

UM ESTUDO SOBRE OS PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO E DESMEDICALIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A STUDY ON MEDICALIZATION AND DEMEDICALIZATION PROCESSES IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

DOI: 10.16891/2317-434X.v13.e5.a2025.id2243

Recebido em: 22.08.2024 | Aceito em: 07.01.2025

Samuel Marques dos Reis^{a*}, Daiana Paula Milani Baroni^a

Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ, São João del-Rei – MG, Brasil^a
***E-mail: smdrsamuel@gmail.com**

RESUMO

A medicalização social trata-se de um processo em que os fenômenos, a autoridade ou a racionalidade produzidos pela Medicina passam a atuar e a regular aspectos da vida humana individuais e coletivos, favorecendo a construção de relações assimétricas no campo da saúde/saúde mental. O presente artigo de revisão busca realizar uma reflexão teórica acerca do processo de medicalização social, apresentando algumas propostas de desmedicalização em saúde mental introduzidas recentemente no Brasil, a partir da perspectiva do *recovery*. Para tanto, contribuições como a dos Grupos de Ouvidores de Vozes e do Diálogo Aberto se apresentam como estratégias desmedicalizantes que se inserem na proposta de cuidado centrada no protagonismo e interação entre os sujeitos como agentes de transformação de seus próprios processos e contextos. O artigo tem como objetivo refletir sobre práticas em saúde mental pautadas pelo saber da experiência e pela narrativa em primeira pessoa. Pôde-se concluir que intervenções grupais visando a desmedicalização, se apresentam como alternativas capazes de propor outras vias de cuidado, buscando resgatar o entendimento mútuo, a horizontalidade, a corresponsabilização, incentivando o autocuidado, a autonomia e o empoderamento do sujeito como protagonista de sua saúde.

Palavras-chave: Medicalização social; Saúde mental; Autonomia.

ABSTRACT

Social medicalization is a process in which the phenomena, authority or rationality produced by medicine begin to act and regulate aspects of individual and collective human life, favoring the construction of asymmetrical relationships in the field of health/mental health. This review article seeks to carry out a theoretical reflection on the process of social medicalization, presenting some proposals for demedicalization in mental health recently introduced in Brazil, from the perspective of recovery. To this end, contributions such as the Hearing Voices Groups and Open Dialogue are presented as demedicalizing strategies that are part of the care proposal centered on the protagonism and interaction between the subjects as agents of transformation of their own processes and contexts. The article aims to reflect on mental health practices guided by the knowledge of experience and first-person narrative. It can be concluded that group interventions aimed at demedicalization are presented as alternatives capable of proposing other ways of care, seeking to rescue mutual understanding, horizontality, co-responsibility, encouraging self-care, autonomy and empowerment of the subject as the protagonist of their health.

Keywords: Social medicalization; Mental health; Autonomy.



INTRODUÇÃO

A medicalização social constitui-se como um processo em que os fenômenos, a autoridade ou a racionalidade produzidas pela medicina passam a atuar e a regular aspectos da vida humana individuais e coletivos anteriormente considerados como não pertencentes à medicina (HOFMANN, 2016). Dessa forma, campos previamente sob a vigilância das leis, da moral, da política e/ou mesmo da religião tornam-se alvos da jurisdição da profissão médica e os desvios identificados são comumente tratados como doenças, por meio de diagnósticos e consequentemente tendo como proposta de tratamento intervenções médicas (SHOLL, 2017).

O processo de medicalização da vida produz uma determinação prévia do que seria a verdade do sujeito e de como deve ser o seu modo de viver para ser saudável, produtivo e adequado à sociedade. Acaba assim por restringir suas possibilidades de experiências enquanto sujeito, uma vez que tende a enfraquecer a autonomia, invalidar demais saberes e interferir na autocrítica e no modo de vida dos sujeitos. Através da patologização da vida pelo saber médico, condições antes vistas como normais por uma dada sociedade, como por exemplo a timidez, dificuldade de concentração, a velhice, a menopausa, o luto, passam a ser descritas e tratadas por meio de termos médicos e vinculadas a um tratamento muitas vezes pouco eficiente e limitado ao consumo de medicamentos. Tais condições são passíveis de observação nos consultórios médicos, ambientes que em sua maioria favorecem a categorização dos doentes a partir de suas possíveis doenças e a desvinculação dos pacientes da participação consciente e deliberativa em seu processo saúde-doença e na terapêutica prescrita (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Na contramão do processo de medicalização, a partir da metade do século XX iniciaram-se movimentos desmedicalizantes, cuja lógica desafia as definições rígidas impostas pelo modelo biomédico do que é normal e do que é patológico. A desmedicalização se propõe a ampliar as formas de interpretar, viver, lidar e cuidar da saúde e de si, assim como a fortalecer a autonomia e a atuação do indivíduo frente aos múltiplos diagnósticos (CANGUILHEM, 2011, GAUDENZI; ORTEGA, 2012; SILVA; DA COSTA VARGENS, 2012).

