno, 2012, p. 7). Depois de oito anos de pesquisa, em 1963, outro benzodiazepínico – o diazepam – foi introduzido no mercado com o nome de *Valium*. Entre 1969 e 1982 esse fármaco foi o mais prescrito em receitas nos Estados Unidos, chegando a alcançar mais de 80% do mercado de psicofármacos – ainda que estudos no período demonstrassem que apenas um terço das prescrições eram para transtornos mentais realmente diagnosticados (Côrtes, 2012, p. 276).

Esses ansiolíticos também se popularizam como medicamentos para as mulheres: revistas femininas dos anos 1960 compreendiam tais fármacos – em uma nova dinâmica de psiquiatrização da esfera familiar – como auxiliares ao monótono cotidiano doméstico, recomendando-os para situações que iam da infidelidade do marido à peraltice das crianças (Freitas; Amarante, 2017, p. 102). Em 1966, os Rolling Stones gravaram *Mothers little helper*, interpretando – de forma irônica – esses fármacos como “pequenos ajudantes da mamãe”: “Crianças são diferentes hoje em dia/ Eu ouço toda mãe dizer/ Hoje, mães precisam de algo pra se acalmar/ E embora elas não estejam realmente doentes/ Há uma pequena pílula amarela”<sup>6</sup> (Jagger; Richards, 1966, tradução minha).

Entretanto, evidências começaram apontar a dependência decorrente da utilização de benzodiazepínicos. Em especial, nos usos relacionados à insônia: se, em um primeiro momento, o fármaco auxiliava no sono, com o passar do tempo a quantidade de pílulas para garantir o mesmo efeito precisava ser maior ou o paciente deveria recorrer a outro ansiolítico. E, muitas vezes, ao tentar interromper a medicação, os pacientes eram acometidos por crises de ansiedade maiores que as do início do tratamento (Freitas; Amarante, 2017, p. 104).

Por último, no final da década de 1960 surgem os estabilizadores de humor. Em um pequeno começo, um psiquiatra australiano – John Cade – até então desconhecido dos círculos psiquiátricos internacionais, distante dos grandes centros ocidentais de farmacologia e sem experiência anterior em pesquisas, iniciava testes com um derivado de lítio em um pequeno hospital de pacientes crônicos.<sup>7</sup> Dessas experiências, Cade observou que o lítio constituiu uma terapêutica eficaz para episódios

<sup>6</sup> “Kids are different today/ I hear ev'ry mother say/ Mother needs something today to calm her down/ And though she's not really ill/ There's a little yellow pill”.

<sup>7</sup> O lítio já havia sido usado desde o início do século XX como tranquilizante geral, sem indicações particulares para um ou outro transtorno. Contudo, o uso descontrolado do brometo de lítio em substituição ao sódio no tratamento cardíaco levou a morte de inúmeros pacientes.

maníacos (caracterizados pelo humor extremamente excitado, inquietação e ideias de grandeza). Todavia, a falta de renome desse psiquiatra australiano e os óbitos de pacientes cardiopatas pesaram, fazendo com que a indicação do lítio para mania se difundisse lentamente.

Em suma, medicamentos das cinco tradicionais categorias de psicofármacos (antipsicóticos, psicoestimulantes, antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores de humor) entraram em cena entre as décadas de 1950 e 1960. Muitos desses medicamentos (como a clorpromazina) apresentaram, sobretudo, efeitos disciplinares sobre os internos dos manicômios. Ainda assim, ao também se propor esses fármacos para sofrimentos e dificuldades cotidianas se delineava uma nova interface de uma biopolítica psiquiátrica.

Tratava-se não mais da caçada extra-hospitalar aos anormais e degenerados como no final do século XIX (Foucault, 2004; 2006; 2010). Pela prescrição dessa primeira geração de psicofármacos para as agruras do dia-a-dia (ROSE, 2003, p. 47) vinha à tona uma tática biopolítica com custos públicos menores do que os tidos com asilos (Sadock, 2007, p. 604). Expandindo, de certa forma, o que Foucault (2006, p. 106) denominou de “função-psi”, esses psicofármacos poderiam alcançar – em um novo processo de psiquiatrização – quase todos na sociedade (e não apenas os sujeitos que resistiam às disciplinas da família, da escola, da oficina como em meados do século XIX). Nessa perspectiva, já em 1967, de cada três estadunidenses adultos, um consumiu psicofármacos por meio de indicação médica (Whitaker, 2015, p. 74).

Ainda nos anos 1950, uma primeira consequência dessa nova tática biopolítica foi a redução da necessidade e da duração das internações asilares – a própria clorpromazina foi posteriormente reconhecida como a droga que esvaziou os manicômios. Nesse sentido, nos Estados Unidos os psicofármacos iriam também responder a um constrangimento público. Com a vitória dos Aliados na Segunda Guerra, os inomináveis horrores dos campos nazistas de concentração vieram à luz da opinião pública, tendo o governo estadunidense que se confrontar com a existência de quase 500.000 pessoas trancadas em seus hospitais psiquiátricos. As condições degradantes desses asilos (com pacientes com vestes surradas quando não nus, apinhados em salas insalubres, pisando em suas próprias fezes) fizeram mais de um contemporâneo recordar *Buchenwald* e *Bergen-Belsen* (Whitaker, 2015, p. 53).

Contudo, esse desencarceramento dos internos psiquiátricos para tratamento medicamentoso em suas comunidades pode ter significado a liberação no tocante aos abomináveis manicômios, mas não em relação à psiquiatria. Com aspecto bem menos invasivo e munidos ainda de discursos de cuidado, os psicofármacos seriam os responsáveis – a partir de então – por realizar novas formas de

controle sobre os sujeitos, através da patologização de novas condutas e da “sobremedicalização da loucura” (Foucault, 2006, p. 453).

