



# Faces da medicalização em saúde mental: autonomia ou controle?

## **Edna Linhares Garcia**

*Docente do Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde e do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Psicologia na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul (SCS), Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR).*

## **Jodéli Fabiana Dreissig**

*Acadêmica de Psicologia da UNISC (SCS, RS, BR).*

## **Letiane de Souza Machado**

*Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da UNISC (SCS, RS, BR).*

## **Leonardo Freese Côrtes Austria**

*Psicólogo formado pela UNISC (SCS, RS, BR).*

## **Carolina da Silva Pedroso**

*Mestranda do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da UNISC (SCS, RS, BR).*

## **Cristiane Muller**

*Acadêmica de Psicologia da UNISC (SCS, RS, BR).*

### **Resumo**

Esse estudo objetiva discutir a medicalização a partir da análise dos sentidos produzidos nos discursos de pacientes internados em unidades hospitalares de saúde mental. Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Foram incluídos 25 pacientes internados na unidade de saúde mental de três hospitais pertencentes à 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, com idades entre 18 e 60 anos. Observou-se que os sintomas dos transtornos mentais levam à interdição do sujeito, limitando sua autonomia e seu convívio social. As narrativas demonstram que a vontade de ser aceito, reconhecido como sujeito e reinserido socialmente, motiva a adesão, aceitação ou submissão aos psicofármacos. Assim, a utilização dos psicofármacos é nutrida na justificativa de controlar os comportamentos considerados socialmente inadequados. Contudo, a prescrição desconsidera a singularidade do sujeito, que não parece implicado ou sendo protagonista ao longo desse processo. Na verdade, assiste-se a uma suplantação do desejo de ser aceito e reinserido na sociedade.

**Palavras-chave:** Medicalização; Saúde Mental; Autonomia; Sociedade.

### **Abstract**

This paper aims to discuss medicalization based on an analysis of the meanings produced in the discourses of patients admitted to mental health hospital units. Exploratory, descriptive study with a qualitative approach. It included 25 patients admitted to the mental health unit of three hospitals belonging to the Rio Grande do Sul / Brazil, aged between 18 and 60. It was observed that the symptoms of mental disorders lead to the interdiction of the subject, limiting their autonomy and social interaction. The narratives show that the desire to be accepted, recognized as a subject and socially reintegrated motivates adherence, acceptance or submission to psychotropic drugs. The use of psychotropic drugs is nourished by the justification of controlling behavior considered socially inappropriate. The prescription of drugs disregards the singularity of the subject, who does not seem to be protagonist in these investigations, supplanted by the desire to be accepted and reintegrated into society.

**Keywords:** Medicalization; Mental Health; Autonomy; Society.

## Introdução

No contexto da saúde mental, o uso de psicofármacos é um aliado aos tratamentos, visando amenizar sintomas, reduzir comportamentos de risco e proporcionar uma melhor qualidade de vida. De modo geral, apesar de apresentar um papel paliativo, a prescrição de psicofármacos deve ser praticada dentro das fronteiras éticas e de cuidado integral à saúde, evitando o aprisionamento do sujeito à terapia medicamentosa. Percebe-se, dentro de um cenário de banalização de prescrição de fármacos, que a lógica do biopoder centrada no conhecimento médico passa a produzir discursos que mantêm relações de poder sobre a vida na esfera social (Cordeiro *et al.*, 2020). Para os autores, o biopoder identifica a medicalização e a medicamentação como partícipes no controle dos comportamentos do sujeito em sofrimento psíquico.

Para melhor compreensão, devemos diferenciar os termos: medicação, medicalização e medicamentação. A primeira, medicação, é o ato de administrar medicamentos. Trata-se de uma prática importante no âmbito da saúde, estabelecida quando não há outra forma de cura para doença orgânica, senão pela própria medicação. A segunda, medicalização, é definida como um rearranjo/ apropriação de questões sociais, anteriormente não-médicas, para dentro da esfera da medicina. E, por fim, a medicamentação, termo utilizado para descrever o uso de fármacos para tratar problemas que foram medicalizados, ou seja, a expansão do processo de medicalização para campo extracientífico (Rocha *et al.*, 2019).

É fato que, para o homem de hoje, não há espaço para as frustrações pessoais, e a tendência talvez seja o comportamento evitativo destas sensações. O ser humano hoje não tolera seus próprios vazios; e desta forma, nesta configuração social, os medicamentos acabam regendo vidas, na tentativa de tamponá-los. (Foucault, 2009; Id., 2010). Neste artigo, toma-se como ponto de referência, então, as análises teóricas de Michel Foucault (2008), que compreende a medicalização da vida como o aprisionamento silencioso da liberdade do indivíduo em uma sociedade, e que incentiva o discurso ambivalente de que tudo é permitido, mas nem tudo convém. Uma sociedade que defende liberdade sem limite, mas que, no fundo, captura a todos numa rede regulada, onde o poder de controle é exercido de modo generalizado, isto é, de todos sobre cada um.