METODOLOGIA

O presente artigo de revisão trata-se de uma reflexão crítica acerca do processo de medicalização social, apresentando algumas propostas de desmedicalização em saúde mental introduzidas recentemente no Brasil, a partir da perspectiva do *recovery*. O artigo tem como objetivo principal apresentar algumas práticas desmedicalizantes em saúde mental que priorizem a autonomia e o empoderamento de sujeitos, pautadas pelo saber da experiência e pela narrativa em primeira pessoa. Para tanto, contribuições como a dos Grupos de Ouvidores de Vozes e do Diálogo Aberto foram apresentadas como estratégias desmedicalizantes inseridas na proposta de atenção/cuidado centrada no protagonismo e interação entre os sujeitos como agentes de transformação de seus próprios processos e contextos. Como método de análise foi utilizada a revisão de literatura dos principais textos sobre a temática da medicalização e desmedicalização presentes nos indexadores nacionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Medicalização e biopoder

Segundo o filósofo Michael Foucault, a medicalização teve início no século XVIII, época marcada pelo aperfeiçoamento da anatomia patológica, pela consolidação da função de cura dos hospitais por meio de intervenções médicas (desfazendo-se de seu caráter assistencial) e pelo desenvolvimento e a inserção progressiva da medicina na sociedade em diferentes países da Europa. Nessa primeira fase, a inserção se deu a partir da contratação de médicos como funcionários administrativos e autoridades governamentais na Alemanha, das intervenções urbanas na França destinadas à higiene pública com intuito de melhor gerir potenciais geradores de doença (esgotos, cemitérios e matadouros) e do controle da saúde e dos corpos da população pobre da Inglaterra, objetivando a proteção dos ricos e o aumento da sobrevivência humana como mão de obra a ser explorada. Logo, o conceito de medicalização, inicialmente, volta-se para as possíveis intervenções médicas capazes de gerar efeitos positivos ou negativos sobre a existência humana (FOUCAULT, 1977;



GALINDO; LEMOS; VILELA; GARCIA, 2016; LEMOS; GOMES; OLIVEIRA; GALINDO, 2020).

Em um segundo momento, deu-se a medicalização indefinida, com início no século XIX e perdurando até os dias de hoje, em que a atuação extrapola o nível político, havendo o apagamento das fronteiras da medicina com a vida em sua totalidade. Logo, a medicina passa a gerir também a sexualidade, a fecundidade, a fertilidade, os vícios, a educação familiar e escolar, as emoções, as aptidões e as desabilidades com o suposto interesse em produzir uma saúde, considerada hoje objeto de desejo e de lucro. A higiene, tanto pública quanto privada, antes talvez suficiente para garantir a saúde da maioria, torna-se somente mais uma das inúmeras práticas, consideradas indispensáveis, para que o indivíduo comum se habitue e realize assiduamente em busca de um corpo saudável; passando assim a assumir compulsoriamente a responsabilidade integral por sua saúde a partir desse olhar medicalizante introjetado (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

Para Foucault, a medicalização social, teria suas amarrações no biopoder, caracterizado-se por duas formas principais de poder: a anatomopolítica do corpo e a biopolítica. A primeira se desenvolveu a partir do século XVII e consiste no uso do poder disciplinar para adequar corpos ao modelo dócil e produtivo para o trabalho. Já a segunda forma, que surgiu na metade do século XVIII, consiste no poder de apropriação dos processos biológicos da vida humana, como reprodução e longevidade, assim como de intervenção política sobre eles. O biopoder, que une ambos elementos descritos acima, ao se associar com o crescente fenômeno da medicalização, encontra neste a legitimidade, pautada na suposta produção de saúde, que necessitava para exercer o controle sobre a população e cada indivíduo. Logo, é a partir da construção de diagnósticos por autoridades médicas com o intuito de patologizar vivências e comportamentos não considerados adequados e lucrativos para as autoridades políticas e econômicas vigentes que vão se consolidando padrões de normalidade e, invariavelmente, anormalidade (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

Normalidade e saúde

De acordo com Caponi (2009), o modo como o conceito de normalidade é utilizado pela medicina está atrelado a uma análise prévia do padrão de repetição de

uma determinada característica em uma população. Nesse contexto, a estatística se manifesta como uma ferramenta matemática que reforça o caráter objetivo e exato desta análise, cujo propósito é corresponder precisamente à realidade do todo. O que leva a refletir sobre o modo através do qual enxergamos a genética ao considerarmos os genes mais ou menos prevalentes, os exames de sangue durante a análise laboratorial e a definição de valores de referência, o julgamento visual e também o cálculo do peso considerado adequado em um paciente, assim como a investigação do desenvolvimento corporal e comportamental na infância e adolescência e a própria gestação. Embora, de fato, essa análise em busca de padrões tenha sua importância tendo em vista a ampla amostra em que debruça cada estudo, historicamente na medicina, tem sido considerada e utilizada como a melhor, se não a única, forma de examinar a normalidade. Dessa forma, tudo o que não corresponde ao que as estatísticas revelam com exatidão se torna invariavelmente associado à patologia, e, segundo Canguilhem, passa a ter um valor negativo (CANGUILHEM, 2011 *apud* CAPONI, 2009).

