

Esquizofrenia e Medicalização: marcas discursivas na narrativa de pessoas com a doença mental¹

Carla Costa GARCIA²
Inesita Soares de ARAUJO³
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ

Resumo

Em um contexto marcado pela medicalização, na qual a relação entre o normal e o patológico encontra-se invertida, a saúde mental constitui um novo conceito e integra uma série de novas e distintas categorias que vão da insatisfação dos indivíduos e neuroses até as psicoses, doenças mentais propriamente ditas. Nele encontra-se a esquizofrenia, doença que apresenta particularidades que a fazem ocupar um lugar próprio na sociedade atual. Neste *paper*, buscamos identificar, por meio dos discursos constituintes de narrativas biográficas produzidas por pessoas com esquizofrenia e veiculadas em um blog, qual o lugar da esquizofrenia e de seus portadores neste contexto. Para tal, realizamos uma análise semiológica a fim de localizar as marcas da presença do discurso da medicalização nas narrativas em que os portadores da psicose relatam seus itinerários e vivências.

Palavras-chave: Comunicação e Saúde, Esquizofrenia, Medicalização, Análise Semiológica

Saúde Mental, Medicalização e Esquizofrenia

Percebi que, além de acabar com o estigma da questão da saúde mental, tínhamos avançado no sentido completamente oposto. Na verdade, a glamourizamos. Hoje parece que todo mundo necessita consultar um psiquiatra e ser avaliado. Todos precisamos nos tratar de alguma coisa. (ARCHER, 2013)

Este trecho é parte da introdução do livro do psiquiatra Dale Archer. Em “Quem disse que é bom ser normal?”, o médico – que se destacou ao divulgar as doenças mentais e trabalhar para reduzir o estigma que as envolvia – discorre sobre as mudanças ocorridas no âmbito da Psiquiatria entre 1987 e 2003. Se na década de 80 admitir que tinha um problema mental e buscar ajuda médica especializada era tabu, hoje tabu é não fazê-lo. Se antes éramos uma maioria de pessoas “normais” com alguns casos desviantes que representavam o patológico (FOUCAULT, 2010), hoje a relação entre o normal e o patológico foi invertida. Integramos uma sociedade de “anormais”, onde a maioria tem uma patologia e, por isto, estamos constantemente em busca de um ideal utópico e inatingível de felicidade; lutamos para combater riscos e ter uma vida saudável, que nos daria a

¹ Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade do XIV Encontro dos Grupos de Pesquisa em Comunicação, evento componente do XXXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do ICICT/Fiocruz, email: carlac.garcia@uol.com.br.

³ Pesquisadora Titular do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde e docente do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, email: inesita.araujo@icict.fiocruz.br.

saúde perfeita (VAZ; PORTUGAL, 2012). Se hoje o “normal” é o patológico, estamos vulneráveis ao sofrimento psíquico e a saúde mental tornou-se aquilo que se busca promover e conquistar.

Estas mudanças resultam das transformações ocorridas na Psiquiatria, a partir da década de 70, quando os asilos para loucos passaram a ser questionados e progressivamente fechados. Junto com as paredes dos manicômios caiu o muro que separava as doenças mentais e o sofrimento psíquico do restante da sociedade. Segundo Ehrenberg (2004), o perímetro de ação da Psiquiatria foi alargado, os problemas que ela trata tornaram-se mais heterogêneos e adquiriram importância econômica, social, política e cultural inédita. Rose (2006) explica que os manuais de diagnósticos – como o DSM e o CID – não estão restritos ao interior dos asilos, de modo que suas categorias e dimensões passaram a capturar não mais uma pequena minoria patológica, mas a quase todos nós.

A inclusão das novas categorias de doenças mentais – em especial, as doenças consideradas de fronteira (neuroses) - ocorreu no contexto de uma sociedade medicalizada, na qual o sofrimento humano, assim como nossas diferenças e particularidades, ganharam status de anormalidade. Eles passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos (CONRAD, 1992) e resumidos como doença ou desordem. Por isso, Archer (2013) defende que, na busca por “consertar” traços que parecem anormais, avalia-se demais, diagnostica-se demais e medica-se demais. Assim, vivemos uma epidemia de doenças mentais, reiterada por estatísticas da própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), que afirma que 25% da população mundial é ou será afetada por distúrbios mentais ao longo de suas vidas (EHRENBERG, 2004; ROSE, 2006).

Essas estatísticas difundem-se em um contexto de quebra de tabus, pois o que antes era invisível por estar escondido no hospital psiquiátrico, nos consultórios dos psicanalistas ou no segredo de família torna-se um verdadeiro fenômeno social (EHRENBERG, 2004). Ele é possibilitado por uma sociedade medicalizada, ditada por riscos, probabilidades e propensões a desenvolver determinadas patologias, que elevou o indivíduo à condição de ator de seu próprio sofrimento e saúde. Hoje, segundo Ehrenberg (2004), o sujeito tem propriedade de si, é capaz de fazer escolhas, tem autonomia para pensar e agir. Autonomia que aumenta sua responsabilidade e, conseqüentemente, gera inseguranças pessoais. O paciente é ator de sua doença e deve tomar uma parte ativa na sua cura, sendo capaz, inclusive, de autogerir os sintomas ou adotar hábitos e práticas que garantam seu bem-estar físico e mental. Se antes do nascimento da clínica, a patologia era o castigo ao pecador, que só poderia ser salvo por entidades religiosas (FOUCAULT, 1977); hoje a medicina substituiu a religião e tem o “poder” de proteger as pessoas sadias contra as doenças e trazer a cura. Porém, a ideia da culpa ainda se mantém (FOUCAULT, 2010). Se tenho autonomia para decidir o que fazer com minha saúde e não me cuido, sou o responsável por minha doença, o culpado pelo desenvolvimento da patologia. Por isso, Ehrenberg (2004) explica que a autonomia