Outro resultado da invenção dos psicofármacos foi uma nova remedicalização das próprias práticas e discursos psiquiátricos (Ehrenberg, 2010, p. 151) – de certa forma, tal como a protopsiquiatria da primeira metade do século XIX medicalizou seus saberes e suas intervenções (Foucault, 2006). O desenvolvimento da psicofarmacologia fez com que a prática clínica psiquiátrica se aproximasse ainda mais do modelo da medicina orgânica em geral (Freitas; Amarante, 2017, p. 88). O psiquiatra passou a ter a seu dispor fármacos exclusivos que lhe permitia medicar comportamentos e emoções humanas do mesmo modo que outras especialidades médicas prescreviam remédios para suas patologias específicas.

Contrariando uma percepção comum sobre as ciências médicas – de que se descobre as causas de uma patologia e, em seguida, desenvolve-se a terapia apropriada –, não foi o desenvolvimento das pesquisas cerebrais que levou a produção dos primeiros psicofármacos. Quando esses começaram a ser empregados pouco se conhecia sobre os seus efeitos específicos no cérebro (Freitas; Amarante, 2017, p. 81). Nenhuma dessas substâncias foi lançada após a descoberta de alguma disfuncionalidade cerebral que provocaria os sintomas de um distúrbio psíquico (Whitaker, 2015, p. 64). Na realidade, a dimensão neuromolecular do cérebro passou a ser conhecida a partir do uso desses fármacos psiquiátricos (Rose, 2013, p. 278).

Enfim, o que se denominou posteriormente como uma “revolução psicofarmacológica” foi, em muito, o resultado de uma série de pequenos acasos que tornariam, a partir da década de 1970, a psiquiatria de vertente biológica e farmacologicamente orientada como hegemônica no campo da saúde mental (Côrtes, 2012, p. 237).

## **A “BÍBLIA” DA PSIQUIATRIA SE FEZ MAIS PRESENTE ENTRE NÓS!**

Alicerçadas em uma pressuposta legitimidade médico-científica, as classificações de comportamentos como alvos da psiquiatria acompanham a história dessa tecnologia de poder-saber (Bezzera Jr., 2010, p. 122). Enquanto resultados de processos de construção social pela psiquiatria – em distintas condições históricas, morais e políticas – de seus próprios objetos de intervenção (Freitas; Amarante, 2017, pp. 46-47), tais categorias psiquiátricas possuem suas proveniências enraizadas em dois processos: um clínico-diagnóstico e um estatístico.

A partir dos trabalhos de Pinel e Esquirol, as primeiras publicações dos *Annales Médico-Psychologique* em 1838 traziam as categorias de lipemania (melancolia), monomania, demência, insanidade paralítica e idiotia (Berrios, 2008, p. 120). Ainda no final do século XIX, o psiquiatra Emil Kraepelin produziu um modelo de nosologia baseado nas observações dos sintomas (Ferrazza; Cruz, 2018, p. 11). De maneira análoga aos outros ramos clínicos da medicina, a classificação de Kraepelin pressupunha que sintomas semelhantes se refeririam à específica entidade patológica, que aludiria à suposta etiologia em comum e mesma terapêutica (Freitas; Amarante, 2017, pp. 49-52). Por conseguinte, o tratamento se vinculava ao diagnóstico que requisitaria uma classificação única e aplicável das patologias psiquiátricas.

Nesse sentido, uma das contribuições de Kraepelin à psiquiatria contemporânea foi uma sistematização descritiva das doenças mentais, distinguidas em três grandes grupos patológicos: as loucuras maníaco-depressivas, as demências precoces e as loucuras de degeneração. Ao longo das oito edições de seu *Manual de Psiquiatria* entre 1883 e 1915, dentro desses três grupos principais surgiram menções à loucura obsessiva, à misofobia (medo mórbido de sujeira e contaminação), à piromania, à cleptomania, ao impulso homicida, aos instintos sexuais contrários, dentre inúmeras outras categorias (Caponi, 2012, pp. 148-151).

Enquanto parte de um instrumento biopolítico para obtenção estatal de conhecimento sobre as populações (Foucault, 2008a), uma categorização de tipos de doença mental emergiu também no censo estadunidense de 1840. Nesse levantamento baseado em dados dos asilos psiquiátricos, o governo dos EUA assinalava dois tipos de doenças psíquicas: a idiotia e a insanidade (Rose, 2013, p. 276). Já o recenseamento estadunidense de 1880 registrava sete conjuntos de patologias mentais: mania, melancolia, monomania, paresia (perda parcial da motricidade), demência, dipsomania (alcoolismo) e epilepsia (Giusti, 2016, p. 201).

A partir dessas sondagens estatísticas foi criado em 1918 o *Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos*. Construído pelo Departamento do Censo, Comitê Nacional de Higiene Mental e Associação Americana Médico-psicológica (que assumiu a atual designação de Associação Americana de Psiquiatria, APA, em 1921), esse guia trouxe 22 categorias diagnósticas, dentre as quais psicose, demência precoce, paranoia e neurose (Martinhago; Caponi, 2019a, p. 76). Sob influência dessa classificação, em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziria pela primeira vez, na sexta edição de sua *Classificação Internacional de Doenças* (CID), um capítulo reservado às patologias mentais com 26 categorias arroladas.

Como contraposição a essa versão do CID, a APA lançou o primeiro DSM em 1952. Com foco principal na prática clínica estadunidense e sem grandes pretensões de rigor científico (Russo; Venâncio, 2006, p. 465), o DSM-I listou 106 categorias diagnósticas divididas em dois grandes grupos. Em um primeiro, as patologias vinculavam-se às prováveis disfunções cerebrais orgânicas, numa etiologia de cunho predominantemente biológico. O segundo conjunto foi marcado pela influência da psicanálise, trazendo uma base etiológica para as doenças mentais focada nos traumas e pressões que atravessam as existências dos sujeitos.