A construção do conceito de normalidade na medicina pode ser associado ao surgimento e a forte adesão da teoria da degeneração na Europa do século XIX. Segundo a teoria, a degeneração seria qualquer desvio das estatísticas em relação a características físicas e comportamentais desejadas, representando assim uma inadequação às normas e aos valores cultuados na sociedade daquela época. Dentre as publicações nesse período, o Tratado de Morel é uma obra cujo conteúdo dá início a uma série de estudos e de esforços médicos destinados a comprovar relação causal entre os mais diversos desvios e doenças, principalmente de ordem psiquiátrica. Além disso, pela crença de que as doenças nesses pacientes eram próprias de sua condição, não haveria cura a ser buscada, somente prevenção. Tais apreensões impactaram grandemente a forma através do qual a psiquiatria passou a formalizar o seu papel na saúde mental, uma vez que se deu o distanciamento da função de auxiliar do paciente em seu restabelecimento, em detrimento da atenção às demandas familiares, sociais e políticas de contenção e de controle dos considerados “degenerados” (CAPONI, 2009).

Segundo Foucault, a anomalia passou a ser percebida como um estado patológico, onde todo tipo de doença, conhecida ou desconhecida, física ou mental,



poderia se instalar. Sendo um estado altamente imprevisível e dinâmico, a medicina, e sobretudo a psiquiatria, se incumbiu de definir quais seriam as doenças e os sintomas associados mais prováveis de ocorrerem, bem como quais seriam as intervenções consideradas adequadas em cada caso. Ademais, a transmissão hereditária, tida como inevitável, despertou o interesse em identificar outros familiares possivelmente afetados como também o interesse em intervir nos processos de reprodução, a fim de prevenir a propagação de estados patológicos. Gradativamente, a influência do meio externo e dos hábitos também vão ser analisados e investidos pela ótica dos estados patológicos, seguindo a lógica evolucionista de Lamarck, fortalecendo práticas baseadas em estratégias higienistas e eugênicas. Essas práticas serão direcionadas a excluir e a aniquilar pessoas tidas como anômalas e, portanto, consideradas perigosas para a saúde pública e para o progresso da sociedade. É justamente a parcela mais pobre e vulnerável da sociedade a mais afetada, evidenciando a medicina como ferramenta de atuação para os interesses políticos da elite (FOUCAULT, 1999, p. 291-299 *apud* CAPONI, 2009).

O conceito de saúde e a fragilização da autonomia do paciente

O termo saúde mental originou-se no campo da psiquiatria, área do conhecimento cujo interesse se concentrava na investigação da mente à procura de diagnósticos que pudessem explicar as múltiplas vivências e inadequações dos considerados loucos. Como apontado por Baroni, Vargas e Caponi (2010), essa investigação buscou revelar pouco do sujeito adoecido e de sua experiência, uma vez que construída a partir de impressões pessoais de um observador pouco motivado a questionar e a não reproduzir os preconceitos aprendidos em sua sociedade.

Apesar do desenvolvimento substancial da medicina em relação a catalogação e o tratamento de doenças através dos séculos, notadamente comprovado na literatura científica, o que nota-se é uma grande limitação em contemplar a complexidade contida no conceito de saúde/saúde mental. Sendo assim, prevalece ainda hoje a ideia de saúde como ausência de doenças, representando um obstáculo para a compreensão ampla e crítica do processo saúde-doença tanto por leigos quanto por

especialistas. Nesse contexto, a referência à saúde mental de um indivíduo, seja por familiares ou por médicos, sugere em muitos momentos a sua não integridade, ou seja, a presença de uma doença, caracterizada por uma ou mais inadequações.

Utilizando de seus preceitos, a medicina determina a lógica de funcionamento biológico do corpo e as condutas a serem tomadas para mantê-lo saudável. A psiquiatria, por sua vez, reitera a importância do biológico ao estabelecer que as alterações, sejam cerebrais ou hormonais, apresentam-se como doenças psíquicas. A identificação do local específico do corpo que está comprometido por uma disfunção insere o indivíduo nesta lógica. Primeiramente, comprovando a existência da causa da doença. Logo após, revelando por meio de exames a veracidade do diagnóstico que recebeu. Em seguida, responsabilizado por sua condição e pelo risco que infringe à sociedade é levado a aceitar um tratamento rígido com metas difíceis de serem alcançadas e regido sob princípios os quais não domina. Por fim, restringido de sua autonomia em seu processo de saúde-doença, passa a refutar outras interpretações e práticas de cuidado não alinhadas à medicina tradicional ou a extirpar suas possibilidades de convívio social e de funcionalidade como membro da sociedade.