nos conduz a adotar a sensação de vulnerabilidade, traz responsabilidade e a insegurança, o medo de errar, falhar e ser responsável por patologias e anormalidades. Esse excesso de autonomia gera sofrimento psíquico e afeta a saúde mental dos indivíduos.

Neste contexto, a saúde mental ganha status de problema de saúde pública e vai muito além da ausência de doença. Segundo Ehrenberg (2004), ela fala de tudo e designa desde as psicoses adultas e infantis (as doenças mentais propriamente ditas) e os distúrbios de fronteira até o desenvolvimento pessoal e a saúde mental positiva (a administração de nossas vidas com sucesso). “Apoiar uma esquizofrenia ou melhorar suas performances no trabalho, na sexualidade ou nas relações com suas crianças resulta de uma mesma etiqueta. Entrelaçando problemas francamente patológicos e preocupações de bem-estar, o conceito é tão amplo que parece indeterminado” (p.143)

Neste conceito, não há hierarquização, de ansiosos a esquizofrênicos, todos estão na mesma categoria e lugar. São pessoas em sofrimento psíquico, que devem ser tratados como um todo. São seres autônomos, atores de suas doenças e parte ativa em suas curas. Ehrenberg (2004) afirma que a inserção da psicose num conjunto maior é algo louvável, visto que esta prática a faz visível, apoia o sujeito enquanto cidadão e reduz o estigma, porém provoca confusões entre “problemas psiquiátricos” e “sofrimento psíquico”. É fato que a psicose, no caso, a esquizofrenia não se restringe ao sofrimento psíquico. Ela é um fenômeno social, é fruto das dificuldades e agitações dos eventos da vida - sejam eles problemas sociais, econômicos, familiares, financeiros - mas vai além. Tem materialidade, causas e origens orgânicas. Está inserida no sofrimento psíquico, mas também se caracteriza pela ruptura com a realidade, por alucinações e a alienação.

Com base nos estudos teóricos acerca da medicalização e sua relação com a saúde mental, em especial a esquizofrenia, buscamos identificar, por meio dos discursos presentes em narrativas biográficas, nas quais pessoas diagnosticadas com a psicose e em tratamento médico relatam seus itinerários e vivências, qual o lugar da esquizofrenia e de seu portador neste contexto da sociedade medicalizada, em que há autonomia do sujeito diante de sua doença e vigora um novo conceito de saúde mental. Para tal, analisamos três depoimentos veiculados no site “Entendendo a esquizofrenia”, que tem um médico como editor e busca informar sobre a psicose a fim de dar suporte para pacientes e familiares e desmitificar a doença mental. Como procedimento metodológico, optamos pela Análise Semiológica, ancorada nos postulados da Semiose Infinita e da Heterogeneidade Enunciativa, ambos propostos por Pinto (1994)⁴. Através deles, buscamos localizar as marcas da presença do discurso da medicalização na narrativa de pessoas com esquizofrenia.

⁴ Pinto (1994) propõe ainda um terceiro postulado semiológico, a Economia Política do Significante, que trabalha sobre as condições de produção (contexto) e o modo como os sentidos são negociados nos textos.

Medicalização: da patologização do desvio ao contexto atual

As primeiras conceitualizações da medicalização foram originadas nas décadas de 1960 e 70. Elas se deram no âmbito da Psiquiatria e se caracterizaram pelo uso do termo em tom de crítica. Pitts (1968), Freidson (1970) e Zola (1972) realizaram uma análise inicial entre a medicalização e a medicina como instância de controle social (CONRAD, 1992). Diversos autores buscaram conceituar a medicalização, um dos conceitos mais aceitos foi cunhado por Conrad, em 1992. Segundo ele, medicalização é o processo pelo qual problemas não-médicos tornam-se definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens. Para isso, a linguagem médica é utilizada para descrevê-lo, a estrutura médica para entendê-lo e a intervenção médica para “tratá-lo” (p.211). Porém, este processo sociocultural pode não envolver, necessariamente, a profissão médica.

Em seu ensaio seminal sobre a medicalização, em 1972, Zola afirmava que “em nome da saúde”, a medicina e os médicos exerceriam um controle social justificado pelo fenômeno de medicalização da vida cotidiana e pelos rótulos de “saudável” e “doente” como partes cada vez mais integrantes da existência humana. Enraizada em um complexo sistema tecnológico e burocrático, a medicalização valorizaria cada vez mais a figura do especialista, *o expert*, impondo o imperialismo médico. Os médicos tornaram-se protagonistas sociais e, não por coerção, mas por desejo, a população passou a acreditar de forma positiva que havia algo organicamente errado com ela e passou a enquadrar seus comportamentos nas categorias descritas pelos médicos e nos manuais de classificação de patologias; com isso, o índice de doenças não para de aumentar. Conrad (1972), por sua vez, explica que para um problema ganhar o status de medicalizável torna-se indispensável a existência de uma definição médica, o que permitia ao médico executar um papel central por meio do controle social da medicina e do médico. Porém, ele nem sempre é central e indispensável.