Em 1968, o segundo manual da APA enumerou 182 diagnósticos. Nessa edição, a prevalência de um paradigma psicanalítico ou psiquiátrico-dinâmico na classificação das doenças mentais se consolidou: noções como neurose e conflito neurótico são frequentes em quase todo DSM-II (Russo; Venâncio, 2006, p. 464). Todavia, essa segunda edição recebeu inúmeras críticas. No contexto interno às práticas da psiquiatria, o manual foi censurado por suas categorias de diagnóstico pouco adequadas ao cotidiano clínico dado o distanciamento em relação aos demais ramos da medicina tradicional (Siqueira, 2009, p. 26). Em confronto com a perspectiva psicanalítica e diante de certo sucesso dos primeiros psicofármacos, psiquiatras perfilados a uma vertente biológica criticavam ainda a suposta ineficácia das terapêuticas psicodinâmicas nos transtornos mentais mais graves (Henriques, 2015, p. 95).

O DSM-II sofreria também, nos EUA, restrições pelas companhias de seguros de saúde que limitaram a cobertura de inúmeros tratamentos psiquiátricos alegando pouca clareza terminológica dos diagnósticos – em especial, na restrição às terapias psicanalíticas cujo o tempo de intervenção não era passível de previsão nos orçamentos (Henriques, 2015, p. 95). Por fim, existiam ainda pressões das companhias farmacêuticas por uma classificação de patologias mentais clinicamente aplicável, tanto para facilitar a realização das pesquisas necessárias à aprovação de registros de novos fármacos – visto que a FDA (a agência federal estadunidense do Departamento de Saúde e Serviços Humanos) exigia a comprovação de que a substância fosse eficaz para um transtorno específico –, como para o reembolso dos medicamentos pelas seguradoras de saúde estadunidense (Russo; Venâncio, 2006, p. 466).

Nesse contexto, entre 1974 e 1979 a APA organizou uma revisão do DSM-II que resultaria na publicação de sua terceira edição. Coordenado pelo psiquiatra Robert Spitzer (1932-2015), o grupo de trabalho que elaborou o DSM-III foi formado por psiquiatras biológicos ligados à Universidade de Washington, denominados de neokrapelinianos e que seriam responsáveis ainda pela produção (em 1992) e revisão (em 2000) da quarta versão do DSM (Aguiar; Ortega, 2017, p. 899). De saída,

na composição dessa equipe a APA já se colocava em oposição à perspectiva psicanalítica então predominante (Côrtes, 2012, p. 245).

Com base nos estudos populacionais, em dados epidemiológicos e no desenvolvimento das neurociências, o grupo de elaboração do DSM-III construiu um sistema de catalogação clinicamente mais aplicável. Agrupadas como síndromes – com base nos sintomas manifestos tal como as classificações de Kraepelin – e utilizando um único vocabulário de referência, as categorias trouxeram critérios detalhados para diferenciação dos diagnósticos (Bezerra Jr., 2010, p. 122). Dessa forma, o DSM-III simbolizou uma transformação na categorização das patologias pela APA: de um ecletismo teórico e referências à psicanálise presentes nas classificações precedentes passou-se a uma clínica sindrômica e biologicamente orientada.

Nesse sentido, o DSM-III pode ser compreendido como mais um capítulo no processo de remodelização da psiquiatria no decorrer da segunda metade do século XX (Russo; Venâncio, 2006, p. 468). Nessa edição do manual, as histórias de vida, as condições emocionais e as circunstâncias sociais que podem estar entremeadas às patologias psiquiátricas passaram a ocupar um papel secundário em relação a um suposto vínculo implícito entre manifestações sintomáticas, desequilíbrios neuroquímicos e prescrição de psicofármacos para atenuação desses sintomas (Freitas; Amarante, 2017, p. 49). Com o paulatino abandono das terapêuticas pela fala-escuta, das práticas de simbolização e atribuição de significado existenciais aos sofrimentos psíquicos, a psiquiatria passaria definitivamente a se distinguir da psicanálise (Ferreira, 2014, p. 2). Dessa forma, uma psiquiatria com orientação neurobiológica na compreensão dos distúrbios psíquicos se tornaria prevalente com a terceira edição do DSM (Bezerra, Jr., 2010, p. 128).

Alardeado, em seu lançamento em 1980, como um guia pretensamente científico e a-teórico (apesar do estreito vínculo com a psiquiatria neurobiológica), o DSM-III elencava 265 categorias diagnósticas (contra 182 da segunda edição). Além de um desdobramento de categorias anteriores em novos transtornos, esse aumento no número de patologias correspondeu também à psiquiatrização de comportamentos, experiências e atitudes até então não patologizados (como o transexualismo, o orgasmo feminino inibido, a ejaculação precoce, as dificuldades de aprendizagem na leitura e na matemática) (Burkle, 2009, pp. 66-67). De certa forma, a partir dessa edição do manual passamos a ser constituídos como indivíduos normais potencialmente propensos a transtornos (Passeti, 2012, p. 107).

Uma das inovações no DSM-III foi a operacionalização da noção de transtorno mental. Apesar da referência ao termo estar presente desde o título da primeira edição, o conceito de transtorno mental

(*mental disorder*) consolidou-se no DSM-III em prejuízo à ideia de doença mental (*mental illness*) (Birman, 2014, p. 35). O abandono da concepção das agruras psíquicas como doença decorreu da renúncia, nessa edição, de se pretender classificar os problemas psíquicos a partir de suas etiologias orgânicas (em virtude tanto do desconhecimento anátomo-fisiopatológico de inúmeros transtornos como pela ausência de marcadores neurobiológicos confiáveis para o diagnóstico dessas patologias) (Martinhago; Caponi, 2019b, p. 8).

