

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

JÚLIA MARIN SEKINE

**MEDICALIZAÇÃO COMO SÍMBOLO CULTURAL:
enfrentamento do sofrimento psíquico**

São Paulo

2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

JÚLIA MARIN SEKINE

**MEDICALIZAÇÃO COMO SÍMBOLO CULTURAL:
enfrentamento do sofrimento psíquico**

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Almeida Batista

São Paulo

2021

Resumo

Esta pesquisa investiga o fenômeno da medicalização da vida e seus possíveis atravessamentos na subjetividade dos indivíduos, traçando análises a partir da psicologia analítica. Através da recuperação e contextualização histórica, compreende-se a medicalização como um processo que transforma questões de ordens sociais e políticas, em questões de ordem médica, por meio de práticas e ideologias disseminadas com a cultura do bem-estar. O processo de medicalização evidencia como as experiências de cuidado com a saúde estão diretamente relacionadas com a rapidez e praticidade. O fio condutor deste trabalho é baseado na teoria sobre símbolos, da psicologia analítica, pois estes conferem à esfera dos significados, correspondendo às expressões de eventos ainda ocultos. O comparativo com os símbolos acontece tanto no viés individual, quanto no coletivo.

Palavras-chave: medicalização, psicossomática e psicologia analítica.

Abstract

Medicalization can be understood as a process that transforms social and political issues into medical issues, through practices and ideologies disseminated with the culture of well-being. The medicalization process shows how health care experiences are related to practicality. In this work, medicalization was compared with the theory of symbols, from analytical psychology, as for Carl G. Jung, symbols correspond to the sphere of meanings of human experiences.

Keywords: medicalization, psychosomatics and analytical psychology.

Sumário

1	Introdução.....	1
2	Construção Histórica	5
3	Sintoma Símbolo	9
4	Medicalização na Contemporaneidade	13
5	Metodologia	17
6	Análise e Conclusão	18
7	Considerações Finais	21
8	Referências Bibliográficas	22

1 Introdução

A medicalização é um processo que visa transformar questões sociais em questões médicas, patologizando sentimentos relativos às vivências humanas (GOMES DA SILVA, 2017). Este é um processo crescente que, de diversas formas, atravessa a vida dos indivíduos da sociedade, produzindo, principalmente, padrões normativos de bem-estar (CARUSO DE AZEVEDO, 2018). Para Soalheiro e Mota (2014), a medicalização foi consolidada com a formulação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, devido à compressão das experiências a partir do biologicismo.

O interesse na abordagem desse tema, advém da potencialização do uso de medicamentos para tratar os sintomas físicos e, em especial, os psíquicos. Segundo o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (FMES) entre os anos de 2008 e 2014 o Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) registrou o aumento de 296% do consumo da Ritalina e, entre 2009 e 2013 o aumento de 531% do Clonazepam. Compreende-se a relevância social do tema, devido ao aumento do consumo de psicofármacos no Brasil (CARON, FEUERWERKER, 2019).

Para que seja possível a análise da medicalização à luz da teoria junguiana, é necessário a retomada de conceitos essenciais. Para Jung (1959), a psique é dividida em duas estruturas, o inconsciente coletivo, que consiste em conteúdos típicos da vivência e do comportamento humano; e o inconsciente pessoal, construído a partir de experiências vividas pelo próprio indivíduo. Segundo Jacobi (2000), essas duas estruturas podem formar núcleos acentuados de representações de sentimentos e afetos, os complexos. Eles são compostos por um elemento central, portador de um significado, e diversas associações a ele ligadas. Esse fenômeno pode ser compreendido como perturbador, visto que, em sua maioria, são oriundos de conteúdos reprimidos do inconsciente pessoal.

Os complexos são forças psíquicas, carregados de energia, capazes de tomar a consciência (constelar), atuando como um segundo eu, em oposição ao eu consciente, colocando assim, o indivíduo entre duas verdades. Para que tal

perturbação seja eliminada, Jacobi afirma que é necessário a conscientização do complexo, mas não apenas de forma intelectual, e sim, a vivência emocional do seu conteúdo. No entanto, é possível que na tentativa de acabar com esses opostos inconciliáveis, um dos pólos seja reprimido pela consciência, dando a falsa impressão de que o sofrimento do conflito foi aliviado. Porém, a raiz do complexo foi apenas transferida para a esfera física, originando os sintomas.

A partir de pesquisas experimentais de Jung, Ramos (2006) escreve sobre a natureza dos sintomas, afirmando que esses são oriundos dos complexos, sejam de natureza somática ou psíquica. Assim, quando o complexo é constelado, ocorrem alterações no nível fisiológico e na estrutura corpórea, quer o indivíduo as perceba ou não. Essa transformação pode ser expressa como um mal-estar ou como uma sintomatologia mais notória. Tal circunstância é compreendida por Ramos como psicossomática, isto é, a relação da doença com o fenômeno psique-corpo.

Segundo a autora, a psique cria uma proteção, na forma de sintoma, para enfrentar o conflito emocional, sendo correspondente a uma representação simbólica da perturbação no ego, podendo ser expresso corporal ou psiquicamente. O símbolo então, é a expressão da percepção psique-corpo, é a partir dele que se torna possível a compreensão do sofrimento, já que um complexo tem sempre sua expressão simbólica corpórea. Ramos (2006) faz uma associação do símbolo como uma máquina transformadora de energia, é o símbolo que traduz uma informação deste sistema, para o sistema consciente. Portanto, curar significa “interpretar corretamente o que essa totalidade está tentando expressar através dos sintomas e ensinar-lhe um modo menos doloroso de auto expressão” (GRODDECK, 1992, p. 173 apud RAMOS, 2006, p.68).