A medicalização ocorre tanto para os comportamentos desviantes – loucura, alcoolismo, homossexualidade, vícios de drogas - como para processos naturais da vida – sexualidade, nascimento, desenvolvimento infantil, menopausa, envelhecimento e morte. Fatores sociais como a diminuição da religião; a fé inabalável na ciência, na racionalidade e no progresso; o aumento do prestígio e poder dos profissionais médicos; a propensão a soluções individuais e tecnológicas para problemas, e uma tendência humanitária geral nas sociedades ocidentais atuam para torná-la viável (CONRAD, 1992). Sendo que um dos fatores principais é a secularização – a substituição da religião pela medicina, de modo que o que antes era o castigo como punição por um pecado, hoje é uma doença. Mas, apesar da medicalização, as crenças religiosas ainda vivem, tanto que muitas religiões apoiam-se no discurso médico para promover a cura e os milagres para seus fiéis.

A existência de instâncias não medicalizadas e concorrentes como a religião e determinados movimentos sociais são provas de que nem sempre a medicalização é completa. Segundo Conrad (1992), há casos em que várias instâncias não medicalizadas e concorrentes atuam na definição e compreensão de um mesmo problema. Por isso, ela deve ser vista em termos de graus. “Algumas condições são quase totalmente medicalizadas (ex. morte, nascimento), outras são parcialmente medicalizadas (ex. dependência química, a menopausa) e ainda outras são minimamente medicalizadas (ex. o vício sexual, o abuso do cônjuge)” (p.220).

Zola define o médico como o grande protagonista do processo de medicalização. Conrad afirma que mesmo desempenhando uma função central na definição médica de um problema, ele não está presente em todos os níveis da medicalização. Já Furedi (2006), ao trazer uma análise do estatuto mais recente da medicalização, afirma que aquele que seria o ator de um imperialismo na concepção de Zola, assiste diariamente ao fim do seu domínio profissional.

Segundo Furedi (2006), a expansão e a diversificação dos processos de medicalização coexistem com a crise da autoridade e confiança na profissão médica. Diversos atores estão envolvidos neste processo e as causas são variadas. A profissão médica enfrenta pressão “de cima” e “de baixo”, que originam-se na indústria farmacêutica, na classe capitalista, no Estado e nas organizações de defesa e os próprios pacientes. “De cima”, é pressionada pelo Estado, órgãos reguladores e planos de saúde. Há pressão da indústria farmacêutica e do surgimento ou fortalecimento de novas categorias de outros núcleos de autoridade como homeopatia e acupuntura. Além da pressão que vem “de baixo”, de grupos de pacientes ou portadores, que promovem o conhecimento-leigo, questionam a autoridade médica e reivindicam tratamentos e diagnósticos. Por isso, é cada vez mais difícil alegar que o paciente seja alvo passivo do controle médico” (FUREDI, 2006, p.15). Hoje, o paciente tornou-se autônomo e como tal é ator de doença. Essa autonomia, segundo Ehrenberg (2004), é a ideia de que é responsável por sua saúde. Essa responsabilidade permite estabelecer uma relação de confiança com o médico, que envolve uma informação dada a um paciente que é competente e deve desenvolver habilidades de autogestão de seu mal. Ele conhece os riscos de desenvolver uma patologia, sabe o que deve ser feito para evitá-la e a doença passa a ser “responsabilidade pessoal” do indivíduo (ZOLA, 1972; ROSENBERG, 2007).

Do paciente ativo e competente surgiu, nas últimas duas décadas, o “paciente expert” (FUREDI, 2006), que se organiza em grupos de autoajuda ou organizações que defendem seus direitos e questionam a autoridade médica, sem jamais ameaçar o processo de medicalização. Pois hoje “o principal motor da tendência da medicalização é a transformação do paciente dócil em consumidor ou em paciente ativo em busca de diagnóstico” (p.15).

O diagnóstico, saber o que se tem e poder nomear o seu sofrimento, é um ritual de atribuição de sentido e é central para a definição e o manejo do fenômeno social que chamamos de doença (ROSENBERG, 2002). A partir dele reafirmam-se valores, abre-se o acesso ao serviço de saúde, aos medicamentos, mas também se permite a construção de uma identidade social (EHRENBERG, 2004; FUREDI, 2006). Por isso, mudanças culturais passaram a valorizar a individualidade e a vulnerabilidade, o que resultou em uma série de movimentos sociais geridos pelos próprios possíveis pacientes a fim de exigir uma etiqueta para descrever sua condição (FUREDI, 2006), e obter o reconhecimento de seu sofrimento. Mais do que tratar, cabe ao médico afirmar o diagnóstico do paciente e, assim, permitir que ele adquira uma identidade. Com isso, a saúde é algo que só pode ser alcançada através do esforço, de modo, que a doença é transformada em estado normal de existência e estar doente já constitui uma definição característica da identidade de um indivíduo. A doença não é algo de que a pessoa sofre, mas a definição de quem ele é, por isso, o papel do doente assume um caráter mais durável e um sentido de identidade (FUREDI, 2006).