Por conseguinte, a terceira edição do DSM (APA, 1989) definiu transtornos como síndromes, conjuntos de sintomas expressos em padrões comportamentais (condutas destoantes e não previsíveis) ou psíquicos (sentimentos dolorosos e pensamentos desconfortáveis), clinicamente significantes em termos estatísticos de ocorrência e que acarretam prejuízos em uma ou mais áreas importantes de funcionamento social (Caponi, 2009b, p. 331).

A partir de Foucault (2008b, p. 404), pode se compreender transtornos como realidades de transação, uma interface constituída no jogo das relações de poder que visa capturar o que lhes escapa sem cessar. Nessa perspectiva, os limiares entre normalidade e patologia têm se tornados cada vez mais difusos e imprecisos, multiplicando-se os aspectos da vida humana que foram categorizados como objetos da psiquiatria (Côrtes, 2012, p. 21).

Na prática clínica da psiquiatria, o DSM-III permitiu chegar a um diagnóstico a partir da enumeração dos sintomas que o sujeito manifestou em determinado período, independente dos distintos contextos concretos de existência em que emergiram os sofrimentos psíquicos (Caponi, 2009b, p. 330). Ao seguir os critérios trazidos por essa edição do manual, qualquer médico (não necessariamente um psiquiatra), em qualquer lugar do mundo, pode alcançar o mesmo diagnóstico – homogeneizando as diferentes experiências numa única categoria massificante (Rose, 2013, p. 201) e que atribui formas padronizadas de ser, comportar e agir, numa espécie de subjetividade prêt-à-porter (Siqueira, 2011, p. 227).

Enquanto modelo predominante de classificação de distúrbios psíquicos, o DSM-III participou ainda de uma linha sinérgica entre argumentos neuroquímicos (as desregulações em fluxos de neurotransmissores como suposta causalidade dos transtornos), psicofármacos e indústria farmacêutica. Paradoxalmente, ainda que a disposição nosológica dessa versão do guia se pautasse na divisão em categorias sindrômicas sem fundar-se em bases fisiopatológicas efetivas, a prática clínica que se segue ao diagnóstico orientado a partir dessa edição do DSM pressupõe uma terapêutica farmacológica que intervém em termos neuromoleculares, ocasionando modificações químicas em funções moleculares do cérebro (Caponi, 2009b, p. 330).

Essa aparente incoerência pode ser compreendida pelo fato de que, a despeito também dos estudos inconclusivos sobre as ações dos psicofármacos no organismo como um todo (Caponi, 2018, p. 102), essa classe de medicamentos apresenta como principal resultado a minoração ou a cessação dos sintomas (a base da categorização do DSM-III). No âmbito clínico foi associado, de forma implícita, a cada transtorno um específico psicofármaco como proposta terapêutica – e o sucesso do medicamento no controle dos sintomas fecharia um ciclo, confirmando o próprio diagnóstico. Assim, com o DSM-III o ato de prescrever psicofármacos passou a se tornar a prática prevalente na clínica psiquiátrica (Pereira, 2013, pp. 40-41).

Além do financiamento de pesquisas, do patrocínio de congressos médicos e de auxílios no custeio da própria APA, a indústria farmacêutica participou ainda diretamente em campanhas de popularização de alguns transtornos criados pelo DSM-III, na imprescindível produção de novos doentes para a expansão de seus negócios (Freitas; Amarante, 2017, p. 33). Nesse sentido, por exemplo, o laboratório estadunidense *Upjohn* foi responsável por campanhas publicitárias sobre o transtorno de pânico e a indicação de seu benzodiazepínico, o *Xanax* (alprazolam), para esse distúrbio; a companhia suíça *Roche* realizou ações de divulgação dos transtornos de fobia social e obsessivo-compulsivo com a recomendação, respectivamente, de seus fármacos moclobemida e clomipramina (Henriques, 2015, pp. 123-129).

Em suma, com a publicação dessa terceira edição do DSM e sua internacionalização progressiva pela mediação da OMS que nela se baseia em sua categorização de transtornos mentais na atual CID-11, esse manual se consolida como uma espécie de “Bíblia” (Russo; Venâncio, 2006, p. 465) da psiquiatria neurobiológica contemporânea, dada sua prevalência global na orientação clínica e nas categorizações utilizadas em pesquisas nessa área da saúde (Bezerra Jr.; 2010, p. 122).

Por fim, o aumento crescente de categorias até o atual DSM-5 (lançado em 2013 com mais de 400 transtornos listados) corresponde ainda a uma expansão das táticas de governo biopolítico psiquiátrico das condutas. Nesse progressivo processo de psiquiatrização da existência (Birman, 2014, p. 24), a extensão das classificações de transtornos mentais captura cada vez mais indivíduos, que passam a ter as suas agruras e experiências reduzidas a um rótulo médico-psiquiátrico e a uma terapêutica psicofarmacológica (Bezerra Jr., 2010, p. 122).

Dessa forma, não são mais os degenerados, os sífilíticos, os criminosos natos ou os neurastênicos os alvos dos esforços da atual psiquiatria neurobiológica, mas os sujeitos “normais”, todos nós, agora virtualmente passíveis de sermos diagnosticados com um transtorno. Se a psiquiatria de meados do século XIX operou uma banalização da figura do monstro (Foucault, 2010, p. 49), na



contemporânea biopolítica psiquiátrica trata-se de uma “*banalização do anormal*” (Côrtes, 2012, p. 326, grifos da autora).

#### 4. EMERGÊNCIA E CONSOLIDAÇÃO DO PROZAC

Após mais de três décadas da emergência dos primeiros psicofármacos e sete anos após a publicação do DSM-III, em dezembro de 1987, o *Prozac* foi lançado pela companhia farmacêutica estadunidense *Eli Lilly* como a mais promissora novidade no mercado de medicamentos psiquiátricos (Côrtes, 2012, pp. 249-250). As singularidades apregoadas pelas peças publicitárias a esse novo medicamento se referiam a uma maior eficácia em virtude de uma pressuposta ação neuromolecular exclusiva sobre a serotonina – daí o nome da classe de fármacos que essa substância inaugura, os *inibidores seletivos de recaptação da serotonina* – e mencionavam os menores efeitos colaterais associados ao seu uso (Rose, 2003, p. 51).