A partir disso, o trabalho pretende evidenciar a importância dos sintomas para a compreensão do sofrimento. Nessa perspectiva, é factível a relação com a medicalização, visto que este atravessa o contato com o símbolo, extinguindo o sintoma. A medicalização, segundo o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, é um processo que transforma aspectos, de diferentes ordens da vida, em “doenças”, “transtornos” e “distúrbios”, além de tornar questões sociais e políticas como

biológicas. Dentro desse processo encontra-se o aumento da medicação, isso é, aumento no consumo de medicamentos.

Os discursos e as práticas medicalizantes, penetrando no tecido social, moldam padrões de indivíduo e de sociedade, que buscam incessantemente a promoção do bem-estar. Seguindo essa tendência, os tratamentos médicos para comportamentos e sofrimentos psíquicos têm sido vistos como algo natural. É evidente a importância de vivenciar a dor, pois é o momento de envolvimento íntimo consigo, permitindo a atribuição de significado ao sofrimento, podendo assim, ser o principal agente de sua cura (CARUSO DE AZEVEDO, 2018).

A análise desses fenômenos, permite a associação entre a medicalização e a simbologia de Jung. Pensando na sociedade brasileira, em que há um aumento expressivo no consumo de medicamentos psiquiátricos, é notório a dificuldade dos indivíduos de entrarem em contato com seus sofrimentos psíquicos, buscando o tratamento mais rápido, para que não haja dor. Evidentemente, o uso do medicamento é importante para diversos casos, a questão levantada nesta pesquisa, diz respeito ao consumo abusivo e das prescrições, muitas vezes, desnecessárias.

A medicalização promove a saúde como mercadoria, vendendo a ideia de que há um estado emocional ideal, dessa forma, os indivíduos buscam uma vida ilusória, pois o sofrimento é inerente à vida humana (CARUSO DE AZEVEDO, 2018). Uma das principais práticas da medicalização é a farmacologização, que visa o consumo de pílulas com ações instantâneas como os psicofármacos, estimulantes e calmantes naturais.

A prescrição de psicofármacos é ação exclusiva da área médica, no entanto, seus motivadores não advêm unicamente desta área. Conforme Lemos (2019), uma das causas que explicam as excessivas prescrições medicamentosas, ocorre a partir da relação entre empresas farmacêuticas e médicos, que acordam benefícios, mediante a quantidade de indicações. Além disso, para GALINDO et al. (2016), o modelo de estado biopolítico, que compreende o indivíduo exclusivamente como sistema biológico, colabora com as práticas da medicalização, com o intuito de homogeneizar os comportamentos humanos.

A compreensão do processo de medicalização como símbolo cultural, ocorre a partir da ideia de que os símbolos, para a psicologia analítica, são expressões de conflitos inconscientes (JACOBI, 2000). Dessa forma, entendendo a medicalização como uma prática de cuidado instantâneo (GOMES DA SILVA, 2017), sem que haja contato com o conflito original, é possível associar com o símbolo, evidenciando uma expressão inconsciente da dificuldade de lidar com a dor.

2 Construção Histórica

No fim do século XVIII, o psiquiatra francês, Pinel, contribuiu com teorias e práticas da medicina mental da época, influenciando os saberes estabelecidos no Brasil (Soalheiro e Mota, 2014). Compreendendo os distúrbios mentais como “alienação mental”, Pinel utilizava de práticas internalistas, para construção de suas teorias. Entendia a loucura como sendo oriunda da “imoralidade”, ocasionando comportamentos a serem corrigidos pelas mudanças de hábito. Nessa perspectiva, os autores afirmam a indissociabilidade entre a terapia aplicada por Pinel e os asilos, “o hospital faz-se asilo e a loucura faz-se doença” (Soalheiro e Mota, 2014). Portanto, o asilo se constituiu como principal local de intervenção, isolando para estudar e curar a loucura. Como consequência, “a medicina psiquiátrica inicia a demarcação de uma fronteira, cria conceitos normativos produzidos por um saber que ao longo do tempo avança na sociedade e hoje se dissemina no senso comum” (Soalheiro e Mota, 2014).

O psiquiatra francês, já no século XIX, fazia uso de medicamentos para o tratamento mental, como a morfina, o ópio e mais pra frente as anfetaminas, em um dos seus relatos afirma: “No tratamento de sua mania, eu tinha o poder de usar um grande número de remédios, mas o mais poderoso de todos faltou-me: aquele que só se pode encontrar num hospício bem organizado, aquele que consiste, por assim dizer, em subjugar e domar o alienado colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja apto a exercer sobre ele um domínio irresistível e a mudar a cadeia viciosa de suas idéias” (Pinel, 1801). Neste trecho, é evidente o pensamento pineliano em relação à loucura, compreendida como desvios a serem corrigidos, sendo necessário o uso de medicamentos e outras práticas coercivas para tal correção.

Em 1852 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, com o objetivo de “isolar o louco da sociedade; organizar o espaço interno da instituição, possibilitando uma distribuição regular e ordenada dos doentes; vigiá-los em todos os momentos e em todos os lugares, através de uma 'pirâmide de olhares' composta por médicos, enfermeiros, serventes...; distribuir seu tempo, submetendo-os à realidade do trabalho como principal norma terapêutica” (Portocarrero, 2002, p. 9). A partir das práticas internalistas inspiradas nas teorias francesas, surge, no Brasil, uma nova

nosografia - explicação das doenças -, privilegiando o conceito de “anormalidade”, que incluía pessoas com distúrbios mentais, deficiências físicas, adictos e criminosos.