Durante a investigação médica, perguntas pontuais para abordar as múltiplas condições vivenciadas pelo indivíduo (família, moradia, profissão, salário, estado civil, hobbies), não contemplam a compreensão dos sentidos de sua vida, os impactos em seu sofrimento e as formas de convivência/sobrevivência do paciente. Segundo Baroni, as poucas informações, superficialmente colhidas, são utilizadas como uma confirmação da sua inadequação nos mais diversos setores, se comparado com o que é esperado e valorizado em determinada sociedade.. Na relação médico-paciente, o domínio do saber do especialista é priorizado por meio do uso de discurso técnico e de difícil entendimento para o paciente leigo.

Desde o início ao fim da consulta, o paciente é conduzido por um processo que diz respeito a si mesmo, porém marcado por sua própria incompreensão e, muitas vezes, sua passividade. Como resultante deste processo, o médico revela ao paciente um diagnóstico e um tratamento originados de um raciocínio não compartilhado, se tornando para este, um enigma a ser decifrado apenas com a ajuda de um especialista. Na impossibilidade de decifrá-



lo, resta para o paciente a sua aceitação, identificando-se com a verdade apresentada pelo especialista em relação às suas possíveis condições de anormalidade. Atualmente, com o crescimento do acesso aos aparelhos eletrônicos e aos meios digitais, os pacientes cada vez mais têm à sua disposição informações sobre as doenças, seus sintomas e seus respectivos tratamentos antes restritos aos livros de medicina. De certa forma esse acesso poderia facilitar o entendimento e motivar uma participação ativa e questionadora do paciente durante a consulta. Contudo, o que tem se apresentado na prática, principalmente no campo da saúde mental, é a aquisição de um catálogo diagnóstico pelos pacientes, capazes agora de sugerir ao médico quais diagnósticos justificariam suas inaptidões e quais medicamentos e intervenções lhes pareceriam mais favoráveis para administrá-las. Sendo assim, o médico passa a atuar mais precisamente como a autoridade capaz de oficializar o diagnóstico por meio de uma prescrição e atendendo as demandas previamente construídas. O que nos leva a refletir sobre a posição ocupada por este sujeito, paciente em tratamento, diante da dificuldade ou impossibilidade de responder aos enigmas impostos sem relação à sua própria condição. Caberia, deste modo, dentro de uma perspectiva de desmedicalização em saúde mental, abrir uma via no sentido de refletir se seria realmente possível atender ao ideal social de saúde, ou seja, quais seriam as reais possibilidades do sujeito se desprender deste processo de reconhecimento de si como doente mental?

Desmedicalização: possibilidades de resistência e enfrentamento

As percepções de um indivíduo sobre sua saúde, seu bem-estar, seu adoecimento e também sua normalidade são múltiplas considerando as influências advindas de experiências de vida, cultura, sociedade e época em questão. A existência e o reconhecimento de vivências que extrapolam conhecimentos e práticas consolidadas pela medicina tradicional oferecem a possibilidade de crítica ao modelo vigente e de busca por maior autonomia no processo saúde-doença, desconstruindo a centralidade ocupada pelo diagnóstico, pelos profissionais da saúde e pelas intervenções farmacológicas na discussão e no manejo da reabilitação, em detrimento da centralidade do próprio sujeito enquanto

paciente.

A este respeito, Canguilhem (2011) propõe que a associação entre a anomalia e a patologia é na verdade uma construção, discutindo que os reais indicadores dos estados patológicos não são os desvios das estatísticas e, portanto, da normalidade, mas sim a presença do sofrimento e do sentimento de impotência diante à doença. Ao separar a saúde da normalidade, surgem as possibilidades de saúde nos diversos “desvios” existentes e de funcionalidade na doença.

Hacking (2006) ao abordar o conceito de interação analisa-o como característico da atribuição de nomes a objetos assim como de diagnósticos a pessoas. Nesse processo, a classificação atribuída a um sujeito/objeto, aos poucos, passa a enquadrar características gerais sobre o conjunto a que se refere. Quando o alvo da atribuição é um indivíduo, este pode manifestar *feedback* positivo, ao se reconhecer na classificação e fortalecer as características que o fazem pertencer ao grupo, ou *feedback* negativo, em que rejeita a atribuição e a semelhança aos restantes. No caso dos diagnósticos, é possível ocorrer uma identificação do paciente com a doença, seus sintomas, seu tratamento e outros doentes, levando-o a acreditar na reprodução dessas características como forma de pertencimento.