A produção desse fármaco com presumida intervenção neuromolecular seletiva fundamentava-se na lógica neurocientífica de que aminas cerebrais específicas sustentam determinados humores, comportamentos e afetos. Mesmo com a ausência de fortes evidências a respeito dos vínculos entre desequilíbrios em neurotransmissores e a etiologia dos transtornos mentais, desse pressuposto proveio o caráter icônico do *Prozac* como um dos primeiros psicofármacos projetados para agirem de forma específica em um único neurotransmissor, afetando – assim – apenas os sintomas a ele correlacionados (Rose, 2003, p. 55).

Logo de saída, esse novo psicofármaco – inicialmente indicado para os transtornos depressivos – obteve sucesso em razão de inúmeros fatores. Primeiro, os reduzidos efeitos colaterais em comparação aos medicamentos psiquiátricos então existentes, que acarretavam, entre outras consequências, discinesia, sedação, prejuízos na memória, ganhos de peso, problemas cardíacos e convulsões (Sadock, 2007, p. 604). Essa atenuação das repercussões adversas – o *Prozac* geralmente ocasiona apenas pequena dor-de-cabeça, um pouco de náusea e/ou diarreia e certa inibição do apetite, efeitos que tendem a desaparecer com a continuidade do medicamento – permitiu uma maior aceitabilidade desse psicofármaco em relação aos anteriores. Os medicamentos psiquiátricos até então ou eram usados de forma majoritária pelos severamente acometidos por transtornos mentais que obtinham certos benefícios apesar dos efeitos colaterais ou eram feitos de forma intermitente (Bezerra Jr., 2010, p. 128).

Um segundo motivo se relaciona à simplicidade e à segurança no manejo do medicamento. Ele é administrado uma única vez ao dia e, em muitos casos, a dose inicial já é terapêutica. Após poucas semanas de consumo os principais sintomas depressivos tendem a diminuir ou desaparecerem – diferente das terapias psicanalíticas nas quais são demandados meses ou até mesmo anos de trabalho terapêutico. Além disso, em relação aos riscos de abuso na sobredosagem por pacientes potencialmente suicidas, o *Prozac* apresentava segurança mesmo nos casos de overdose (Schatzberg, 2009, p. 60).

Associada à operacionalização da noção de transtorno no DSM-III que permitiu a qualquer médico chegar a um diagnóstico psiquiátrico, a simplicidade e segurança no uso do *Prozac* levaram à expansão de sua prescrição por médicos não psiquiatras (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p. 220). Em especial, a indicação de ISRS por médicos da atenção primária para as infelicidades cotidianas de seus pacientes (Rose, 2016, p. 227).

Um terceiro fator responsável pelo êxito inicial do *Prozac* foi a ampliação das indicações desse psicofármaco para inúmeros outros transtornos. Logo nos primeiros anos após a sua entrada no mercado, evidências clínicas do papel desse medicamento na minoração de sintomas de transtornos obsessivo-compulsivo, do pânico, alimentares, pré-menstrual começaram a ser constatados – a ponto de farmacologistas discutirem se seria apropriada a sua designação como antidepressivo (Ehrenberg, 2004, p. 146) e da FDA aprovar seu uso para esses distintos distúrbios psiquiátricos (Sadock; Sadock, 2013, p. 225). Por conseguinte, outros transtornos menos graves – como a distímia – e que antes eram tratados somente com psicoterapia foram capturados para o campo da psicofarmacologia (Grant, 1994).

O *Prozac* contribuiu ainda no reavivamento do argumento do déficit de serotoninas enquanto fator etiológico dos transtornos depressivos (Whitaker, 2015, p. 85). Se esse ISRS levava a diminuição ou a remissão das manifestações depressivas (e de sintomas de outros transtornos relacionados a essa amina específica), logo – nessa racionalidade psiquiátrica invertida da referida “biologia menor” (Pignarre, 2012), onde a eficácia do medicamento confirma o diagnóstico do distúrbio – essas condições psiquiátricas deveriam ter suas raízes no desequilíbrio químico desse neurotransmissor (Caponi, 2009a, p. 138).

Diferente dos primeiros psicofármacos, o *Prozac* não foi propriamente descoberto, mas industrialmente desenvolvido. Desde os primeiros antidepressivos – produzidos em meados dos anos 1950 e que demonstraram uma suposta eficácia por agirem em determinadas aminas cerebrais – os laboratórios farmacêuticos estavam investindo em estudos por uma substância que atuasse

especificamente na serotonina e não suscitassem as perigosas consequências colaterais desses medicamentos anteriores (Côrtes, 2012, p. 249). Em 1972, uma equipe de pesquisadores da Eli Lilly sintetizou uma substância denominada LY86032 – ligeiramente alterada para a criação do cloridrato de fluoxetina – que apresentava tais atributos.

Todavia, se havia clareza que um inibidor de recaptação da serotonina tinha sido projetado, as possíveis indicações desse composto ainda estavam em aberto. As experiências iniciais com a fluoxetina foram para tratamento de hipertensão e como um agente antiobesidade. Em 1977, os primeiros ensaios para depressão não foram auspiciosos: nenhum dos oito pacientes submetidos aos testes apresentou uma melhora evidente e reações adversas (como inquietação motora) foram verificadas (Whitaker, 2015, p. 337). Contudo, projeções econômicas do início dos anos 1980 apontando que o mercado de antidepressivos cresceria levou a *Eli Lilly* a acelerar o desenvolvimento da fluoxetina como um antidepressivo. Assim, já em 1985 o laboratório disponibilizaria estudos clínicos que evidenciavam as supostas propriedades antidepressivas do *Prozac* (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p. 236).