Essa mudança ocasionou a prática psiquiátrica para além da limitação física dos asilos, atuando nas escolas, nas famílias e nas Forças Armadas, como forma de prevenção da anormalidade. Tendo a sociedade como objeto de estudo, a medicina psiquiátrica impõe-se como instância de controle social da população, “é a medicina mental que penetra nos vários setores do espaço social, através de seu corpo conceitual e de práticas assistenciais menos restritas ao internamento no hospício, procurando encontrar a alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações” (Portocarrero, 2002, p. 20). Tais práticas normativas influenciaram o modo de compreender a saúde, impondo um padrão de bem-estar e, consequentemente, firmando a “anormalidade” como doença.

Em meados do século XX, com a segunda guerra mundial e a perseguição nazista, houve o deslocamento do saber psiquiátrico da Europa para os Estados Unidos, originalizando a renomeada associação que unia psicanalistas e médicos psiquiatras, a Associação Americana de Psiquiatria (APA). Nesse contexto de práticas normativas, em 1952, a APA criou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), descrevendo 106 diagnósticos mentais (SOALHEIRO, 2014). O DSM é um instrumento padronizado de diagnósticos, que visa classificação dos sintomas, para assim, tratá-los.

O tratamento reunia as demandas da sociedade - rapidez e bem-estar - o que apontava para soluções através da medicação. A indústria farmacêutica passa a disponibilizar recursos para sintetização, em grande escala, de psicofármacos que, posteriormente, com o marketing, experienciou um aumento de demanda exponencial. Com a proposta de acelerar o processo de desaparecimento dos sintomas e, poupando os indivíduos do investimento em práticas terapêuticas de longo prazo, o tratamento medicamentoso se torna a maior via de intervenção médica, principalmente quando, na década de 80, emerge a fluoxetina, comercializada como “pílula da felicidade”. As promessas atreladas à fluoxetina eram de maior eficácia em relação a outros antidepressivos, devido à diminuição de efeitos colaterais e toxicidade (GOMES DA SILVA, 2017). Nessa mesma época, foi lançada a terceira versão do DSM, dessa vez com 262 diagnósticos e 494 páginas, o manual passa por

uma grande ruptura com o padrão de classificação das versões anteriores, isso porque há um declínio da influência psicanalista no meio científico americano. Portanto, neste momento a proposta do DSM-III era “tornar-se um sistema de referência, norteador do pensamento em psiquiatria, tendo como fundamento a fidelidade diagnóstica” (GOMES DA SILVA, 2017 apud Rodrigues 2003).

Compreendendo o sofrimento como um conjunto de sinais imutáveis e passíveis de avaliação, a ideia de “emoções” e “sensações” passam a ser traduzidas para “taxa de serotonina”. Dessa forma, os indivíduos experienciam suas vivências emocionais como sendo alterações químicas cerebrais e, conseqüentemente, desejando um tratamento de ordem química. Nesse sentido, passa-se a medicar não somente distúrbios, mas qualquer paradoxo da existência humana, fenômenos comuns do viver. Qualquer emoção que desencadeasse embotamento, era automaticamente relacionado à doença mental (GOMES DA SILVA, 2017).

Em 1995, foi lançado o DSM-IV com 297 diagnósticos e 886 páginas e o mais recente, em 2013, o DSM-V com 300 categorias diagnósticas e 947 páginas. O último lançamento evidencia o uso desmoderado de diagnósticos para patologizar questões de ordem social, como crianças que desafiam excessivamente seus cuidadores ou, adultos que necessitam excessivamente de relações sexuais (SOALHEIRO, 2014).

Esse processo civilizatório de patologizar comportamentos, ocasiona a busca pelo bem-estar e pela saúde. Dessa forma, compreende-se a saúde e, principalmente, a saúde mental, como o objetivo a ser alcançado. Mas o que seria a saúde mental? Popularmente compreendida como o oposto de doença, a saúde mental gera algumas controvérsias em suas definições, por se tratar de uma avaliação subjetiva. Entretanto, compreende-se que a tentativa de reproduzir um sentimento de satisfação física, psíquica e livre de dor, é o processo de saúde. (BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noem, 2010).

No entanto, esse processo não está desvinculado do processo de adoecer, isso é, um não está em oposição ao outro, pois ter saúde, não é sinônimo de não ter uma doença. Os indivíduos podem ser enquadrados dentro das categorias patologizantes e ainda assim, se sentirem saudáveis, satisfeitos, dispostos e sem dor.

Uma das consequências da patologização excessiva é o alto consumo de psicofármacos, um dado de 2015 do Sistema Nacional para Gerenciamento de

Produtos Controlados, é o crescimento de 296% do consumo de Ritalina, entre os anos de 2008 a 2014 e, de 531% do consumo de Clonazepam. A Ritalina é um medicamento indicado, principalmente, para o TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - aumentando o foco. Um outro nome comercial para esse medicamento é “Concerta”, vendendo a ideia de consertar algo desajustado. O Clonazepam, popularmente conhecido como Rivotril, é indicado, principalmente, para casos de epilepsia, causando o efeito sedativo, por inibir funções no sistema nervoso central (CARON, FEUERWERKER, 2019).

Como visto acima, inicialmente o tratamento de transtornos psiquiátricos eram pautados a partir de uma conduta moral, em uma tentativa de corrigir a imoralidade. Posteriormente, conforme o desenvolvimento da sociedade baseado na perspectiva de tratamento como correção, o sofrimento que produz sintomas, passam a ser o alvo de tratamentos medicamentosos. Estes sintomas devem ser tratados com a maior eficácia e rapidez, sendo descartado alternativas de terapias tradicionais, entendidas como desnecessárias e demoradas frente às novas possibilidades de medicar.