Esquizofrenia e medicalização

Foi no âmbito da psiquiatria que surgiram os primeiros conceitos de medicalização. Em “A História da Loucura”, Foucault (1978) explorou o processo de transformação dos comportamentos considerados desviantes em patologias que, posteriormente, foram denominadas doenças mentais. Szasz também o fez ao retratar como indivíduos que diferiam de seus semelhantes, perturbavam ou escandalizavam eram, muitas vezes, condenados como insanos (1984, p.21). Segundo ele, a doença mental é o oposto da saúde mental e “cada vez que os psiquiatras criam uma nova regra de saúde mental, criam uma nova classe de indivíduos mentalmente doentes (1984, p.27).

Influenciados por esses trabalhos, autores como Pits, Freidson e Zola produziram os primeiros estudos sobre a medicalização, um fenômeno social que trouxe uma série de alterações no campo da saúde mental, que passou a dedicar-se à promoção do bem-estar e ao combate do sofrimento psíquico, em detrimento das doenças mentais que hoje são apenas resultantes do sofrimento psíquico e se enquadram no rol da saúde mental.

Dentro desse campo está inserida a esquizofrenia – um tipo de sofrimento psíquico grave, uma psicose (doença mental) determinada por condutas e manifestações psicológicas reveladoras de uma perturbação mental, que podem impedir a pessoa de manter seu relacionamento interpessoal e suas responsabilidades sociais (ROMERO, 1996) e que atinge a quase 2 milhões de brasileiros e 1% da população mundial.

É fundamental ressaltar que há várias esquizofrenias (OMS, 1993). Todas representam uma forma de sofrimento psíquico grave, afetam a relação do sujeito com o mundo e seus graus de

autonomia, consentimento e alienação (ASSIS; VILLARES; BRESSAN, 2013). As variações permitem que haja diferentes níveis de cognição, independência e individualidade do sujeito, que, além da psicose, submete-se aos condicionantes sociais da doença mental (GARCIA, 2012).

Diferentemente das doenças de fronteira, a esquizofrenia está nos manuais de classificação e diagnóstico, portanto, é medicalizada desde antes da queda do muro dos manicômios. Desde o alienismo de Pinel, a pessoa com esquizofrenia é uma das representações da loucura - característica que mantém ainda hoje, mesmo com o movimento criado pela Reforma Psiquiátrica de reintrodução e retorno deste sujeito ao tecido social (JODELET, 2005; AMARANTE, 2007).

A esquizofrenia e seu portador estão inseridos e ocupam lugar no contexto atual de uma sociedade medicalizada marcada pela autonomia e vulnerabilidade do sujeito e, conseqüentemente, pelo sofrimento psíquico e a saúde mental. A psicose enquadra-se na noção atual de sofrimento psíquico, porém a ultrapassa devido à sua materialidade e ao fato de o portador, muitas vezes, romper com a realidade (ROMERO, 1996).

Essa materialidade e os sentidos atribuídos e atualizados socialmente sobre a esquizofrenia fazem dela a doença que carrega a maior carga de estigma e discriminação em nossa sociedade (ABP, 2009), fato que, muitas vezes, impede até o tratamento de seus portadores. Se, no contexto atual da medicalização, o diagnóstico – a nomeação – dá sentido ao sofrimento e explica o comportamento do indivíduo, dando a ele uma identidade social, isso também ocorre com a esquizofrenia, porém, de uma forma diferenciada. Ao receber o diagnóstico, a pessoa passa a ser o esquizofrênico. Seus comportamentos desviantes são explicados, adquirem um sentido e ela passa a ter direito ao acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos para tratar seu sofrimento psíquico. Porém, nem a inclusão da psicose num conjunto maior da saúde mental, como elemento de uma categoria na qual o sujeito é apenas o cidadão agitado por eventos e problemas da vida (EHRENBERG, 2004) - que a introduz na mesma “etiqueta” de outros sofrimentos psíquicos, que são glamourizados (ARCHER, 2013) - fez a psicose ser vista de modo positivado. Seus sujeitos seguem invisíveis e estigmatizados. O mesmo diagnóstico que dá sentido à seu comportamento e sofrimento, retira dele seus direitos civis. Pela legislação brasileira, o portador de esquizofrenia – independente do grau da doença, do nível de alienação e da capacidade cognitiva – é considerado incapaz, irresponsável por seus atos e inimputável perante à lei (SOUZA, 1980; COHEN, 2011).

Ainda que tenha materialidade, nem os exames e equipamentos mais modernos são capazes de diagnosticar a esquizofrenia. Seu diagnóstico se dá exclusivamente pela autoridade médica que, mesmo auxiliada por manuais de classificações, tem grande dificuldade em diagnosticá-la. Por isso, frequentemente, o paciente passa por uma verdadeira via-sacra e, antes de obter um diagnóstico definitivo de sua patologia, recebe uma série de nomeações imprecisas. Por se tratar de uma doença

degenerativa, esta demora traz graves consequências à saúde da pessoa, que a cada nova crise tem parte de sua capacidade cognitiva comprometida (ASSIS; VILLARES; BRESSAN, 2013).