Segundo Foucault, é por meio dos processos de subjetivação que as identidades são constituídas e a nós vinculadas, circunscrevendo o sujeito em fronteiras que seriam analisadas como capacidades e potências. Diante disso, o enfrentamento se daria por meio das estratégias de resistência em que o indivíduo, como alternativa, passaria a produzir respostas disruptivas do esperado e assim, poderia rejeitar, mesmo que em pequena escala, seu aprisionamento identitário (FOUCAULT, 1990, 1995).

Neste sentido, podemos nos interrogar em relação à possibilidade de que novas práticas e saberes, tendo como centro e objeto sujeitos em sua relação com a vida e a saúde, possam criar novos modos de reconhecimento enquanto sujeito, para além dos contornos medicalizantes. Práticas de resistências, individuais ou em um coletivo, poderiam ser as vias de outro reconhecimento, a partir de parâmetros desmedicalizantes? Algumas experiências internacionais e já em experimentação no Brasil como os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue, podem contribuir na construção de práticas, discursos, portanto, modos de subjetivação, desmedicalizantes?



Open Dialogue/Diálogo Aberto - proposta desmedicalizante em situações de crise em saúde mental

O *Open Dialogue* (Diálogo Aberto) tem se apresentado nas pesquisas atuais como uma alternativa viável e eficaz para o tratamento de doenças psiquiátricas, dispensando o uso crônico de psicotrópicos e hospitalizações na maior parte dos casos. O tratamento é oferecido de forma ampla e gratuita à população pela Finlândia, país em que a técnica se originou, sendo considerado o recurso terapêutico principal de cuidado. A preservação da autonomia e a participação ativa do paciente são pontos centrais do *Open Dialogue*, bem como a construção conjunta de um plano terapêutico que inclui paciente, familiares e uma equipe de saúde multiprofissional (LAKEMAN, 2014).

Em uma consulta psiquiátrica tradicional, o psiquiatra determina os significados das experiências e das queixas de seus pacientes a partir de diagnósticos prontos, sendo que o próprio paciente e seu relato pessoal têm papel secundário nesse processo. De acordo com os princípios do *Open Dialogue*, acredita-se que na forma tradicional de abordagem médica predomina-se um monólogo do médico e não um diálogo entre ambas as partes. É somente a partir de um diálogo verdadeiro em que as interpretações do paciente teria papel igualmente importante na compreensão de seu adoecimento, sendo possível identificar e compreender as reais necessidades do paciente e também de sua família, impedindo frustração e insatisfação com o tratamento. Outro princípio fundamental é a aceitação das alucinações, dos delírios e do discurso confuso como parte importante do processo. Muitas vezes, essas são as únicas formas em que o paciente consegue expressar de alguma maneira seu sofrimento e, portanto, dar espaço para essas manifestações e tentar compreender seu conteúdo são passos necessários para o acolhimento do paciente e a construção de seu tratamento (LAKEMAN, 2014).

Preconiza-se que a equipe de saúde tenha seu primeiro contato com o paciente e seus familiares imediatamente à primeira crise, dando continuidade ao suporte até que o paciente se sinta melhor e decida interrompê-lo. Para isso é necessário que os profissionais tenham alta disponibilidade, pois, muitas vezes, nesse período inicial, são necessários encontros diários. Todos os membros da equipe são treinados em metodologias

relacionadas à terapia familiar ou ao próprio *Open Dialogue*. O atendimento acontece na maioria das vezes na casa dos pacientes, porém o atendimento hospitalar é uma possibilidade para casos em que a relação familiar esteja prejudicada ou ponha em risco a integridade do paciente (KANTORSKI; ANTONACCI; ANDRADE; CARDANO; MINELLI, 2017).

Durante os encontros, os profissionais de saúde são treinados para que possam trabalhar em conjunto com o paciente e com seus familiares, de modo a estimularem a participação igualitária de todos na discussão do problema. Além disso, o paciente é constantemente estimulado a refletir e a avaliar se as opiniões e as interpretações compartilhadas têm significado para ele e/ou se essas correspondem verdadeiramente à sua realidade. É comum que no decorrer dos encontros sejam formados laços afetivos de respeito e de amizade, uma vez que o distanciamento e as relações desiguais de poder, característicos da medicina e da psiquiatria tradicional, não estão presentes. É importante que o objetivo central dos profissionais da saúde ao encontrar o paciente não seja a busca por soluções, mas sim o interesse genuíno para observar, conhecer e compreender o contexto que vivem, suas relações familiares e sua história pregressa. É no decorrer do processo e no aprofundamento das questões e dos dilemas do paciente que surgem possibilidades capazes de auxiliá-lo e de beneficiá-lo, muitas vezes construídas por ele próprio. Ao fim, são os sentimentos de satisfação, confiança, união, respeito e esperança os mais prevalentes tanto para usuários quanto para profissionais (LAKEMAN, 2014; KANTORSKI; ANTONACCI; ANDRADE; CARDANO; MINELLI, 2017).