3 Sintoma Símbolo

Para relacionar o processo de medicalização com a simbologia de Jung, é necessário retomar conceitos postos por ele e por seus pesquisadores. O inconsciente para a psicologia analítica é estruturado a partir de duas categorias, o inconsciente coletivo - conteúdos típicos da vivência e do comportamento humano - e o inconsciente pessoal - conteúdos relativos às experiências vividas individualmente. Este, é o principal agente na elaboração dos complexos, que nada mais são que conglomerados de experiências que apresentam a mesma temática (Jung, 1959).

Através de experimentos de associação livre, em que o sujeito é exposto a palavras-estímulo, a fim de gerar diferentes reações, Jung conceituou a ideia de “complexos”, pois notou que a espontaneidade das respostas não aconteciam de forma aleatória, mas que eram “determinadas pela precisão da interferência perturbadora de conteúdos inconscientes, sensíveis ao complexo” (Jacobi 2000). Ou seja, ao serem submetidos a diferentes palavras, os sujeitos deveriam responder de forma espontânea o que associavam a cada estímulo. Jung percebeu que em algumas situações, as palavras-estímulos causavam alterações físicas, como aceleração do batimento cardíaco e alteração na velocidade e qualidade das reações, quando submetido ao experimento pela segunda vez. Essa percepção ocasionou a compreensão da existência de um condicionamento individual, que acontecia de forma inconsciente, isto é, a atuação do complexo.

Os complexos, portanto, podem ser definidos como núcleos de vivências acentuados por sentimentos que, em sua maioria, são perturbadores, por se tratar de materiais reprimidos. Possuem energia psíquica autônoma e, por isso, do ponto de vista do eu, os complexos podem atuar de diferentes formas: inconsciente - o que se torna visível nesse caso são os sintomas, podendo estes serem discretos ou conflitantes, colocando o indivíduo entre duas verdades -; identificação - quando o complexo está pesadamente carregado de energia psíquica, que se torna influente na consciência, ocasionando uma identificação parcial ou total entre eu e complexo -; projeção - quando fortemente descolado da consciência, pode vir a ser projetado em objetos externos, sem a compreensão de que a produção é interna - e por fim, confrontação - o complexo é conhecido pela consciência, mas apenas

intelectualmente. Para Jacobi (2000), a incapacidade de distinguir os conteúdos pertencentes à consciência, dos provenientes do complexo inconsciente, pode ser um grande perigo, pois possibilita que o indivíduo se adapte à sua realidade de uma maneira equivocada.

A confrontação do complexo é, portanto, a única forma de dissolvê-lo, pois a conscientização deste, é necessária. “Nenhum complexo pode ser resolvido sem que o indivíduo se confronte com o conflito que o causa - e isto exige coragem, força psíquica e capacidade de sofrimento por parte do eu” (Jacobi, 2000). A conscientização do complexo torna manifesto o conflito até então inconsciente, colocando o indivíduo entre duas verdades e, possivelmente, gerando sofrimento. Em uma tentativa de escapar desta contradição, um dos polos é conscientemente reprimido, trocando o conflito real por um falso, transferindo a raiz do complexo para a esfera física.

A transferência do complexo para o campo somático, resulta em sintomas, que variam de intensidade, dependendo da força psíquica que cada núcleo apresenta. Para Ramos (2006), “os sintomas de natureza somática ou psíquica originam-se nos complexos”. Portanto, pode se dizer que o corpo é a base do ego - complexo consciente - e do complexo secundário, seja ele inconsciente ou não. Isso porque, ambos possuem emoções baseadas em impressões sinestésicas.

Desse modo, quando um complexo toma a consciência, ocorre uma transformação na estrutura corpórea, quer o indivíduo a perceba ou não, pois tais alterações podem ser sentidas como mal-estar indefinido, ou como uma sintomatologia mais aparente. Assim, todos os complexos, inclusive o egóico, possuem um padrão de imagens e sensações. O sintoma é a melhor expressão do conflito vivido, é a partir dele que se torna viável compreender o complexo carregado de afeto (Ramos, 2006).

Para Ramos (2006), um sintoma corresponde a uma representação simbólica de uma desconexão ou perturbação no eixo ego-Self, podendo ser corporal - como uma manifestação orgânica - ou psíquica. A representação simbólica, ou seja, o símbolo, é compreendido por Jacobi (2000) como transformador de energia psíquica, evidenciando um sentido objetivo, para um fenômeno invisível, ainda oculto, “o simbolismo transforma o fenômeno em ideia e a ideia em imagem”.

O símbolo é “um termo, um nome ou mesmo uma imagem que nos pode ser familiar na vida cotidiana (...) implica alguma coisa vaga, desconhecida ou oculta para nós” (Jung, 2016). Suas representações podem acontecer de ordem individual, como consequências dos complexos, ou de ordem coletiva, como expressão dos arquétipos - temas que fundamentam os elementos psíquicos, presentes no inconsciente coletivo e, portanto, representam padrões do comportamento. O símbolo é a parte do mundo humano dos significados, sendo fonte inesgotável destes, pois se for esgotável, deixa de ser símbolo e passa a ser signo.

A psique cria símbolos cuja base de energia é o arquétipo inconsciente e cuja imagem manifesta, provém das ideias que o consciente adquiriu. O inconsciente fornece a forma arquetípica, que em si é vazia, e a consciência fornece material de representação, preenchendo o vazio e tornando perceptível através de imagens arquetípicas, os símbolos. Portanto, Jacobi (2000) compreende estes como essência e imagem da energia psíquica.