É fundamental ressaltar que o processo de medicalização só se faz possível dentro do sistema capitalista. É ele, enquanto modo de produção, que fez realidade este novo conceito de saúde mental, assim como o papel ativo da indústria farmacêutica na criação de novos medicamentos e doenças, e na transformação de pacientes em potenciais consumidores.

O corpus analítico

Neste *paper* analisamos três narrativas biográficas da seção “Depoimentos”, localizados no blog atrelado ao site “Entendendo a Esquizofrenia”. Editado por um médico, o site apresenta-se como “Um portal dedicado a familiares e pacientes. Informações e grupos de ajuda para entender a esquizofrenia”. Portanto, ele classifica os portadores como pacientes, nomeação dada às pessoas que utilizam serviços de saúde, fazem acompanhamento e tratamento médico. Sua missão é definida como “levar informações sobre a esquizofrenia a um maior número de pessoas, por acreditarmos que o conhecimento é capaz de produzir reflexões e mudanças na maneira de encarar a doença e lidar com suas principais dificuldades”. Outro objetivo é “criar uma grande rede de solidariedade em torno da doença, permitindo a troca de experiências entre pacientes, familiares e amigos na busca conjunta de soluções para o cotidiano dessas pessoas”, troca realizada por meio do blog, onde veiculam-se notícias sobre a psicose e depoimentos de pacientes que aprenderam a superá-la.

Selecionamos para a análise semiológica, os três únicos depoimentos que foram escritos pelos próprios portadores. As narrativas biográficas foram: “Como aprendi com minha doença a superá-la” (texto 1); “Uma história de perseverança e disciplina” (texto 2) e “Meus passos rumo à minha recuperação com a graça de Deus, minha família e meu médico” (texto 3). É a partir delas que localizamos as marcas da presença do discurso da medicalização em narrativas de pessoas com esquizofrenia e buscamos pistas para identificar o lugar da esquizofrenia e de seu portador no contexto de sociedade medicalizada.

Análise

A Semiose Infinita

Semiosis consiste “numa rede infinita de remissivas de representações na mente dos indivíduos: cada significante remete para outro(s) significante(s), não se chegando a um sentido estável, a não ser muito provisoriamente.” (ARAÚJO, 2000, p.130). Ela refere-se à intertextualidade e constitui-se por

Uma cadeia de interpretantes que foram relacionados culturalmente, remetendo-se uns aos outros *ad infinitum*, e dessa forma definindo e delimitando um sentido. Todo objeto, de um ponto de vista semiológico, pode assim ser considerado como um pacote significante (Verón) ou um texto (Eco), um tecido de muitos fios – os sentidos – que por ele perpassam. (PINTO, 1994, p.14)

Na busca pelos sentidos da esquizofrenia, do próprio portador, do médico e do medicamento, encontramos os seguintes índices de remissivas ou cadeias de interpretantes:

Texto 1:

Eu → aptidão com a leitura → melhor aluno → dez salários mínimos → todo mundo esperava que cassasse, tivesse filhos, crescesse na empresa → tímido e medroso → 1º surto → o que ninguém esperava → estava diferente → falar sozinho, coisas sem sentido → me internaram → diagnóstico de esquizofrenia paranoide

Eu → portador de esquizofrenia → doença que não tem cura → medicações → lento e com baixa autoestima → alucinações → pesadelos horrendos com monstros ou seringas me furando → INSS não permitiu que eu trabalhasse mais → funcionários que “pesava” e já não tinha utilidade → não estava apto a exercer o meu cargo → sem emprego, gordo e sem perspectiva nenhuma de viver

Esquizofrenia → doença → o que ninguém esperava → limites → pais e irmãs sofreram muito → pai pedindo ajuda divina

Melleril e Rivotril → virada na minha vida → novos amigos → socializando → como se a doença fosse “se diluindo” → gordo e sem libido → diminuir o remédio sem orientação médica → surto psicótico → internado → me amarravam, davam injeções → pesadelos horrendos

Psiquiatra → encontrar um remédio que pudesse atender às minhas expectativas → Quetiapina e Rivotril → vida ficou do jeito que eu sempre quis → fazer tudo o que uma pessoa normal faz, sabendo dos meus limites → feliz, centrado → mais forte, corajoso e maduro

Texto 2:

Esquizofrenia → obstáculo → meu problema → problema pequeno perto do que sou hoje → doença → psicóloga e psiquiatra → remédio → improdutivo → não é fácil → não é uma doença simples → age na mente → preconceito

Eu → normal → como outro ser humano qualquer → queria que fosse o melhor em tudo → futuro brilhante à frente → estudava bastante → muito cobrado → tudo bem, nada de esquizofrenia → promovido → descobri o amor → muito feliz

Eu → depressão → síndrome do pânico → medo de morrer → peso da vida sobre meus ombros → problema espiritual → médium → diferente → vida mudou pra melhor → fé → religião → ajuda necessária → barreiras tornam-se transponíveis

Eu → nova crise → pensamentos desorganizados → olhar perdido → problema físico → cuidar da mente → doença → esquizofrenia → paciente