Em relação ao uso de psicotrópicos, a abordagem do Diálogo Aberto não segue as prescrições de forma usual, sendo evitada ao máximo a intervenção medicamentosa devido ao risco de cronificação. Geralmente são prescritos medicamentos para apenas a primeira semana após a crise com o intuito de auxiliar o paciente a regularizar o sono. Em casos mais complexos (cerca de 30%), pode-se utilizar mais medicações e por mais tempo, porém deve-se atentar para os riscos de desenvolver dependência em seu uso prolongado. Sempre é questionado a real necessidade da medicação, suas contra indicações e seus efeitos colaterais. Se o paciente já faz uso de medicações previamente ao início do tratamento, essas são mantidas até que o paciente esteja



em condições para retirá-las (LAKEMAN, 2014).

Movimento Hearing Voices e a desmedicalização da experiência de ouvir vozes

O Movimento Hearing Voices (HMV), Movimento Ouvidores de Vozes em Português, surgiu na década de 1980, na Holanda, a partir dos esforços do psiquiatra Marius Romme e sua paciente Patsy Hage. O HMV vem, ao longo dos anos, questionando sobre como o fenômeno de audição de vozes é vivenciado na sociedade e, principalmente, na psiquiatria, sendo majoritariamente visto como um sintoma de loucura. O que tem sido evidenciado em pesquisas produzidas nas últimas décadas pelo HMV é que a maioria dos indivíduos que ouvem vozes às consideram positivas, vivem uma vida normal e sem nunca necessitar buscar ou receber ajuda psiquiátrica. Já aqueles que experienciam efeitos negativos e prejuízos relacionados às vozes são conduzidos a altas doses de psicotrópicos, internação forçada e até eletrochoque, práticas pouco eficazes no controle sobre as vozes e que extirpam consideravelmente as possibilidades de reabilitação, de autonomia em seu tratamento e de reintegração na sociedade (ROMME; ESCHER, 2011; BIEN; DO CARMO REIS, 2016).

Um dos princípios do HMV é o de que os ouvidores de vozes são especialistas em suas experiências auditivas e, portanto, são plenamente capazes de criar e de executar estratégias direcionadas para melhor lidar e conviver com suas vozes, independentemente dos diagnósticos e prognósticos psiquiátricos recebidos. Entretanto, esse processo nem sempre é simples e construído individualmente. Em muitos casos, o encontro com o outro (seus pares) é necessário para que o próprio sujeito tenha a chance de dialogar, refletir e examinar as vozes, seus conteúdos, os impactos provocados em sua vida e as diferentes formas de interpretar esse fenômeno.

Conforme relatado por ouvidores, o círculo social no qual estão inseridos dificulta e desestimula o interesse e o diálogo sobre suas experiências, seja por motivos como a intolerância religiosa, o preconceito, o estigma de paciente psiquiátrico ou a descrença em relação ao fenômeno das vozes por familiares, amigos e profissionais de saúde. Nestes casos, predominam os sentimentos de solidão, de incapacidade, de desesperança e de medo, sendo danoso em sua qualidade de vida e também no

convívio com as vozes.

No intuito de contornar essa condição, o HMV promove grupos e eventos em que ouvidores de vozes são acolhidos e escutados respeitosamente, podendo compartilhar suas vivências, sofrimentos e saberes com outros ouvidores e também não ouvidores, além de serem estimulados a se reconhecerem como figuras centrais em suas próprias vidas, em seu bem estar e no processo de manejo das vozes (ROMME; ESCHER, 2011; BIEN; DO CARMO REIS, 2016; KANTORSKI; ANTONACCI; ANDRADE; CARDANO; MINELLI, 2017).

Os Grupos de Ouvidores de Vozes se organizam de forma não homogênea em relação às regras e aos acordos, variando, por exemplo, na periodicidade dos encontros, no tempo de duração, na quantidade de participantes, nas dinâmicas e práticas realizadas, na possibilidade ou não de participação de não ouvidores, entre outros aspectos. Em geral, os grupos de ouvidores de vozes possuem algumas características semelhantes aos grupos de apoio e de ajuda mútua, uma vez que a construção de vínculos afetivos e relações horizontais entre os membros é um aspecto relevante das reuniões. Formam-se redes de apoio que extrapolam o contexto do grupo e das próprias vozes, permitindo que os membros possam auxiliar e serem auxiliados em diversos âmbitos da vida, seja nos conflitos familiares, nas dificuldades de socialização, no compartilhamento de estratégias de enfrentamento das vozes, nos estudos, na conquista de um emprego, etc. É a partir dos grupos, da interação entre pares, da ampliação de suas perspectivas de vida e da valorização do coletivo que existe a possibilidade de se ver como igual e, portanto, potente, assumindo uma versão de sua realidade que tenha sentido em sua história de vida, desmedicalizando a versão de si (KANTORSKI; ANTONACCI; ANDRADE; CARDANO; MINELLI, 2017).