Observar como se estabelecem algumas práticas de intervenção em Saúde Mental, nos hospitais que mantêm unidades específicas para pacientes internados em sofrimento psíquico, nos conduz aos fenômenos humanos, como a autonomia e o controle

da vida. A saúde mental é permeada de complexidades, com diversas dimensões psicossociais que determinam não somente a caminhada da reforma psiquiátrica, como também as diversas faces da medicalização neste contexto. A condição e o desejo do sujeito devem ser considerados “normais”, o que revela a necessidade humana de encontrar estratégias que possibilitem uma geração de sentido para vida, e, conseqüentemente, o reconhecimento de valor social, restabelecendo a potencialidade enquanto cidadão (Oliveira; Martins, 2020).

Neste sentido, o processo transformador da caminhada da reforma psiquiátrica, e a prática constante de prescrição de medicações de forma padronizada, provocam o seguinte questionamento: como o sujeito experiencia a medicalização da própria vida? As medicações prescritas nestas unidades de internação em saúde mental são compreendidas como trazendo melhoria ou como algo que controla sua liberdade?

Desse modo, o objetivo desta pesquisa foi discutir a medicalização a partir da análise dos sentidos produzidos nos discursos de pacientes internados em unidades hospitalares de saúde mental. No decorrer do estudo, evidenciou-se efeitos no processo de autonomia, controle da própria vida e sua relação com as medicações prescritas.

## Metodologia

O presente artigo trata de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Tem como intuito analisar casos concretos a partir de particularidades locais e temporais, fazendo uso das expressões e atividades dos indivíduos em seus contextos. Pretendeu-se estudar a medicalização através das relações, representações, percepções, opiniões e interpretações que os sujeitos internos fazem a respeito do que sentem e pensam (Minayo, 2013).

O estudo fez uso da proposta teórico-metodológica de Spink (2013), através do método da análise de produção dos sentidos. Os sentidos produzidos são compreendidos como uma construção social contextualizada histórica e culturalmente. Essa construção oferece o manejo de situações e de fenômenos do mundo social a partir de práticas discursivas. Essas práticas utilizam como elementos constitutivos a dinâmica, as formas e os conteúdos, os quais são repertórios interpretativos. O conhecimento na ótica da produção de sentido está relacionado ao posicionamento diante dos dados e das teorias, indicando a produção de sentido como um processo de negociação contínua de identidades sociais.

De acordo com a autora, a análise da produção dos sentidos exige um rigor técnico específico no momento do estudo dos resultados. A vantagem da compreensão dos sentidos produzidos pelos participantes se dá pela submissão dos dados a técnicas de objetivação da subjetividade, com a finalidade de não se perder o contexto nas quais tais sentidos ocorrem. Como recurso para se compreender a produção dos sentidos, utilizou-se mapas de associações de ideias. A análise dos sentidos foi sistematizada com objetivo de manter os aspectos da linguagem no exato momento em que elas ocorreram, permitindo a criação das associações que contemplam as narrativas dos participantes (Spink, 2013).

Participaram deste estudo 25 pacientes internados na unidade de saúde mental de três hospitais pertencentes à 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (8ª CRS), com idades entre 18 e 60 anos. Por questões éticas, os hospitais foram identificados como H1, H2 e H3, respectivamente. Todos apresentam características próprias, organizando seu plano terapêutico de forma individual conforme a demanda dos pacientes.

O Hospital H1 tem o maior número de leitos. A indicação para internação é realizada através de encaminhamentos pela rede especializada. No caso de urgência e emergência, o processo se dá mediante avaliação da própria equipe multiprofissional de saúde mental do H1. Trata-se de uma unidade fechada que possui normas específicas para o processo de tratamento de pacientes com algum tipo de sofrimento psíquico, seja por transtorno mental ou dependência química. A equipe é composta por profissionais das áreas de psiquiatria, neurologia, psicologia, assistência social, enfermagem, além de outros profissionais multidisciplinares. A psicóloga é exclusiva da unidade, atuando nos turnos da manhã e da tarde com os pacientes. O prazo de internação é de 15 dias, prorrogáveis conforme a situação. As visitas diárias são permitidas apenas a partir do oitavo dia de permanência na instituição, com duração de 30 minutos e com restrição para familiares de primeiro grau.

O hospital H2, apresenta o segundo maior número de leitos em unidade de saúde mental da 8ª CRS, possuindo extenso espaço físico. A instituição conta com uma equipe reduzida, mas oferece um profissional de Psicologia exclusivo para a unidade, além do suporte dos médicos. O prazo de permanência na instituição é de 21 dias, sendo liberadas visitas 3 vezes na semana, sem restrição de horários desde o primeiro dia de internação.