Psicóloga e psiquiatra → remédio → improdutivo → jogou fora → crise que não era fácil, piorou → três medicações → readquirindo meu equilíbrio → não estava surtindo mais aquele efeito → pensamentos desorganizados → Saphiris e Rivotril → segunda geração → empregão melhor → todo o equilíbrio que preciso → resgatar → trabalho → amigos → melhoras consideráveis → diluí os pensamentos gradativamente na minha mente → equilíbrio → graças a Deus, ao meu médico, à minha família, aos amigos que sabem (pouquíssimos) e à espiritualidade → vida normal como outro ser humano qualquer → recuperação → continuar me tratando até sempre

Texto 3:

Eu → significados ocultos → abalo → ganhando um terço do que ganhava → estresse → depressão → encucada → medo → crise → pedi para ir num psiquiatra → perguntei até se eu tinha esquizofrenia → não sabia o que significava

Esquizofrenia → surto psicótico → doença → relatos de pacientes num livro de psiquiatria → história da televisão → livros antigos são desanimadores → busca por notícias novas → confirmada pelo médico

Eu → confirmada a esquizofrenia → medicação regularmente → completamente recuperada → me cobro menos, sou mais humilde, tenho objetivos mais simples → conquistas → 4º lugar no concurso federal → trabalho voluntário → ajuda de Deus, medicação e meus familiares

Psiquiatra → não era nada demais ir se consultar com o médico → perguntei se tinha esquizofrenia → tratou como síndrome do pânico → fiquei em crise mesmo → delegado → seguro de vida → mudei de médico → confirmada a esquizofrenia → Zyprexa (medicamento) → completamente recuperada → consciente da doença → estou bem → em remissão → manter-se em constante exercício, jogos de raciocínio verbal, leitura e redação e natação

Estas cadeias de interpretantes apontam para a presença de diversos sentidos que estruturam as narrativas. Nelas, os portadores – o eu – caracterizam-se como pessoas inteligentes e muito bem sucedidas, de quem muito se esperava (principalmente nos textos 1 e 2), mas cujas vidas, identidades, objetivos e perspectivas foram alterados em virtude de algo inesperado, a doença sem cura, o problema físico que age na mente ou ainda alguma coisa que a autora do texto 3 questionou ter sem ao menos saber o que significava. As alucinações, o estar diferente, falar sozinho coisas sem sentido, o olhar perdido, os pensamentos desorganizados, o medo, o estresse, a depressão, a crise, o surto psicótico são a materialidade da doença que foi descrita, entendida e tratada, respectivamente, por meio da linguagem, estrutura e intervenção médica. Confirmada a esquizofrenia, ela traz

sofrimento para os autores e suas famílias, os faz dependentes de medicamentos, psicólogos e principalmente psiquiatras, que nem sempre acertam o diagnóstico ou o remédio, que estando errado geram novas crises, efeitos colaterais e afastam os autores do tratamento. Por outro lado, ao trocar de médico e encontrar o medicamento que atendam às expectativas, chega-se à completa recuperação da doença sem cura, a vida fica do jeito que a pessoa sempre quis, ela se torna consciente de sua enfermidade, readquire o equilíbrio, ganha novos amigos, consegue novos empregos e/ou atividades, torna-se feliz, centrado, corajoso, forte, maduro e passa a levar, mesmo com objetivos mais simples, uma vida normal como de outro ser humano qualquer, com conquistas que se manterão desde que a pessoa continue se tratando para sempre.

Como pudemos perceber, ainda que haja alguns sentidos que possam questionar a autoridade médica ou a eficácia dos medicamentos, eles acabam minimizados diante da prevalência daqueles que atribuem aos remédios e aos psiquiatras a recuperação da doença, e a volta à vida normal. Desde modo, observamos que estas narrativas exaltam a medicalização como redentora. Assim, a linguagem, a estrutura e a intervenção médica, mesmo com a evocação dos sentidos da fé e da religião (instâncias não-medicalizadas), destacam-se como a mais viável e talvez única possibilidade existente para superar e se recuperar desta doença mental sem cura, a esquizofrenia.

A Heterogeneidade Enunciativa

Segundo Pinto (1994), a heterogeneidade enunciativa manifesta-se em dois planos distintos: polifonia ou heterogeneidade mostrada, a manifestação explícita e localizável pelo analista das vozes citadas pelo autor empírico do texto, ou como heterogeneidade constitutiva – “entrelaçamento de uma pluralidade de citações emigradas de outros textos pré-existentes, segundo restrições histórico-culturais sobre as quais o autor empírico do texto não tem controle racional” (p.18). Explicitar essas duas formas de heterogeneidade é uma maneira de caracterizar as condições de produção do objeto significante, sendo que elas. “se definem como um conjunto de textos, já dados na cultura, que são citados pelo texto presente, o que se chamou de intertextualidade” (p.18)

Privilegiamos aqui a heterogeneidade mostrada, buscando apreender nas narrativas analisadas a presença de vozes que emanem do universo discursivo da medicalização. O que pudemos observar foi que, embora mediadas pela voz dos narradores, estão presentes as vozes dos principais personagens daquele universo:

Texto 1 - Médicos psiquiatras que deram o diagnóstico e medicamentos ao autor.

Texto 2 - Centro Umbandista que o autor frequenta e apontou que seu problema era físico e ele deveria cuidar da mente; Psicóloga e psiquiatra que diagnosticaram a esquizofrenia.