Embora, muitas vezes, seja desafiador e árduo o contato com o diferente, por meio do respeito, da tolerância, da não hierarquia dentro das relações e do não julgamento, torna-se possível a valorização de saberes e conhecimentos que advêm da experiência própria ou de pares, desafiando a suposta unicidade da visão patologizante da psiquiatria e da medicalização como forma de decifrar, ordenar e compreender a mente e a vida humana (CARDANO, 2018)



Práticas desmedicalizantes e a realidade brasileira

Ao refletirmos sobre a consolidação de práticas desmedicalizantes no contexto brasileiro, podemos apontar algumas considerações importantes quanto às limitações encontradas na atualidade: a) dificuldade de acesso às novas práticas em saúde mental por profissionais e pacientes/usuários, uma vez que poucos profissionais têm conhecimento destas, devido a uma formação ainda fortemente biomédica/medicalizante e a ainda recente disseminação destas estratégias no território brasileiro; b) valorização e centralidade da prescrição medicamentosa (e demais intervenções médicas e psicológicas) na compreensão dos pacientes, familiares e profissionais como cerne do cuidado no processo de sofrimento mental/psíquico, mesmo estando inseridos em práticas desmedicalizantes; c) relações de poder assimétricas entre pacientes e profissionais da saúde, o que contribui para a manutenção do estigma e da crença da importância de manejos tutelares (ao considerar o paciente a partir da ideia de falta de racionalidade), minando o fortalecimento da autonomia, a valorização dos próprios recursos dos sujeitos e a transformação dos lugares sociais (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012; DIAS, 2017).

Como exemplos de aplicação de estratégias desmedicalizantes no Brasil, podemos citar em relação ao Diálogo Aberto a tentativa realizada em Jaraguá do Sul, entre os anos de 2015 e 2016 (DIAS, 2017), assim como o trabalho ainda em andamento realizado por profissionais do Caps de Carmo do Cajuru entre os anos de 2020 e 2021 (RAMOS, 2021). Estas experiências apontam para a possibilidade de implantação desta estratégia no Brasil, embora ainda com dificuldades próximas àquelas encontradas em contextos internacionais (como no caso da Noruega) referentes à contenção prescritiva inicial sugerida e à necessidade de se fortalecer entre profissionais uma visão biopsicossocial não enfática dos aspectos orgânicos. Em relação aos Grupos de Ouvidores de Vozes, no Brasil podemos citar os trabalhos de Kantorski *et al.* (2017) no sul do Brasil, de Baroni *et al* e Trevisan & Baroni (2020, 2021) em Minas Gerais e Barros & Serpa Júnior (2014) no Rio de Janeiro, dentre outros. As experiências apresentam tais estratégias como possibilidades concretas na construção de uma forma inovadora de se contextualizar, interpretar e narrar (significar) os processos de sofrimento psíquico, de forma

coletiva e participativa, abrindo possibilidade para a transformação nos modos de manejo e superação (*recovery*) dos efeitos negativos destas, a partir dos recursos ao alcance dos próprios sujeitos. Assim como no Brasil, países como a Itália e Estados Unidos utilizam de algumas destas estratégias desmedicalizantes muitas vezes de modo ainda não formalizado como uma política pública em saúde mental, não contando com o financiamento e formação adequada e continuada dos sujeitos envolvidos. O que difere da realidade de países como Canadá, Inglaterra e Finlândia que já inserem algumas destas possibilidades dentro de seu repertório de cuidado, havendo financiamento do Estado e contando com a formação específica de profissionais e de usuários.

Como possíveis perspectivas futuras para o fortalecimento de práticas desmedicalizantes no Brasil, podemos apontar as iniciativas do Cenat - Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas em Saúde Mental, na formação de profissionais interessados em práticas desmedicalizantes, assim como o surgimento e propagação de congressos e eventos temáticos e uma vasta e crescente produção acadêmica a respeito. No entanto, ainda se apresenta incipiente a inclusão nos processos de formação e discussão teórica e política as questões levantadas pelos próprios usuários destas estratégias - maiores interessados e foco das práticas desmedicalizantes. O que pode ser contemplado a partir do fortalecimento de espaços de formação por pares - peer support, onde os próprios recursos e ações dos usuários passam a ser valorizados, assumindo a centralidade também na implantação e condução destas práticas (RUFATO *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das reflexões trazidas neste artigo, foi possível compreender que a medicalização influenciou, ao longo dos séculos e até os dias de hoje, inúmeros setores da sociedade, não apenas o da saúde, moldando e padronizando coletivamente pensamentos, comportamentos e práticas adotadas pela população.