Conforme Ramos (2006), há situações em que os indivíduos não reconhecem seus complexos no nível abstrato, sendo impossibilitado, portanto, de ser expresso na imaginação, fantasias ou sonhos. Assim, esses conflitos podem desencadear soluções orgânicas, de forma a se expressarem de maneira corpórea, produzindo mensagens psíquicas no sistema orgânico, por não existir uma representação acessível à consciência. Nesse caso, a somatização corresponde a uma tentativa de integrar à consciência os instintos reprimidos, mas devido à dificuldade de expressão consciente, o sintoma corporal permanece em repetição, podendo ser compreendido como um símbolo, uma expressão corpórea do inconsciente.

Para a autora, a psique cria uma proteção, na forma de sintoma, para lidar com o conflito ou dor emocional, nesse sentido, este sintoma corresponde a uma representação simbólica, “um complexo tem sempre uma expressão simbólica corpórea, por intermédio da qual podemos ter a chave para a compreensão da doença” (RAMOS, 2006). No trabalho de Groddeck (1992), ele afirma que a doença não existe como entidade, mas somente como expressão da totalidade do homem. Curar, portanto, significa “interpretar corretamente o que essa totalidade está tentando expressar através dos sintomas” (GRODDECK, 1992, p. 173 apud RAMOS, 2006, p.68).

Na perspectiva de uma expressão coletiva, há ainda um conceito postulado por Joseph Henderson, o complexo cultural. “São agregados autônomos, amplamente inconscientes e emocionalmente carregados de memórias, ideia e imagens, que tendem a se aglomerar em torno de um núcleo arquetípico e serem compartilhados pelos indivíduos dentro de um coletivo definido” (SINGER, KAPLINSKY, 2019). Os complexos culturais atuam da mesma forma como os complexos individuais, a diferença é a origem da energia psíquica, se nos complexos advém do inconsciente pessoal, nos complexos culturais advém do inconsciente cultural. Este conceito também foi postulado por Henderson, estando localizado entre o inconsciente coletivo e o pessoal (SINGER, KAPLINSKY, 2019).

A partir dos conceitos teóricos postos acima, é possível compreender que os complexos ocasionam conflitos psíquicos, por se tratarem de materiais reprimidos. Esta perturbação, por não ser acessível à consciência, se expressa através de sintomas, podendo ser estes psíquicos ou somáticos. Os sintomas, portanto, são representações simbólicas dos conteúdos reprimidos. Assim, entende-se que os símbolos são manifestações carregadas de significados, podendo ser da ordem individual ou coletiva. A compreensão destes conceitos, auxiliará na correlação com o tema da medicalização, visto que os sintomas símbolos são necessários para a percepção dos conflitos e a medicalização visa eliminar tais representações.

4 Medicalização na Contemporaneidade

Para o CRP-SP (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2019), a medicalização é um processo que transforma questões não médicas em médicas, ou seja, diferentes aspectos da vida são transformados em “doenças”, “transtornos” e “distúrbios”. Esse processo faz com que questões coletivas, como problemas sociais e políticos, sejam tratados como questões individuais e patológicas. “Trata-se de um conjunto amplo de práticas constitutivas da expansão de saúde e vida, não apenas face às doenças, mas especialmente voltadas à gestão dos riscos, perigos e performances” (LEMOS, 2019). A medicalização não envolve apenas práticas do uso de medicamentos, mas, principalmente, práticas que visam alterar ou controlar os obstáculos da vida (CARUSO DE AZEVEDO, 2018).

Para Caruso de Azevedo (2018), surgiu na atualidade, a noção de “boa vida”, baseada no conceito médico de “bem-estar”. Esses conceitos denotam “um sentir-se mais do que bem, fruto da competência na gestão da vida, no uso dos dispositivos, na eliminação do sofrimento e na otimização das potencialidades vitais”. No entanto, apesar das tentativas de eliminação dos obstáculos, a autora afirma que a dor e o sofrimento permanecem inerentes à natureza humana, portanto, o processo de medicalização, que visa o enquadre perfeito na felicidade, não parece coerente. Em seu artigo, a autora menciona os estudos de Illich (1975), afirmando que “a cultura confere a dor como uma forma de interrogação que pode ser expressa” e fornece elementos para veicular a dor, como sons, palavras e gestos, podendo estes, serem compartilhados. Dessa forma, a medicalização do sofrimento, “promove tamponamento das indagações e o silenciamento do sujeito diante da sua dor, tendo em vista que ele perde a possibilidade de tentar falar, de elaborar, de se posicionar e de dar sentido para sua vivência” (CARUSO DE AZEVEDO, 2018).

Na ideia de promover saúde como sinônimo de promover bem-estar, o sofrimento passou a ser compreendido como um mal a ser eliminado, um problema que obstaculiza a vida. Nesse contexto, acontece a valorização de práticas instantâneas que, ilusoriamente, geram a eliminação almejada; e a desvalorização do sofrimento, categorizando sintomas e culpabilizando os indivíduos pelas vicissitudes da vida. Com a medicalização excessiva, a vida se transforma em uma sequência de

substâncias, quimicamente testadas, promotoras de alívio e solução para todos os problemas. É a partir desta compreensão, que a medicalização se tornou via, quase exclusiva, de tratamento (GOMES DA SILVA, 2017).