Por fim, o hospital H3, unidade de menor porte, possui um número de leitos reduzidos e com espaço amplo para os pacientes. O acesso é livre ao hospital e área externa, conferindo um certo trânsito aos internados. O profissional de Psicologia mantém atendimento

individual todas as tardes. O plano terapêutico compreende um período de 21 dias e as visitas são livres desde o início da internação.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: internação nas referidas unidades dos hospitais, maior de 18 anos. Como critério de exclusão: injúria física ou psíquica que impossibilite a participação. A exclusão foi realizada conforme checagem de evolução em prontuário.

Os dados foram coletados entre fevereiro e outubro de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em mídia digital, norteadas por um roteiro de perguntas e busca documental no prontuário dos sujeitos. Os participantes incluídos tiveram sua identidade preservada, sendo identificados com a letra “P”, seguido de um número diferenciado, do número 1 ao número 25, ou seja, P1, P2, P3 etc. Para fins de análise dos dados obtidos, seguiram-se as seguintes etapas: **a)** transcrição na íntegra das entrevistas; **b)** leitura flutuante do material transcrito; **c)** elaboração de marcadores dispostos em mapas de associação de ideias, preservando as sequências das falas e **d)** análise da produção dos sentidos, conforme proposto por Spink (2013).

Os marcadores desta análise se originaram dos sentidos produzidos vinculados ao tema da pesquisa. Tais marcadores de análise deram início ao mapa de associação de ideias, preservando as sequências das falas para a compreensão do contexto e o sentido produzido. As análises realizadas abordam questões de práticas medicalizantes nas unidades. O termo medicalização é compreendido como a usual prática de definir o modo de ser, de agir, de viver e de sentir através de uma relação causal biomédica, no lugar da verificação de outros aspectos que compõem a produção da saúde mental do indivíduo (Foucault, 1979, 1974/2010). O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados e discussão

Os resultados apresentados neste artigo são baseados nas narrativas dos sujeitos de pesquisa e subsidiaram a elaboração de três categorias temáticas **1)** Medicalização em saúde mental e a autonomia dos pacientes internados; **2)** O paciente e o “comportamento considerado normal” e **3)** Relação dos pacientes com as medicações prescritas.

Foram incluídos na pesquisa 25 indivíduos, sendo 18 do sexo masculino (72%) e 7 do sexo feminino (28%). A idade média foi de 36,8 anos de idade. O principal motivo de internação de 60%

(15 sujeitos) foi o diagnóstico de transtornos mentais, seguido da internação por dependência química em 40% dos sujeitos (n=10). Quanto ao tipo de internação, 60% foram voluntárias - com consentimento expresso do paciente (n=15), 32% com internação do tipo involuntária - sem consentimento do paciente (n=8), sendo 8% das internações involuntárias compulsórias - determinada por ordem judicial (n=2). Para caracterização e discussão dos resultados serão utilizados trechos das entrevistas realizadas, subsidiando as categorias acima citadas

## **Medicalização em saúde mental e a autonomia dos pacientes internados**

Por autonomia do sujeito, entende-se que esta ocorra quando o indivíduo é soberano sobre si mesmo, seu corpo e mente. Para esse marcador foram incluídos dados referentes à autonomia dos sujeitos, ou seja, a relação destes com suas vontades e a capacidade de imprimir orientação às suas ações, por si mesmo, e com independência. Como questão principal, buscou-se identificar de que modo o processo de medicalização pode (ou não) interferir em sua subjetividade e autonomia. Leva-se em consideração que não são todos os sujeitos que têm a capacidade de se autodeterminar. A autodeterminação é aprimorada ao longo da vida. No entanto, doenças, distúrbios mentais ou circunstâncias que restrinjam a liberdade podem levar a sua perda (Mendonça, 2019; Almeida, 2010).

Em primeiro momento, a discussão deste marcador traz à tona a redução da oportunidade de escuta especializada e ausência de orientações quanto às questões de tratamento terapêutico aos pacientes, que se encontram internados nas unidades de saúde mental. A Lei nº 10.216, que norteia a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) preconiza que a pessoa com transtorno mental tem o direito de receber toda e qualquer informação a respeito de sua doença e de seu tratamento. Assim, fica garantido aos pacientes internados, o direito de conhecer e de questionar qualquer situação.

Questionados a respeito do conhecimento sobre os riscos e benefícios dos tratamentos utilizados na unidade em que se encontravam, constatou-se que os entrevistados não foram informados, como é possível observar nas falas que se seguem: “Não... os benefícios, sim, ...que tira ansiedade, acho que isso, né?” (P10); “Não. Falaram que esse medicamento era bom pra eu me controlar mais e não andar na rua.” (P6); “Não,.. ninguém falou” (P21).