Êxitos à parte, uma série de críticas também acompanham a trajetória histórica do *Prozac*. Em relação aos efeitos do psicofármaco no organismo, a principal contestação foi realizada pelo psiquiatra Peter Breggin, consultor do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA. Para Breggin, o *Prozac* e outros ISRS não retificam um desequilíbrio neuromolecular, mas – ao contrário – produzem-no! Os ISRS ao bloquearem a reassimilação da serotonina pelo neurônio pré-sináptico fazem com que essa amina se acumule entre as sinapses. Todavia, como o próprio cérebro monitora o nível de neurotransmissores disponíveis para as comunicações sinápticas, após poucas semanas de medicação os neurônios pré-sinápticos passariam a produzir mais serotonina, enquanto os neurônios pós-sinápticos não conseguiriam dar conta do excesso dessa molécula (Whitaker, 2015, p. 85). Não obstante o conhecimento sobre alguns eventos moleculares próximos aos neurônios serotoninérgicos, as pesquisas em psiquiatria não alcançaram – nem mesmo após a emergência do *Prozac* – resultados conclusivos a respeito de como realmente as aminas agem no organismo (Rose, 2020, p. 7).

A despeito dessas críticas, a indústria farmacêutica não deixou de lucrar com o *Prozac*. Uma conjunção de elementos contribuiu para a generalização do consumo desse medicamento. Além da já citada maior aceitabilidade devido aos menores efeitos colaterais e às facilidades de uso, a criação de novas categorias de transtornos na publicação então relativamente recente do DSM-III em 1980 representou também um campo de patologias ainda pouco explorado pela psicofarmacologia e no qual o *Prozac* – como referido – passou a ser prescrito.

Em decorrência dessa expansão do mercado de antidepressivos, os ganhos com a venda do *Prozac* superariam as previsões iniciais de Wall Street que indicavam rendimentos entre 135 e 400 milhões de dólares anuais para a Eli Lilly (Whitaker, 2015, p. 342). Em apenas cinco anos, esse psicofármaco superou os antidepressivos tricíclicos em vendas e já havia sido consumido por cerca de 8 milhões de pessoas, metade apenas nos EUA (Côrtes, 2012, p. 210). Em 2000, as vendas da fluoxetina alcançaram – somente nesse país – 2 bilhões de dólares (Schatzberg, 2009, p. 60). Dados sanitários informavam que, no EUA de 2002, perto de 11% das mulheres e 5% dos homens faziam uso regular de antidepressivos em geral e, em 2007, a prescrição desses psicofármacos já superava a de medicamentos para hipertensão (Freitas; Amarante, 2017, p. 97). A quarta edição de um dos principais manuais de psicofarmacologia estadunidense de 2013 estimava que, exclusivamente nessa nação, as prescrições de ISRS ocorriam com uma frequência de 6 por segundo, 24 horas por dia, 7 dias por semana (Stahl, 2014, p. 406). Por conseguinte, não é de assustar que, nos EUA da década de 1990, a venda de psicofármacos tenha avançado incríveis 638% (Rose, 2013, p. 290)!

Dado o caráter global da psiquiatria neurobiológica estadunidense consolidado com o DSM-III, o aumento de vendas do *Prozac* não se restringiu a esse país. Em 2001, 60 milhões de pessoas no mundo já tinham utilizado o psicofármaco (Côrtes, 2012, p. 210). Entre os anos de 1990 a 2000 o mercado de psicofármacos em geral cresceu 200% na América do Sul, 137% no Paquistão, 50% no Japão e 126% na Europa (Rose, 2013, p. 290).

Um último ponto relacionado a essa popularização do consumo de psicofármacos a partir do lançamento do *Prozac* se deve a uma utilização desse para além das patologias ou transtornos. A partir dos confusos limiares entre enfermidade mental e normalidade decorrentes da contemporânea psiquiatrização da vida através da extensão do número de categorias a cada edição do DSM, a nova geração de medicamentos psiquiátricos estabelecida com o *Prozac* também passa a ser prescrita para condições não-estritamente patológicas (Rose, 2013, p. 308). O humor cotidiano, características de personalidade (como a timidez), sono, níveis de disposição, cognição e memória – entre outros traços da subjetividade já psiquiatrizados pelos argumentos neuromoleculares, como mencionado anteriormente – tornaram-se alvos de intervenções neurobiotecnológicas mediadas pelos ISRS (Rose, 2013, p. 163).

Dessa forma, a inauguração dos ISRS pelo *Prozac* consolida uma biopolítica psiquiátrica *neuromolecular* na qual esses medicamentos atuam dentro de um *continuum* de normalidade – ou de quase normalidade que apenas tangência os espectros de transtornos (Rose, 2013, p. 19). Assim, esses psicofármacos funcionam como suportes às agruras e às frustrações contemporâneas e também

como tecnologia de otimização e aprimoramento das performances dos sujeitos diante das demandas das sociedades atuais (Birman, 2014, p. 25).

Nesse último aspecto, as dimensões político-subjetivas do atual emprego médico dos psicofármacos aparecem com maior clareza. Enquanto ferramentas de modulação química dos sujeitos, os medicamentos psiquiátricos se caracterizam – nesse uso não-estritamente patológico – como instrumentos de (auto)governo de nossas condutas e capacidades (Rose, 2013, p. 268). Distintos das tecnologias disciplinares de governo psiquiátrico realizada nos panópticos asilares, trata-se – hoje – de induzir e produzir comportamentos e atitudes por meio de uma tática capilar e discretíssima: a simples ingestão de uma pílula (Côrtes, 2012, p. 57)!