Segundo Galindo et al. (2016), uma prática crescente, decorrente da medicalização, é a farmacologização, que visa o consumo de qualquer produto que prometa o alívio imediato, incluindo chás, sucos, estimulantes e calmantes. Alguns dos produtos são denominados “soft” (suave, em inglês), por serem de origem natural, entretanto, também estão dentro da lógica de alívio imediato. Fornecendo uma tecnologia que atua nos corpos, “como estratégias de controle legitimadas política e socialmente, por estarem acopladas aos modos de subjetivação” (GALINDO et al., 2016), a farmacologização compactua, portanto, com as práticas normatizantes da medicalização.

Para Galindo et al. (2016), o direito à saúde ganha nova dimensão, ajustando condutas e gerenciando a população, em prol da vida. Medicalizar condutas, colabora com o campo normalizador da saúde e, portanto, quem está fora do padrão normativo, é patologizado. Assim, a saúde passa a ser um ideal a ser alcançado, um produto a ser comercializado. Dessa forma, a venda de estilos de vida compreendidos como saudáveis, passam a ser uma forma de empreendedorismo atual, sendo oferecidos treinos, cursos, cirurgias, receitas de relacionamentos e dietas.

O conceito de normalidade é utilizado pela medicina moderna para se referir a média e a frequência estatística da população (CAPONI, 2009), dessa forma, ao associar o conceito de saúde com normalidade, toda e qualquer anomalia foi, inevitavelmente, associada a patologias. A imposição da normalidade na saúde, foi o que, segundo Caponi (2009), possibilitou o ingresso do biologicismo na política, nomeada biopolítica, por Michel Foucault em 1970. Foi no século XVIII “que o corpo e a vida passaram a se transformar em alvo privilegiado de saber e de intervenções corretivas” (CAPONI, 2009). Uma característica da biopolítica é a importância da norma sobre a lei, sendo necessário definir as normas, para que fique evidente o que é anormal.

Galindo et al. (2016), afirmam que na sociedade biopolítica ocorrem regulações biológicas de uma população, se estendendo não apenas aos corpos individuais, mas à gestão da vida, no âmbito coletivo. Uma faceta da biopolítica visível atualmente, é a

articulação das indústrias farmacêuticas com a medicalização “na criação e organização de novas patologias, punições e tratamentos” (GALINDO et al., 2016). Caponi (2009), reitera que a biopolítica não tem como objetivo curar os corpos, mas sim controlar as condutas comportamentais, afirmando a ideologia higienista, com práticas preventivas.

A prevenção é um instrumento biopolítico indispensável para a medicalização social, visto que dispõe a possibilidade de medicalizar o inexistente. Os discursos que vendem a saúde, deixam de lado o termo “doença” e passam a focar na “possibilidade de doença”. A hiperprevenção está relacionada com a lógica preventiva baseada nos dados de risco, mas é, principalmente, pautada pelo medo e ameaças. Portanto, atualmente, é notável a modulação de comportamentos que antecede às patologias. O mercado farmacológico, se apoiando no marketing, garante que independente de qual seja a questão, sempre haverá um medicamento à disposição (GALINDO et al., 2016).

As autoras Galindo et al. (2016), afirmam que operando por meio das tecnologias prevencionistas, o mercado farmacológico e sua publicidade, criam situações as quais atrelam problemas cotidianos e automaticamente apresentam suas soluções, articulando densas redes de saber-poder, que atravessam corpos, pensamentos e sentimentos.

A medicalização atua produzindo realidades, impondo práticas e discursos que orientam os indivíduos a entenderem seus corpos e sentimentos dentro desta realidade produzida. Dessa forma, produz indivíduos que cada vez mais se afastam das suas singularidades, enquadrando-se nos padrões impostos de saúde e bem-estar (CARUSO DE AZEVEDO, 2018). O uso dos psicofármacos evidencia também, a imposição dessa realidade normativa, dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), apontam aumento de 72% do consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos entre os anos de 2010 e 2012 (AZEVEDO, et al., 2016).

A prescrição de psicofármacos é uma ação exclusiva da área médica, visto que apenas estes podem receitar medicamentos de uso controlado. Sendo assim, pode-se dizer que a psiquiatria é influente no processo de medicalização e farmacologização. A medicina psiquiátrica é responsável pelo reducionismo do

sofrimento psíquico ao biologicismo, compreendendo dificuldades da experiência humana, como patologias de ordem biológica. Este contexto, produz indivíduos necessitados de tratamentos da mesma ordem, que buscam terapias medicamentosas, sem que haja compreensão dos sintomas como manifestações subjetivas (FERRAZZA, 2009, p.44).

A indústria farmacêutica, através de diversas formas, exerce influência nos altos números de prescrições de psicofármacos (FERRAZZA, 2009, p.47). Esse fenômeno acontece desde os primeiros psicofármacos sintetizados, quando em meados da década de 40, tal indústria empregou grande quantidade de recursos para produção de novos medicamentos e investiu também no marketing dessas novas drogas (GOMES DA SILVA, 2017).

Apesar da multiplicidade de psicofármacos, que prometem cura para os diversos tipos de sofrimentos psíquicos, vê-se que na realidade, em sua maioria, são versões mais modernas de medicamentos já disponíveis no mercado. Conforme Ferrazza (2009, p.48), é evidente que laboratórios farmacêuticos investem na criação de novas categorias e patologias, para justificar a diversidade aparente de psicofármacos, contribuindo com a ideia de que há solução para qualquer forma de incômodo. Nesse aspecto, pode-se considerar que os diagnósticos psiquiátricos e suas respectivas prescrições, estão mais próximos de uma medicina corporativa, do que de fato com as experiências vividas cotidianamente (Ferrazza 2009, *idem*).