A partir da premissa de produção e manutenção da saúde, orientações e planos de Estado, materializados pelas instituições de saber/poder foram se constituindo tendo em vista corpo e mente de cada sujeito/população, produzindo como consequência, no cotidiano e nos



hábitos dos indivíduos, uma verdade universal da saúde (e da falta dela), e seus efeitos de adoecimento, discriminação, exclusão, apagamento e morte.

Em contraposição às práticas medicalizantes, diferentes movimentos desmedicalizantes apresentam metodologias inovadoras, centralizadas no desenvolvimento de autonomia, autocuidado e cuidado coletivo, acolhimento, empoderamento, protagonismo, cogestão e participação social na saúde, favorecendo a experiência e o sujeito na construção da própria realidade. Desta forma, a desmedicalização propõe o

redimensionamento da posição do sujeito diante de seu tratamento, de si e da sociedade, buscando refletir sobre a superação da condição passiva do paciente, assumindo a agência no seu próprio processo de cuidado. Para que esses movimentos possam se consolidar, é necessário que a desmedicalização seja tema presente na educação em saúde, tanto para futuros profissionais em processo de formação quanto para profissionais já atuantes, de modo a contribuir para o reconhecimento, a reflexão crítica e a mudança de conduta na área da saúde.

REFERÊNCIAS

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, p. 70-77, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100009>.

BARONI, Daiana Paula Milani *et al.* A Experiência de Formação do Primeiro Grupo de Ouvidores de Vozes de Minas Gerais. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. spe, p. 1500-1521, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2021.64032>.

BARROS, Octávia Cristina; SERPA JÚNIOR, Octavio Domont de. Hearing voices: a study on exchanges of experiences in a virtual environment. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 557-569, 2014.

BIEN, Claire; DO CARMO REIS, Graziela. The hearing voices movement: mental health advocacy and Recovery. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 21, p. 79-88, 2017.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000200016>.

CARDANO, Mario. O movimento internacional de

ouvidores de vozes: as origens de uma tenaz prática de resistência. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i0.13981>.

DIAS, Marcelo José Fontes. Open Dialogue: a Brazilian experience-Open Dialogue: uma experiência no Brasil. **Diversitates International Journal**, v. 9, n. 3, p. 97-110, 2018. DOI: <https://doi.org/10.53357/GFFQ5455>.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **Tecnologias del yo y otros textos afines**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1990.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: H. L. Dreyfus & P. Rabinow. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica** (V. P. Carrero, Trad., pp. 231- 249). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GALINDO, Dolores Cristina Gomes; LEMOS, Flávia Cristina Silveira; VILELA, Renata; GARCIA, Bruna. Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 346-365, 2016. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2016.29164>.



GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>.

GONÇALVES, Liana Sousa Vasconcelos. A família e o portador de transtorno mental: Estabelecendo um vínculo para a reinserção à sociedade. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

HACKING, I. O Autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas – e suas interações. In: CAPONI, S.; RUSSO, M. (Orgs.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006, p. 305-320.

HOFMANN, Bjørn. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 19, n. 2, p. 253-264, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9693-6>.

KANTORSKI, Luciane Prado; ANTONACCI, Milena Hohmann; ANDRADE, Ana Paula Müller de; CARDANO, Mario; MINELLI, Massimiliano. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1143-1155, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711512>.

LAKEMAN, Richard. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. **Psychotherapy in Australia**, v. 20, n. 3, p. 28-35, 2014.

LEMOS, Flavia Cristina Silveira; GOMES, Geise do Socorro Lima; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; GALINDO, Dolores Cristina Gomes. Medicalização e normalização da sociedade. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 3, p. 77-97, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.93406>.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16,

n.43, p.967-80, out./dez. 2012.

RAMOS, Thiago Magela. Diálogo aberto: o envolvimento da família e amigos no cuidado da saúde mental em Carmo do Cajuru - MG. Portal Conasems, 30 de dezembro de 2021. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/reportagens-especiais/28_dialogo-aberto-o-envolvimento-da-familia-e-amigos-no-cuidado-da-saude-mental-em-carmo-do-cajuru-mg. Acesso em: 18 de janeiro de 2025.

ROMME, Marius; ESCHER, Sandra. **Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach**. Nova Iorque: Routledge, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203696682>.

RUFATO, Livia Sicaroni *et al.* Suporte de pares em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 13, n. 36, p. 156-174, 2021.

SHOLL, Jonathan. The muddle of medicalization: pathologizing or medicalizing?. **Theoretical medicine and bioethics**, v. 38, n. 4, p. 265-278, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11017-017-9414-z>.

SILVA, Carla Marins; DA COSTA VARGENS, Octavio Muniz. Estratégias para a desmedicalização na consulta de enfermagem ginecológica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 1, p. 127-130, 2013.

TREVISAN, Juliana Valeri Simão; BARONI, Daiana Paula Milani. Uma análise de um grupo de ouvidores de vozes enquanto movimento social e potência política. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 44, n. especial 3 out, p. 70-81, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E308>.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 721-731, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.