Almeida (2010) revela que quando, em algum aspecto a autonomia do sujeito é diminuída, a pessoa se mantém controlada

por outros e é colocada num lugar de incapaz de deliberar e agir com base em seus desejos e planos. Esse cenário pode ser observado nos casos de medicalização em saúde mental nos locais de internação, em que o conhecimento dos riscos e dos benefícios do tratamento são omitidos ou minimizados.

A autonomia é o fundamento da dignidade de todo ser humano. Quando se visualiza a relação da medicalização com a autonomia do sujeito, compreende-se como esta vivencia a medicalização em saúde mental. De acordo com Mendonça (2019), é pela sua autonomia que o sujeito se dignifica, não devendo ela ser restringida no intuito de substituir a livre vontade por aquilo que se acredita ser o melhor ou mais apropriado. Neste sentido, Rocha *et al.* (2019) apontam para a importância de compreender os limites, respeitar e acolher os sujeitos em suas singularidades a fim de se proporcionar o desenvolvimento da autonomia.

Durante a entrevista, P3 define sua subjetividade, forma de ser e agir quando submetido aos medicamentos: “*É que eu fico mais quieto, mais calmo, consigo conversar com todo mundo, do contrário eu sou muito agitado*”. Nesta mesma perspectiva, P2 narra seu cotidiano quando diz: “*Eu fico em silêncio, às vezes falo bastante, às vezes menos, mas eu fico mais mudo [...]*”. Ou seja, observa-se que este sujeito se define a partir de um “não falar”, do “silêncio”, do “calar-se”, traduzindo a influência da medicalização da vida, como forma destes indivíduos sentirem-se aceitos socialmente. Dentro da capacidade de exercício da autonomia faz-se necessário considerar que as diferenças relevantes que afetam as escolhas autônomas dos indivíduos internados devem ser ponderadas para se compreender e respeitar sua autonomia (Almeida, 2010).

Por conta das situações de vulnerabilidade a que, por vezes, são expostos, os participantes podem ser violados no atributo da dignidade. A medicação, nesses casos, se configura como a solução para o fim desta problemática. O indivíduo se submetendo à medicalização da própria vida, como uma forma para a conquista da felicidade.

Esta afirmação é confirmada na busca de todo ser humano pela felicidade (Brzozowski; Caponi, 2013). A partir dos recortes das falas dos sujeitos da pesquisa, se verifica que a medicalização está presente e atuante na sociedade e esta situação transforma fatos e comportamentos considerados inadequados socialmente, em patologias. Costa (2011) assegura que o sujeito em sofrimento psíquico se torna estigmatizado, e por carregar o rótulo de “louco”, deixa de exercer sua autonomia, ou seja, esta não é reconhecida pela sociedade.

Quanto ao tipo de internação a que são submetidos os entrevistados, observa-se um dado importante que também traduz questões provenientes do conceito de autonomia. A Lei da Reforma psiquiátrica define três modalidades de internação: internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória (BRASIL, 2001). Voluntária é o tipo de internação da maioria dos participantes desta pesquisa. Ela se dá quando o paciente solicita de livre e espontânea vontade, por considerar necessário para a própria saúde, como podemos identificar na fala do P13. Este participante, quando questionado durante a entrevista acerca do caminho percorrido até chegar à internação na unidade psiquiátrica diz: *“Abhh eu já quis voluntário, ... porque eu vi que tava sendo um problema já... tava me atrapalhando no meu trabalho... eu não tava cumprindo horários... e tavam me fazendo mal”* (P13). Da mesma forma, P18 indica a necessidade e conscientização da internação voluntária: *“Me trouxeram de casa porque eu quis. Vim direto pra cá. Eu não tinha mais controle... daí antes de vir eu tentei ir me controlando, mas sozinho não consegui”*.

O fenômeno da condição de internação voluntária, pertencente à maioria dos participantes da pesquisa, é justificado pela necessidade de controle dos próprios impulsos, reconhecidos e identificados por eles com características violentas, como se verifica na fala de P7:

*Mas esta internação é voluntária. Por minha vontade. Por causa dessa minha irritação, quando eu pego uma faca... minha família não sabe. To aqui por causa dessa irritação que me dá, vontade de pegar uma faca e matar as pessoas.*

Quanto aos sentidos produzidos pelos participantes a respeito da possibilidade de interagirem com o mundo externo, P4 verbaliza o seguinte:

*Antes eu tava meio que me sentindo bloqueada, assim... e agora eu consigo interagir... e tudo... com as pessoas... antes eu não conseguia nem conversar com as pessoas... me dava um nervosismo, assim... eu desconfiava... achava que todo mundo queria o meu mal e na verdade queriam me ajudar né? - Discernimento: é a palavra que explica como eu fiquei com a medicação.*

Buscar um discernimento na medicação revela o déficit da autodeterminação dos sujeitos. Nas falas os entrevistados traduzem o quanto visualizam e buscam transformações em si, a partir do controle de seus comportamentos pela medicação durante a internação. Foucault (2006) fala da medicalização como um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar. O autor defende que o sujeito só



vive sua autonomia quando consegue viver a própria vida, tendo a noção de capacidade de autodeterminação e vivendo de acordo com as próprias normas. Para autores como Costa e Paulon (2012), muitos indivíduos na situação de transtornos mentais não percebem o quanto podem apropriar-se dessa condição, sem a necessidade de uma autonomia controlada.