Como apresentado acima, a entrada da biologia no campo político possibilitou o controle de padrões normativos por parte do Estado, atuando através da hiperprevenção. Ao associar a normalidade com a saúde, o processo de medicalização ganha força, devido a necessidade dos indivíduos de se encaixarem dentro do padrão saudável. Entretanto, os padrões de saúde passam a contemplar sentimentos e formas de vivenciar as experiências, originando o processo de medicalizar dores e sofrimentos.

5 Metodologia

Para elaborar esta pesquisa bibliográfica, foram consultados livros teóricos de Carl G. Jung e de pesquisadores contemporâneos da psicologia analítica, além de artigos e dissertações a respeito do tema “medicalização”. Foram consultados trinta artigos, escritos entre os anos de 2004 e 2019 e encontrados nos sites scielo e bvs-psi. Porém, foram utilizados nesta pesquisa, apenas quatorze dos trinta artigos lidos, devido à semelhança temática abordada ou o distanciamento com o tema principal.

6 Análise e Conclusão

Analisando o processo de medicalização, entende-se que desde quando passaram a compreender a loucura como algo que precisava de cura, todo e qualquer indivíduo estaria refém da medicina psiquiátrica. Isto porque, ao internar para estudar e curar a loucura, a saúde mental se tornou passível do processo de “melhoria”, médicos e não médicos argumentavam que a loucura era equivalente ao desvio de conduta. Dessa forma, as práticas internalistas e o discurso de cura mental passaram a penetrar no tecido social. A categorização dos sintomas, agrupando-os e nomeando-os de síndromes, foi definitiva para a conduta da medicalização.

Os sentimentos e emoções deixaram de ser compreendidos como intrínsecos à experiência humana e passaram a ser reações biológicas que precisavam ser controladas. Em uma sociedade imediatista, em que não se tem tempo nem de sentir a dor, devido a necessidade de produzir e estar “bem” todos os momentos, o tratamento instantâneo foi a salvação. Popularmente chamada de “pílula da felicidade”, os antidepressivos e ansiolíticos fizeram sucesso no mercado, visto o aumento de 296% do consumo de Ritalina, entre os anos de 2008 e 2014 e, de 531% do consumo de Clonazepam.

Visando o lucro, as indústrias farmacêuticas não perderam tempo, investiram fortemente na sintetização de novos psicofármacos e nas campanhas de publicidade, fazendo destes o maior veículo de tratamento do sofrimento. A dor passou a ser intolerável, um fenômeno que deixou de ter espaço cotidianamente, colaborou com o crescimento do processo de medicalização. Os indivíduos buscam, incessantemente, práticas instantâneas para alívio imediato e práticas preventivas, se esquivando da possibilidade do adoecer. Dessa forma, é notável que a medicalização não está, exclusivamente, acoplada ao processo saúde e doença, pois está relacionada também à necessidade de estar enquadrado no bem-estar, como status. Nessa perspectiva, a farmacologização é compreendida para além do uso de psicofármacos, incluindo também qualquer forma de solução imediata para o sentir-se mais do que bem.

Sendo assim, observa-se uma nova forma de lidar com o sofrimento: a negação. Cada vez mais, devido ao processo de medicalização, os indivíduos se

afastam de seus sentimentos dolorosos, buscando tamponamento. Essa negação pode ser associada aos conceitos teóricos da psicologia analítica, visto que é um fenômeno presente e crescente em nossa sociedade. Como afirma Jacobi (2000), os sintomas são via direta para os complexos. Portanto, ao submeter-se ao processo de medicalização, eliminando os sintomas, há afastamento da real situação. Ao obstruir o canal sintomático visível, o complexo apenas buscará outra forma de se manifestar, seja através da somatização ou do comportamento.

Para Jacobi (2000), a única forma de dissolução dos complexos, é a confrontação. A autora sustenta que é necessário coragem para enfrentar o sofrimento, mas que é a única maneira de fazer com que o conflito seja de fato dissoluto. O processo de medicalização evidencia a dificuldade que os indivíduos têm para enfrentar seus sofrimentos, buscando alternativas imediatas. Ao levantar esses questionamentos referentes a medicalização, é necessário afirmar que são inegáveis os avanços nesse campo e sua relevância em inúmeros casos (GOMES DA SILVA, 2017). É evidente que o consumo de psicofármacos é extremamente importante para casos em que o indivíduo está mobilizado pela dor. A problemática se refere à absolutização desse recurso, o qual é vendido como capaz de solucionar todos os paradoxos das vivências. Influenciada por uma ideia mercadológica, a medicalização, que afasta os indivíduos de seus conflitos internos, gera lucro para as indústrias envolvidas, prometendo a cura encapsulada.

Conforme Ramos (2006), a sintomatologia acontece como forma de expressão dos complexos, sejam eles conscientes ou inconscientes. Quando não lhe é atribuído um sentido, permanece somente a sensação desagradável de angústia. Os sintomas, quando somáticos, contém mensagens psíquicas sem representações acessíveis à consciência, portanto, na tentativa falha de simbolizar a dor emocionalmente, acontece a sintomatização desta.

De acordo com o conceito fundado por Joseph Henderson, há uma terceira categoria inconsciente, que está localizada entre o inconsciente pessoal e o coletivo, formando o inconsciente cultural. Neste, estão os conglomerados energéticos, que pulsam temáticas da cultura em que os indivíduos estão inseridos. Para o autor, os complexos culturais atuam da mesma forma como os individuais, ocasionando sintomas-símbolos.