Em suma, dos primeiros passos da psicofarmacologia nos anos 1950 até a produção dos ISRS no fim dos 1980 se delineou também uma outra interface do farmacopoder (Preciado, 2018). Nessa perspectiva, muitos dos atributos descritos por Preciado em relação aos medicamentos hormonais se aplicam aos psicofármacos. Por ambas as classes de medicamentos se realizam intervenções de poder sobre uma densa interioridade corpórea-subjetiva – as múltiplas e silenciosas redes moleculares de comunicação bioquímica (Preciado, 2018, pp. 172-222). Produzidos *pari passu* ao longo da segunda metade do século XX, tanto os anticoncepcionais como os psicofármacos, enquanto táticas de governo de corpos livres, demandam a disciplina cotidiana dos sujeitos no consumo dessas pílulas. Por fim, enquanto entidades biopolíticas com status de *pharmakon* (Preciado, 2018, p. 180), os dois tipos de medicamentos são utilizados de modo ambivalente: de maneira estritamente terapêutica, como de forma política nos processos de medicalização e regulação farmacológica da existência.

## APONTAMENTOS FINAIS

Detendo-nos nos acasos e desvios dos pequenos começos (Foucault, 2016, pp. 55-56), meu objetivo neste texto foi realizar uma análise genealógica de certos processos – abordados numa perspectiva de inspiração foucaultiana enquanto pequenos acontecimentos – que levaram os psicofármacos à atual condição naturalizada de principal recurso terapêutico da psiquiatria neurobiológica. Essas dinâmicas aqui examinadas (a produção dos primeiros psicofármacos, a publicação do DSM-III e o lançamento do *Prozac*) participaram, desde a década de 1950, de um novo processo de medicalização da psiquiatria. Por meio desses movimentos nos quais as práticas e discursos psiquiátricos se reaproximaram dos pressupostos da medicina geral, mais uma vez a psiquiatria procurou legitimar suas intervenções em fundamentos médico-científicos tal como no século XIX (Foucault, 2006; 2010).

Acompanhado também por uma transformação no campo de ação – de uma perspectiva predominantemente asilar para intervenções psicofarmacológicas extra-muros –, o atual e prevalente paradigma neurobiológico resultante dessa medicalização da psiquiatria patologizou novas condutas e afetos (como o sono, a vigília, a disposição, a concentração). Ao serem psiquiatrizados, esses humores e comportamentos cotidianos se tornaram alvos de possíveis modulações químicas por meio dos atuais psicofármacos.

Essa corporeidade neuromolecular que emergiu na psiquiatria da segunda metade do século XX configurou-se como o principal *locus* de intervenção da esfera psicofarmacológica do farmacopoder (Preciado, 2018) e das novas formas de governo das condutas – “uma política molecular da psiquiatria” (Rose, 2013, p. 115) – presentes nos usos dos psicofármacos.

Nessa atual biopolítica psiquiátrica não se tratam mais, como no século XIX, das práticas asilares segregadoras de “ortopedia mental” e disciplinamento dos incorrigíveis ou da caça extra-asilar aos anormais e degenerados (Foucault, 2004; 2006; 2010). Os traços que singularizam essa biopolítica *neuromolecular* levada à cabo pelos psicofármacos envolvem: a) em um viés individualizante, uma instigação contínua dos próprios sujeitos – em nome de uma pressuposta livre realização de seus desejos e potenciais – na condução de seus recursos vitais e de seu próprio bem-estar (enquanto atributos de seu capital humano); b) numa perspectiva global, uma dinâmica ininterrupta de possibilidades de (re)inclusão de sujeitos aos circuitos socioeconômicos da vida social a céu aberto.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.; ORTEGA, F. Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, 2017, pp. 889-910.

APA-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-III – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. São Paulo: Manole, 1989.

BAIMA, C.; GRANDELLE, R. Brasil é o país mais deprimido da América Latina, aponta OMS. **O Globo**, Rio de Janeiro, 23 fev. 2017. Seção Saúde. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/brasil-o-pais-mais-deprimido-da-america-latina-aponta-oms-20969009>>, acesso em 20 mai. 2020.

BERRIOS, G. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 3, 2008, pp. 113-127.

BEZERRA JR., B. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In. FREIRE FILHO, J. (Org). **Ser feliz hoje: Reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010, pp. 117-134.

BIRMAN, J. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 17, n. especial, 2014, pp. 23-37.

BITTENCOURT, S.; CAPONI, S.; MALUF, S. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2013, pp. 219-247.

BRANT, L.; CARVALHO, T. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Interface**. Botucatu, v. 16, n. 42, 2012, pp. 623-636.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020**. Brasília, 2019. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf)>. Acesso em 09 jul. 2020.

BRASIL é o país mais ansioso do mundo segundo a OMS. **Revista EXAME**, São Paulo, 05 de jun. 2019. Seção Ciência. Disponível em: <<https://exame.com/ciencia/brasil-e-o-pais-mais-ansioso-do-mundo-segundo-a-oms/>>, acesso em 19 mai. 2020.

BRASILEIROS gastaram mais de R\$ 290 milhões na compra de calmantes entre 2007 e 2010. **Zero Hora**, Porto Alegre, 20 de já. 2012. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2012/01/brasileiros-gastaram-mais-de-r-290-milhoes-na-compra-de-calmantes-entre-2007-e-2010-3637595.html>>, acesso em 20 mai. 2020.

BUENO, R. Emprego clínico, uso indevido e abuso de Benzodiazepínicos – Uma revisão. **Revista Debates de Psiquiatria**. São Paulo, n. 3, 2012, pp. 6-11.

BURKLE, T. Uma Reflexão Crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM. **Dissertação de mestrado**, Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CAPONI, S. O diagnóstico de depressão, a "petite biologie" e os modos de subjetivação. In: CAPONI, S. et al. (Org.). **Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Florianópolis: Unisul, 2009a, pp. 135-143.