A autonomia, segundo Costa (2011), designa capacidade de se autorrealizar. A respeito da relação com o próprio diagnóstico, este reflete o quanto os sujeitos se reconhecem a partir de uma patologia, e do quanto sua subjetividade encontra-se enraizada neste diagnóstico:

*Eu tenho bipolaridade e esquizofrenia. Isso acontece quando eu tô sem medicação ou quando eu paro de tomar ou eu tomo errado e quando eu tomo medicação eu consigo conviver, me controlar, mas pouco, muito pouco (P5).*

Acerca destas subjetividade e autonomia ansiadas, Almeida (2010) entende que não cabe ao sujeito a adequação à proposta clínica, mas sim ao serviço (hospital com unidade de saúde mental) que deve ser capaz de absorver as demandas específicas de cada usuário. A instituição deve oferecer as mais diversas táticas para proporcionar aos sujeitos uma melhor interação com o mundo externo e estimular o reconhecimento de si e de suas potencialidades para a autonomia P8 nos diz: “*Eu não preciso ficar abobada pra melhorar, né? Não consigo raciocinar, nem nada, só dormir, dormir, dormir... e isso aí não é melhorar*”. E completa:

*Tu convive com um monte de gente, eu não consigo. A minha maior dificuldade é não conseguir conviver. [...] Eu não gosto de ficar no meio de gente, eu tenho dificuldade de conviver, gosto de ficar só no meu quarto, só comigo mesma, sozinha.*

A medicalização em saúde mental revela uma desatenção às individualidades e complexidades intrínsecas ao ser humano. Brzowski e Caponi (2013) sinalizam esse reducionismo, da transformação do sujeito que se encontra em sofrimento psíquico em objeto de práticas médicas. Práticas essas, limitadas através de diagnósticos acompanhados de prescrições de medicações, cujo objetivo é a “cura” de sintomas psíquicos, controlando os comportamentos, como revela a fala de P20:

*É bom o remédio... que dá a gente não fica com raiva, não chora, não bota sentimento pra fora... controla a cabeça. Com remédio não dá vontade de fugir, se matar, se enforcar, tomar veneno... bom que remédio tira pensamento. [...] Só os remédio pra me controlar, senão eu não tava mais aqui. Já tentei suicídio.*

Em análise dos aspectos relacionados à autonomia do sujeito, na compreensão de Foucault (2009), a medicina é quem oferece a matéria-prima das regras que guiam a vida moderna, nas formas gerais de existência e do comportamento humano individual. Dentro deste biopoder, o autor afirma ser a medicina quem cria normas de saúde e de vida, é ela que orienta os comportamentos e constitui, ou não, a norma. Ainda, segundo Foucault (2008), existe de fato um exercício de controle e gestão dos corpos, o qual impede a autonomia do sujeito, interferindo nas condutas individuais, não só no que diz respeito à doença mental, como também ao comportamento humano de uma forma geral. Dutra e Oliveira (2015) enfatizam a importância dos indivíduos se sentirem estimulados para que um dia voltem a gerenciar as próprias vidas. Nessa perspectiva, o exercício da autonomia representa o resgate da cidadania, com um cuidado integral, possibilitando a autoestima e o autocuidado.

## O paciente e o “comportamento considerado normal”

Este marcador traz a descrição da manifestação pessoal dos sujeitos pesquisados acerca do que seja “ser normal”. Esses indivíduos aspiram desenvolver habilidades para a manutenção de comportamentos considerados socialmente aceitáveis. Canguilhem (2011) aponta que a busca pelo controle do comportamento não compreende um questionamento sobre aquilo que se considera por normalidade. O autor afirma que o conceito do que seja “normal” refere-se à norma, a uma regra a ser seguida, àquilo que está na média. Ou seja, o que está na “média” revela e define o normal. Para Foucault (2006), normalizar é inventar normas para vigiar e controlar comportamentos, evitando desvios de modelos padronizados. A medicalização revela o campo normalizador do direito à saúde, e possibilita a normalização do controle individual.