Texto 3 - O livro “A psicopatologia da vida cotidiana”, de Freud, e o filme “Uma Mente Brilhantes” citados para explicar um comportamento da autora; Uma colega do trabalho voluntário que recomendou ela fosse a um psiquiatra, explicando não haver nada demais em se consultar com um médico; Médico que a diagnosticou erroneamente com síndrome do pânico; Livro de psiquiatria do Kaplan, que permitiu que ela descobrisse ter esquizofrenia.

Entre os discursos mais à flor do texto”, destaca-se o **discurso médico/da saúde**. Seu predomínio pode ser notado já pela análise do postulado da Semiose Infinita, quando se pôde observar a relação explícita entre a vida saudável, a ocorrência da doença e a dependência dos cuidados médicos. Por se tratarem de pacientes cujos depoimentos foram veiculados em um blog de um site editado por um médico, já era esperada essa predominância discursiva, que também pode ser explicada pelo fato de os autores construírem suas narrativas a partir de uma doença que determina quem eles são (suas identidades), modificou suas vidas e, portanto, tem um caráter duradouro. Por isso, o discurso da saúde e dos médicos constitui as narrativas não apenas de modo explícito (heterogeneidade mostrada), mas principalmente na constituição dos textos, que ressaltam que o surto “já foi confirmado pelo médico como sendo esquizofrenia” ou ainda que a pessoa foi “diagnosticada com esquizofrenia”. Fala-se dos tratamentos, da busca pela medicação que se adequa às expectativas, citam-se sintomas vivenciados na “crise”, orientações médicas e a dependência em relação aos psiquiatras e medicamentos para se manterem bem – “somos muito gratos à ajuda que meu médico nos proporcionou e nos proporciona até hoje”. O discurso da saúde fez-se presente também, em sua força hegemônica, quando uma colega indicou para autora do texto 3 que fosse a um psiquiatra, dizendo que “não era nada demais ir se consultar o médico”, ou seja, o médico cuja função de cuidar “de loucos” sempre causou repulsa foi sugerido e aceito pela autora como algo natural, corriqueiro.

Outra presença observável facilmente é a do **discurso da Indústria Farmacêutica** – setor marcante no processo de Medicalização. Em todas as narrativas, citam-se o nome dos medicamentos, tanto daqueles que não deram resultado, quanto dos exitosos. Os autores atribuem sua “recuperação”, “superação” da doença e a retomada do “equilíbrio” ao uso de alguma droga, que o psiquiatra testou até chegar à dosagem ou ao medicamento que “pudesse atender às expectativas”. O discurso é tão preponderante que além da busca pela droga exata para as expectativas do autor do texto 1, o autor do texto 2 relatou: “Mudei de médico e de remédio, dessa vez um de segunda geração (antes só tinha usado os mais antigos). Em menos de um mês arranjei um trabalho, um emprego melhor”. Vale ressaltar que o discurso de medicamentos para atender as expectativas da pessoa e a troca dos medicamentos antigos pelos mais novos (estes mais caros e

cujas patentes ainda pertencem às farmacêuticas) vão ao encontro daquilo que prega essa indústria para vender seus produtos e ampliar suas fontes de lucro.

De modo subsidiário aos dois discursos anteriormente citados, destaca-se o **discurso do herói ou/da superação**. A narrativa dessas pessoas foi publicada por serem histórias de superação e exemplos a serem seguidos. Elas se recuperaram de uma doença sem cura, estão integradas à sociedade, são cada uma a seu modo economicamente ativas, consideram a doença um “problema pequeno perto” do que são hoje, afirmam que ela os fez mais forte e ainda que tenham reduzido as cobranças, sonhos e metas, ela não as impede de viver e fazer conquistas. É possível notar a intencionalidade de ser exemplo, de ressaltar o discurso do herói e o motivacional, principalmente nos textos 1 e 2, como podemos ver: “Depois de passar por toda essa experiência, eu me tornei mais forte, corajoso e maduro”, “todos nós temos a capacidade de superarmos, de termos uma vida normal como outro ser humano qualquer”, “você que acabou de ler esse depoimento tenha fé, nunca deixe de tê-la. (...) Tenho certeza que você conseguirá, assim como eu estou conseguindo.” Nestes trechos foi possível identificar o **discurso da normalidade**, bastante usado no contexto de sociedade medicalizada e, especialmente, para se referir às doenças mentais, cujos sentidos foram historicamente construídos como loucura e o comportamento dos loucos como sinônimo de anormalidade.