CAPONI, S. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 29, 2009b, pp. 327-338.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, S. La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. **Metatheoria**. Buenos Aires, v. 8, 2018, pp. 97-103.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores.** Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

COLLUCCI, C. Venda de calmante dispara no Brasil. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 jan. 2011. Seção Saúde. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1601201101.htm>>, acesso em 20 mai. 2020.

CORBANEZI, E. **Saúde mental e depressão: a função política de concepções científicas contemporâneas**, Tese de doutorado, Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

CORDÁS, T; MORENO, R. **Condutas em psiquiatria: Consulta rápida.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

CORRER, C. Quase 10% dos brasileiros usa 5 ou mais medicamentos: bom ou ruim? **Assistência Farmacêutica Avançada** (ABRAFARMA - Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias), São Paulo, 25 mar. 2018. Disponível em: <<https://www.assistenciafarmaceutica.far.br/artigo-polifarmacia-brasil/>>, acesso em 22 mai. 2020.

CÔRTEZ, M. Diabo e fluoxetina: formas de gestão da diferença, **Tese de doutorado**, Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

DEPRESSÃO é a maior causa de incapacitação no mundo, diz OMS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 mar. 2017. Seção Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/03/1871343-depressao-e-a-maior-causa-de-incapitacao-no-mundo-diz-oms.shtml>>, acesso em 20 mai. 2020.

EHRENBERG, A. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2004, pp. 143-153.

EHRENBERG, A. **O culto da performance: Da aventura empreendedora à depressão nervosa.** Aparecida, SP: Ed. Ideias e Letras, 2010.

FERRAZZA, D.; CRUZ, M. A procura da pedra da loucura: apontamentos sobre o processo de biologização da psiquiatria. **Athenea Digital Revista de pensamento e investigação social**, Barcelona, v. 18, n. 3, 2018, pp. 1-17.

FERREIRA, J. Sofrimento e Silêncio: apontamentos sobre sofrimento psíquico e consumo de psicofármacos. **Fórum Sociológico** [online], Portugal, n. 24, 2014.

FOUCAULT, M. O que é a Crítica. [Qu'est-ce que la critique? Critique et Aufklärung]. **Bulletin de la Société Française de Philosophie**, v. 82, n. 2, p. 35-63, abr./jun. 1990. Tradução de Gabriela Lafetá Borges e revisão de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/critique.html>>. Acesso em: 15 jul. 2018.



FOUCAULT, M.. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: FOUCAULT, M. **Ditos & escritos IV: estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, pp. 335-351.

FOUCAULT, M. A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na Psiquiatria Legal do século XIX (1978). In: **Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, pp. 1-25.

FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica: curso no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2013.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a Genealogia e a História. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016, pp. 55-86.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GIUSTI, K. Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 04, n. 08, 2016, pp. 191-216.

GRANT, R. Uma nova pílula no ‘american way of life’. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 fev. 1994; Caderno Mais. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/2/27/mais!/5.html>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HENRIQUES, R. **A Psiquiatria do DSM: pílulas para que te quero**. São Cristóvão-SE: Ed. UFS, 2015.

HOBSBAWM, E. Os anos dourados. In: HOBSBAWM, E. **Era dos extremos: o breve século XX – 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, pp. 202-224.

JAGGER, M; RICHARDS, K. Mothers little helper. In: ROLLING Stones. **Aftermath**. Universal Music Distribution, 2002. 1 CD. Faixa 1 (2 min 43 seg).

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

MAIA, I. **Disputas em torno da Ritalina**: uma análise sobre diferentes possibilidades de um fármaco, Dissertação de mestrado, Ciências Sociais, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações psiquiátricas. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v.16, n.1, 2019a, pp. 74-91.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019b, pp.1-19.

MORAES, A. Consumo de antidepressivos cresce 74% em seis anos no Brasil. **Veja Saúde**, São Paulo, 06 de jul. 2017. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/consumo-de-antidepressivos-cresce-74-em-seis-anos-no-brasil/>>, acesso em 20 mai. 2020.

PASSETTI, E. Loucura e transtornos: políticas normalizadoras. **Revista Ecopolítica**, n. 2. São Paulo: Nu-Sol, 2012, pp. 98-115.

PEREIRA, M. O DSM e a crise da psiquiatria. **Revista Cult, Dossiê – O poder da psiquiatria**. São Paulo, outubro de 2013, pp. 38-45.

PIGNARRE, P. A Revolução dos antidepressivos e da medida. **RAU: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1, 2012, pp.140-145.

PORTO, J. **Clorpromazina**: um remédio de seu tempo. Dissertação de Mestrado, História da Ciência, Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

PRECIADO, P. **Texto Junkie**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PROZAC: Cloridato de Fluoxetina. Responsável técnico: Márcia A. Preda. São Paulo. Eli Lilly do Brasil Ltda., 2016. Bula de remédio.

ROSE, N. Neurochemical selves. **Society**, n. 41, v. 1, 2003, pp. 46-59.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N. Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4) (Entrevista a Sergio Resende Carvalho et al). **Interface** (Botucatu), vol. 24, 2020, pp. 1-14.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, Ana. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2006, pp. 460-483.

SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SADOCK, B.; SADOCK, V. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SCHATZBERG, A. **Manual de Psicofarmacologia Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIQUEIRA, L. **O (in)divíduo compulsivo**: uma genealogia na fronteira entre a disciplina e o controle, Dissertação de mestrado, Ciências Sociais, Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SIQUEIRA, L. Somos todos transtornados: sujeições e servidões nas sociedades de controle. **Cadernos de Subjetividade** (PUC), São Paulo, v. 13, 2011, pp. 219-229.

STAHL, S. **Psicofarmacologia: Bases neurocientíficas e aplicações práticas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

UM MISTERIOSO ASSASSINATO EM MANHANTTAN. Direção: Woody Allen. TrisTar Pictures, 1993. Comédia, Cor, (108 min).

WHITAKER, R. **Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales**. Madrid: Capitán Swing, 2015.