O desejo de uma vida dentro da normalidade é revelado em vários discursos dos entrevistados, a fala desse sujeito aponta a dificuldade na definição concreta de “normalidade”, quando questionado sobre as sensações produzidas antes e depois das medicações:

*Ser normal é quando eu levanto, tomo meu banho, me escovo,... faço tudo, daí depois dos remédios, eu não consigo fazer nada... fico meio assim... Bahhh... antes...(pensa) não: depois da medicação... que daí eu consigo “me” voltar, me sentir melhor... ser normal... ahb não sei (P5).*

De acordo com Foucault (2006), sempre existiram pessoas mais ou menos excluídas do convívio social, seja por doença, classe social ou outros. Esta situação se estabelece em nome da harmonia, do equilíbrio social ou da normalidade. Na verdade, todo ser humano, por sua natureza, busca a estabilidade. Segundo Canguilhem (2011), toda perturbação de equilíbrio (a perda desta harmonia) é considerada anormal. Tudo que perturba a ordem estabelecida - desviando da normalidade - põe em risco aquilo que é conhecido como “normal”, como pode ser representado nesses recortes da entrevista: “*Eu consigo agir um pouco mais com as pessoas,... interagir um pouco,... um pouco só... mas não é como eu gostaria, não é como tu, como as outras pessoas normais...*” (P5). E ainda: “*O remédio controla um pouco a minha vida pra eu ficar normal [...] Fico sentadinho e não incomodo ninguém*” (P19).

O modo de um indivíduo ver e viver a vida, quando foge do que é visto como “normal” ou esperado pela sociedade, é o que define a “loucura”. Para Goffman (1988), o fato de um sujeito ser portador de algum transtorno mental não poderá impedi-lo de ser diferente, mas permitirá que este tenha outras formas de viver a própria vida. Ao que parece existe uma dificuldade dos pacientes se expressarem acerca do tema normalidade dentro do estigma da anormalidade.

Brzozowski e Caponi (2013) e Canguilhem (2011) confirmam que na medicalização o diagnóstico estabelecido a cada sujeito indica uma inadaptação social do indivíduo à sociedade, e este, por sua vez, busca incessantemente esta adaptação à normalidade, como se vê na seguinte fala de P17: “*Quero melhorar. Oportunidade de me controlar, conquistar a família, ser alguém de volta na vida, ter confiança dos outros pra poder trabalhar de novo. Saberem que o cara não é mais aquilo, que tá normal*”.

Um dos aspectos fundamentais do interesse pela conquista da normalidade de comportamentos perante seu diagnóstico, também é visível na fala de P1: “*Eu não admitia a doença. Mas a partir do momento que eu admiti que teria que tomar o remédio pra ficar normal eu comecei a ficar melhor...*”.

Ao que parece, os sujeitos tratam seus sentimentos (choro, tristeza, angústia, ansiedade) como sintomas desaprovados. Desse modo, sugerem que em algum momento estarão entre os “considerados normais”, uma vez que o processo vivenciado na internação deverá, necessariamente, chegar a um quadro desta normalidade almejada, como diz P23: “*Que a gente se sente bem... calmo, normal... os primeiros dias que eu cheguei aqui eu só chorava e depois dos remédios fazer efeito eu me senti normal...*”.

## Relação dos pacientes com as medicações prescritas

No presente marcador, o uso dos psicofármacos foi entendido pelos entrevistados como algo que lhes proporciona uma vida passível de controle, como uma forma de oportunizar a tomada de atitudes consideradas “normais”, que permitem conviver em sociedade e realizar atividades da vida diária como tomar banho, comer e dormir. De acordo com Rocha *et al.* (2019) e Canguilhem (2011), ser “normal” é compreendido como possuir um comportamento considerado aceitável e comum na comunidade a que se pertence. A tristeza, a ansiedade e o cansaço parecem ter um espaço de reconhecimento cada vez mais reduzido no cotidiano, sendo que qualquer demonstração dessas condições, entendidas como irregularidades, são de imediato corrigidas sem espaço para ponderação.

Para os participantes da pesquisa a medicalização parece ser a essência do existir, e os fármacos, como recursos ofertados. Existe de fato uma ambivalência nessa subjetividade, uma vez que ela se produz no “estar medicado”, ou seja, não há existência própria sem a medicação. O saber médico-psiquiátrico, no contexto neoliberal, tem favorecido a compreensão de que os psicofármacos possam ser a cura para o sofrimento dos indivíduos, fomentando, assim, um uso excessivo desses (Angel; Amaral, 2023).

Costa-Rosa (2013) afirma que a grande promessa de alívio oferecido pelo tratamento medicamentoso facilita o uso de uma pílula, ao invés do enfrentamento das situações de conflitos pessoais. A medicação chega aos pacientes como uma promessa de alívio imediato dos sintomas: “*Depois que eu tomo remédio me dá uma coisa boa, uma sensação boa, parece que quando eu boto na boca, já vai melhorar... vai passar tudo...*” (P15). Há, inclusive, a definição pessoal, de um dos entrevistados, sobre a medicação ter uma missão salvífica, conforme o seguinte trecho: “*Óia... Remédio, pra mim, me salva*” (P14).