De acordo com os autores, é possível dizer que há um movimento cultural de negar e se afastar dos sofrimentos psíquicos, portanto, pode-se afirmar que a dificuldade do contato com o sofrimento é um complexo cultural, que advém da cultura do bem-estar. Esse complexo acontece de forma inconsciente, visto que é sintomático quando a sociedade é consumida pela busca incessante de soluções imediatas para os conflitos internos, sem antes se questionar sobre a procedência de seus sentimentos. Dessa forma, a medicalização se torna símbolo do complexo cultural, principalmente quando Jacobi (2000) afirma que o símbolo é a expressão de um complexo, é a evidência objetiva de um fenômeno oculto.

A produção de uma simbologia no processo individual, acontece quando há um conflito psíquico, advindo do complexo ou do arquétipo, tem forças para mandar mensagens à consciência, produzindo sonhos, imagens, diferentes produções abstratas. Quando a consciência não dá espaço para tais produções, um mecanismo de solução é a sintomatização, que pode acontecer por meio dos comportamentos repetitivos ou por meio da somatização. Tais sintomas, são compreendidos na psicologia analítica, como sendo sintomas-símbolos, responsáveis por carregar representações do conflito interno.

Quando ocorre a produção de uma simbologia na esfera coletiva, o processo é praticamente o mesmo. Baseando-se nos conceitos postos por Henderson, há na psique o inconsciente cultural, responsável pelo agrupamento de conteúdos referentes à cultura. Para o autor, da mesma forma como acontece no inconsciente pessoal e coletivo, no cultural há também manifestações em forma de sintomas. Conforme a colocação dos autores presentes na pesquisa, os sintomas culturais, portanto, podem ser compreendidos aqui como a busca incessante por tratamentos imediatistas. Assim sendo, a medicalização como símbolo, expressando a dificuldade cultural de entrar em contato com seus sofrimentos.

O processo da medicalização revela uma sociedade carente de sentimentos verdadeiros, pois o sofrimento e a dor são oriundos da vivência humana. Uma sociedade que valoriza e incentiva apenas a felicidade, não tem espaço e nem tempo para a tristeza. A ideia de cuidado com a saúde está estreitamente ligada à cura, é necessário que os indivíduos olhem mais para suas dores e as vivenciem.

7 Considerações Finais

Inicialmente, com apenas algumas leituras sobre o tema, compreendia a medicalização como sendo um processo referente ao uso, principalmente, de psicofármacos. Posteriormente, compreendi que era toda e qualquer postulação médica em âmbitos não médicos, como a imposição de novas síndromes para se referir às questões de vivências sociais. Após um ano e meio de pesquisa, me deparei com o conceito de “farmacologização”, que diz respeito ao uso de qualquer solução imediatista, e foi neste momento que percebi que estou inserida neste modo de produção medicalizante. A busca incessante pelo bem-estar, não está definida única e exclusivamente pelo mercado químico e biológico. Ela agrega também qualquer forma de consumo de substâncias, mesmo sendo orgânicos e naturais. A elaboração dessa pesquisa, trouxe diversos conceitos referentes ao tema, e evidenciou a dificuldade de selecionar conceitos que não iam de encontro com o meu objetivo final, portanto reconheço que há apenas um ponto de vista presente aqui.

8 Referências Bibliográficas

ANTUNES, José. Estresse e doença: o que diz a evidência?. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 20, n. 3, p. 590-603, dez. 2019 .

AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de, ARAÚJO, Aurigena Antunes de e FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 1

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 70-77, Apr. 2010 .

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200016>

CARON, Eduardo; FEUERWERKER, Laura C.M.. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 14-24, Dec. 2019 .

CARUSO DE AZEVEDO, Luciana Jaramillo. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea. **CES Psicol**, Medellín , v. 11, n. 2, p. 1-12, Dec. 2018 .

FERRAZZA, Daniele. **A Medicalização do Social**: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde. Orientadora: Dra. Cristina Amélia Luzio. 2009. 144 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP, Assis, 2009.

JACOBI, Jolande. Complexo. *In*: JACOBI, Jolande. **Complexo, Arquétipo e Símbolo**: Na psicologia de C. G. Jung. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. cap. 1, p. 15-42. ISBN 978-85-326-5328-4.

JUNG, Carl G. Sobre os Arquétipos do Inconsciente Coletivo. *In*: JUNG, Carl G. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1959. v. IX/I, cap. 1, p. 15-50. ISBN 85.326.2355-7.

JUNG, Carl G. Chegando ao Inconsciente. *In*: JUNG, Carl G. **O Homem e seus Símbolos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Harper Collins, 2016. cap. 1, p. 15 - 132. ISBN 978.85.69809.63-0.

LEMONS, Flávia Cristina Silveira et al . Resistências frente à medicalização da existência. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 158-164, Aug. 2019.

PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DAS VIDAS: Reconhecimento e Enfrentamento - parte 1. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia SP, 2019.

PINEL, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (1801). **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 7, n. 3, p. 117-127, Sept. 2004 .

PORTOCARRERO., V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9.

RAMOS, Denise Gimenez. A Psique do Corpo: A dimensão simbólica da doença. 5. ed. São Paulo: Summus, 2006. 237 p. ISBN 978-85-323-0052-2.

SINGER, Thomas; KAPLINSKY, Catherine. Complexos Culturais em Análises. *In*: PSICANÁLISE Junguiana: Trabalhando no Espírito de C. G. Jung. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019. cap. 3, p. 54-75. ISBN 978-85-326-6062-6.

SOALHEIRO, Nina Isabel; MOTA, Flavio Sagnori. Medicalização da vida: Doença, Transtornos e Saúde Mental / Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 4, n. 2, p. 65-85, dez. 2014. ISSN 2238-152X.