Porém, é importante ressaltar que na contramão do processo de medicalização, o **discurso da religião** se fez fortemente presente. Tanto que o autor do texto 2 relata ter tido primeiro um problema espiritual e só depois a esquizofrenia e os pais do autor do texto 1 pediam ajuda divina para entender e superar a doença do filho. Todos os autores atribuem à Deus, à religião ou à fé suas histórias, seus itinerários para recuperar o equilíbrio e se tornarem exemplos para outros na mesma situação. Outro discurso identificado que também pode se dizer contra-hegemônico ao processo de medicalização, que acabou por glamourizar as doenças mentais, é o **discurso do preconceito/estigma**. Ele se fez presente na não aceitação dos familiares sobre a doença e no discurso do autor do texto 2 para que só se conte sobre a doença para poucas pessoas devido ao preconceito que ainda existe. O preconceito e o silenciamento existente em relação às psicoses como a esquizofrenia é tão grande que até mesmo o diagnóstico ou dizer o nome da doença se torna complicado, as pessoas, assim como a autora do texto 3, não sabem o que ela significa e, muitas vezes, os próprios médicos – como também ocorreu com ela – fornecem o diagnóstico errado. Esse caso, assim como a desconfiança em relação a um médico ou o fato dele receitar um medicamento que não fez o efeito buscado, deram espaço para o **discurso do questionamento da autoridade médica** (esta também presente no processo de medicalização). Ele foi bastante característica no texto 1, quando o autor relata seus pesadelos “geralmente com monstros ou com seringas e agulhas me furando”, que

depois se tornou real quando ele, em crise, era internado num posto de saúde sem psiquiatria, “lá eles me amarravam, davam injeções e no dia seguinte me liberavam”. Entretanto, é fundamental ressaltar que ainda que estivesse presente, essa voz sempre foi minimizada diante dos relatos do encontro de um novo médico e um novo medicamento que recuperaram o paciente.

O último discurso que queremos mencionar, também por seu papel de relativização da força hegemônica do discurso da medicalização, é o **discurso do cuidado da família**, carinho que todos os autores ressaltaram ser fundamentais. Seu uso é indicador da dependência da pessoa com esquizofrenia, que necessita de alguém que o cuide, apoie e saiba da importância de tomar os remédios no horário correto.

Concluindo: Esquizofrenia e Medicalização em narrativas autobiográficas

A esquizofrenia e seu portador ocupam dentro do contexto de medicalização um lugar marcado por uma série de particularidades determinadas pelas características da psicose e pela diversidade de seus sujeitos. Ao mesmo tempo em que é medicalizada – seja por sua materialidade ou ainda pela dependência do paciente em relação ao médico e ao medicamento para reestabelecer seu equilíbrio - ela permite a existência de instâncias não medicalizadas e concorrentes, como a religião e até mesmo o questionamento da autoridade médica – questão prioritária no contexto atual da medicação, porém secundária quando se trata de uma doença em que o paciente dificilmente pede para ir ao médico durante a crise, nem sempre consegue confiar no profissional, tem dificuldade em reconhecer-se com a psicose, mas cujo diagnóstico ainda é demorado, inseguro e marcado por controvérsias próprias da crise vivenciada pela autoridade médica.

A esquizofrenia está inserida na mesma etiqueta de tantas outras patologias que incluem a questão da saúde mental, porém a dependência, que ainda pertence a seu sujeito, que é visto como alguém que dá gasto e não tem utilidade para a empresa e pode conseguir a aposentaria por invalidez, além dos sentidos que ocupam o imaginário popular e o ligam à loucura, irracionalidade não a permitem lutar pelo fim do preconceito. Ela segue estigmatizada, ainda que seu portador seja capaz de ser exemplo, de recuperar-se com o apoio dos medicamentos que atendam suas expectativas, de voltar a ser economicamente ativo e enquadrar-se na sociedade cuja medicalização determina os esforços para promoção da saúde e, em especial, a busca pelo tão desejado bem-estar físico e pela saúde mental.

Referências Bibliográficas

ABP, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Manual para a imprensa**. Rio de Janeiro: ABP, 2009.

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, I.S. **A reconversão do olhar**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.
- ARCHER, D. **Quem disse que é bom ser normal?** Rio de Janeiro: Sextante, 2013. Recurso eletrônico
- ASSIS, J.C.; VILLARES, C.C.; BRESSAN, R.A. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013
- CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annu. Rev. Sociol.** 1992, n.18, p.209-32, 1992.
- EHRENBERG, A. Les changements de la relation normal- pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mental. **Revue Esprit**, maio 2004.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.
- FUREDI, F. The End of Professional Dominance. **Society**, set./out., 2006.
- GARCIA, C. C. **Da loucura à ciência: as imagens e a construção social das notícias sobre os transtornos mentais e de comportamento e seus personagens na Folha de S.Paulo**. 2012. Dissertação. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, UNESP, Bauru, 2012.
- OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). **Classificações de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PINTO, M.J. **As marcas linguísticas da enunciação**. Esboço de uma gramática enunciativa do português. Rio de Janeiro: Numem, 1994.
- ROMERO, E. **Essas Inquietantes Ervas do Jardim: O Normal e o Sintomático**. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.
- ROSE, N. Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. **BioSocieties**, v.1, p. 465–484, 2006.
- ROSENBERG, C. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. **The Milbank Quarterly**, v.80, n.2, p. 237-260, 2002.
- ROSENBERG, C.. Banishing risk: or, the more things change, the more they remain the same. In: **Our present complaint: American medicine, then and now**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.
- SOUZA, P. de. **A Revolução dos Loucos**. São Paulo: Global Editora, 1980.
- SZASZ, T. S. **A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.
- VAZ, P.; PORTUGAL, D. A nova ‘boa nova: marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista Veja. **Comunicação, mídia e consumo**. v. 9, n. 26, 2012.
- Zola, I.K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**. v.20, n.4, p. 487–504, nov. 1972.