Ressalta-se que o prazer em receber pílulas durante as internações seja um fator importante quanto à relação paciente/ medicamento, como fala P25: “*São uns quantos um laranja e um diazepam e dois branco. Gosto de todos*”. Neste discurso, o entrevistado verbaliza um sentimento positivo atribuído por ele a estas medicações.

Oliveira e Martins (2020) indicam que o uso das medicações em saúde mental possibilita uma importante melhora no relacionamento interpessoal das pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo para o convívio em sociedade. Essa relação com o medicamento, como fonte de controle, se torna parte integrante da vida dos pacientes a partir do momento em que estabelecem uma projeção futura na utilização contínua, pós-alta hospitalar. Há

uma visualização do fármaco como se fosse “receita de bem-estar”, conforme a seguinte verbalização:

*Gostei desse remédio... até nem sei se não vou comprar o mesmo quando sair daqui. Vou pedir uma receita. Mas tem que ser o laranjinha... e esse outro. Bah, eu tomo esses remédios e até parece que eu tô assim... nas nuvens. (P6).*

A atribuição e a condição de felicidade parecem estar relacionadas com a medicação prescrita: “*Esses remédio é bom pra mim, porque aí não vem esses negócios na minha cabeça... sem os remédio eu não sou normal... Deus me livre, eu não posso... Não sou feliz sem os remédios... a minha vida precisa deles...*” (P20). Da mesma forma, outro sujeito confirma: “*Vou dizer assim pra ti. Antes o cara sente uma ansiedade. Aí vem... o cara é medicado... passa tudo,... esquece tudo... Fico ótimo... Não lembro de nada. Não da ansiedade?*” (P17).

O bem estar pessoal almejado com o uso de medicações é outro fato revelador entre os sujeitos da pesquisa, pois trazem em seus discursos a importância destas, como se observa na fala de P7: “*Faz bem essa medicação... A medicação me faz bem... fico muito mais melhor... eu fico muito mais tranquilo por isso que eu preciso*”. Outros participantes desta pesquisa também trazem a mesma impressão através da seguinte afirmação: “*Depois que eu tomo me sinto bem mesmo. Me sinto bem*” (P16).

Destaca-se que apenas um dos sujeitos da pesquisa revela a busca nos medicamentos para a eliminação de todos os males da alma. Conforme expressa P5:

*Mas a gente sente né... um benefício... a gente sente.. como é que eu vou dizer... a gente fica mais... como eu vou dizer... fica normal,... fica... mas depois acaba ficando de volta... (faz sinal da loucura com o dedo na cabeça), quando tá sozinho, né... não é o remédio que vai te tirar tudo aquilo do teu coração,... que parece que tá rasgado, doendo,... isso remédio não tira da gente... não tira.*

A fala deste entrevistado define o quanto pode ser singularizada a relação com as medicações. Jerusalinsky (2001) defende que o problema destes sujeitos não está somente na administração e necessidade destas medicações, inclusive porque estas, geralmente, costumam ser eficazes, reduzindo muitos sintomas dos transtornos mentais. A problemática se encontra na posição em que estas medicações costumam ser colocadas, e isso envolve a incompreensão de outros aspectos emocionais que condicionam a vida deles. Quando P5 diz que as medicações prescritas não impedem suas dores afetivas, confirma-se o papel destes “comprimidos”, na medida em que são usados como “apagadores” e “silenciadores” da subjetividade destes sujeitos.

## Considerações Finais

Esse artigo teve como objetivo analisar os sentidos produzidos nos discursos dos pacientes submetidos à internação em unidades de saúde mental de hospitais, identificando as consequências nos processos de autonomia, controle da própria vida e suas relações com as medicações prescritas. Pesquisar a temática que envolve saúde mental, exige uma leitura da complexidade humana que é carregada de significados. O indivíduo que vivencia o sofrimento psíquico necessita ressignificar a própria existência para que desenvolva sua autonomia como sujeito, e assim apropriar-se da própria vida, percebendo suas singularidades, e não apenas as definições de seus transtornos como delineadores de um “controle da vida”, como muitos verbalizaram nas entrevistas.

Portanto, este trabalho espreitou fronteiras existentes no caminho percorrido entre o normal e o anormal humano, vislumbrando o protagonismo (infelizmente) ainda existente da medicalização na vida das pessoas em sofrimento psíquico. Os resultados demonstram que, para os sujeitos desta pesquisa (que necessitam fazer uso contínuo deste tipo de medicamento), os sintomas dos transtornos mentais impedem sua autonomia, sua capacidade crítica e limitam seu convívio social. Na mesma ordem, o uso contínuo das medicações teria a função de controlar os sintomas nos pacientes, e estabelecer o caminho para sua aceitação pela sociedade, alcançando o “normal”. Esta é colocada como a única forma de reinserção social destes indivíduos.

O sofrimento psíquico, seja transtorno mental, seja dependência química, é considerado um fenômeno psicossocial. Portanto, as respostas para essas questões de saúde pública devem ser coletivas, e não individuais. Ressalta-se a importância de estudos que busquem compreender a medicalização da saúde mental na sociedade. Ainda, a promoção de dispositivos e políticas públicas que valorizem os sujeitos, estimulando um reencontro com uma vida de sentido.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar discussões entre os profissionais de saúde acerca dos princípios da Reforma Psiquiátrica, para desfazer o estigma que o transtorno mental inscreve a quem é acometido por esta doença, bem como, o lugar que é colocado a medicalização. Esta aparece como cura, salvadora e como responsável por controlar e normatizar as pessoas. Na verdade, torna-se premente que se façam reconhecer também o lugar de abafamento dos questionamentos, dos desconfortos que evidenciam os conflitos psíquicos que os adoecem e que urge serem elaborados.

Esse estudo apresentou algumas faces e especificidades vivenciadas nos processos de medicalização, em que se estabelece uma justificativa científica para a normalização da vida. Com tais constatações, almeja-se o surgimento de outros estudos nesta linha que possam se dedicar à escuta desses sujeitos, oferecendo uma vida na busca de uma autonomia (e não somente controle dos comportamentos), tornando-os livres das “amarras” determinadas pelo transtorno mental. Por fim, tratou de compreender o significado das faces da medicalização em saúde mental: afinal, estamos diante da autonomia ou do controle?

## Referências

Almeida, Eduardo Henrique Rodrigues de. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 381-95, 2010. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/571/543](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/571/543) Acesso em: 19 abr. 2024.

Angel, Camila de Oliveira; Amaral, Augusto Jobim do. Controle e Saúde Mental: O Governo do Mal-Estar Contemporâneo. *Revista Polis e Psique*, v. 13, n. 1, p. 77-97, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/118382> Acesso em: 19 abr. 2024.

Brasil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, ano 113, 6 abr. 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 19 abr. 2024.

Brzozowski, Fabíola Stolf; Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nsyXmyxCm5p5JFHzymj9tLm/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2024.

Canguilhem, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 2011 [1974].

Cordeiro, Suzi Maria Nunes et al. O biopoder e a domesticação dos corpos: As representações sociais de psicólogos acerca do suporte TDAH e da medicalização. *Educação, Sociedade & Culturas*, n. 57, p. 85-104, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34626/esc.vi57.14>. Acesso em: 19 abr. 2024.

Costa, Diogo Faria Corrêa da; Paulon, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em debate*, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2024.

Costa, José Raimundo Evangelista da. Respeito à autonomia do doente mental: um estudo bioético em clínica psiquiátrica. *Revista Bioethikos*, v. 5, n. 1, p. 65-75, 2011. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/82/Art08.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

Costa-Rosa, A. Operadores fundamentais da atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. 2011. Tese (Livre-docência não publicada). *Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho*, Assis, São Paulo, Brasil, 2011.

Dutra, Virginia Faria Damásio; Oliveira, Rosane Mara Pontes. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*, v. 15, n. 4, p. 529-540, 2015. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756/pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

Foucault, Michel. *Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina*. São Paulo, Brasil: Verne, 2010 [1974].

Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal, 1979.

Foucault, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes, 2008 [1979].

Foucault, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes, 2006.

Foucault, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Ramalmete. Petrópolis, Brasil: Vozes, 2009 [1975].

Goffman, Erving. *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro, Brasil: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

Jerusalinsky, Alfredo. Com uma boa dose de carbolítio e um bom ansiolítico você não sentirá aflição pela morte de seu pai. *Correio da APPOA*, v. 90, p. 33-36, 2001. Recuperado de <http://www.appoa.com.br/download/correio137.pdf>.

Mendonça, Suzana Maria. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. *Revista Bioética*, v. 27, n. 1, p. 46-52, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271285>. Acesso em: 19 abr. 2024.





Minayo, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo, Brasil: Hucitec, 2013.

Oliveira, Esmael Alves de; Martins, Catia Paranhos. Sobre práticas de medicalização e “loucura”: algumas reflexões (in)disciplinadas. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 101-113, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.747>. Acesso em: 19 abr. 2024.

Rocha, Amanda Corrêa et al. Sofro, logo me Médico: A Medicalização da Vida como Enfrentamento do Mal-Estar. *ID on line*. Revista de psicologia, v. 13, n. 46, p. 392-404, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i46.1854>. Acesso em: 19 abr. 2024.

Spink, Mary Jane. *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.