

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

Medicalização, biopolítica e subjetivação: interseções entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19

Darlane Lima Portela

Pelotas, 2024

Dariane Lima Portela

Medicalização, biopolítica e subjetivação: interseções entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências. Área de concentração: Práticas sociais em Enfermagem e Saúde. Linha 1. Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Janaína Quinzen Willrich

Pelotas, 2024

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

P843m Portela, Dariane Lima

Medicalização, biopolítica e subjetivação [recurso eletrônico] :
interseções entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a
pandemia de Covid 19 / Dariane Lima Portela ; Janaína Quinzen Willrich,
orientadora. — Pelotas, 2024.

135 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2024.

1. Medicalização. 2. Saúde Mental. 3. Serviços de Saúde Mental. I.
Willrich, Janaína Quinzen, orient. II. Título.

CDD 610.73

Dariane Lima Portela

Medicalização, biopolítica e subjetivação: interseções entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 29/04/2024

Banca examinadora:

.....
Prof^a. Dr^a. Janaína Quinzen Willrich (Orientadora) Doutorado em Ciências, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Brasil

.....
Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski, Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo -EERP-Ribeirão Preto, Brasil.

.....
Prof^a. Dr^a. Paula Henning, Doutorado em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil.

.....
Prof^a. Dr^a. Ariane da Cruz Guedes, Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

.....
Prof^a. Dr^a. Liamara Denise Ubessi, Doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

Dedico este trabalho à minha filha Cecília.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a uma série de pessoas que de uma maneira ou outra contribuíram para a realização desta tese.

A minha filha Cecília, que foi um novo começo, tendo vivenciado comigo todos os momentos do doutorado, pois nascera dias antes de eu iniciar essa trajetória.

Ao meu pai, Orlando, que me cuida de outro plano, sinto tanta saudade!

À minha mãe Giselda, que foi o entusiasmo e otimismo desta tese, esteve e está comigo em todos os momentos, mesmo que às vezes separadas por alguns quilômetros de distância, me apoia e incentiva a não desistir, te amo mãe!

Ao meu companheiro, Sérgio, pelo apoio e estímulo constante e pela vida compartilhada.

A minha irmã Carol que incansavelmente me apoiou com suas palavras de suporte e de incentivo.

Aos amigos e colegas que compreenderam o processo que vivenciei, as ausências e partilhas de dificuldades, vocês foram essenciais.

A minha orientadora Janaína por todo cuidado, apoio e paciência durante a trajetória do mestrado e doutorado, tua companhia foi imprescindível.

A minhas colegas de trabalho, obrigada pelo apoio, incentivo e olhar sensível durante as partilhas e trocas.

A minha amiga Milena que me incentivou durante o processo dos quatro anos do doutorado e foi companheira de reflexões, dificuldades e alegrias.

Ao grupo de pesquisa de Saúde Mental e Coletiva vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas por todo conhecimento proporcionado, por ter sido espaço de produção, mas também de afeto.

À Prof. Ana Luiza Ferrer da Universidade Federal de Santa Maria que entrou em contato comigo e possibilitou que eu conhecesse o grupo GAM da região central do estado, que é tão potente e que me apresentou alguns participantes deste estudo.

Aos participantes desta pesquisa todo o meu respeito e gratidão por partilharem coisas tão íntimas e importantes de suas vidas, essa pesquisa só existe por vocês.

A todos os usuários de serviços de saúde mental que vivenciam ou vivenciaram as amarras do poder psiquiátrico, e que pé por pé tentam às vezes, ser resistências dentro de um sistema estigmatizante e medicalizado.

À Paul Michel Foucault, que foi um companheiro perverso, por vezes amado, por vezes odiado, mas que me impulsionou a uma reflexão crítica e posicionada no mundo.

A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam (FOUCAULT, 2019).

Resumo

PORTELA, Dariane Lima. **Medicalização, biopolítica e subjetivação: interseções entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19**. Orientadora: Janaína Quinzen Willrich. 2024. 135p. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2024.

A pandemia de Covid-19 funcionou como um catalisador para a intensificação do processo de medicalização, ampliando o papel das instituições médicas na regulação da saúde mental da população. Observa-se, no campo da saúde, uma incessante produção de racionalidades que envolve não apenas a gestão da vida em nível populacional, mas também a gestão da vida individualizada e qualificada. Este estudo se propôs a problematizar a biopolítica da medicalização nos processos de subjetivação de pessoas que vivenciaram a Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Trata-se de uma pesquisa qualitativa conduzida por meio de entrevistas discursivas e análise documental. Foram realizadas 8 entrevistas com pessoas (usuários e ex-usuários de serviços de saúde mental) que já haviam conhecido a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), bem como a análise de guias GAM de cinco desses participantes. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e novembro de 2023. As entrevistas foram gravadas e armazenadas digitalmente, foram transcritas manualmente e totalizaram 70 páginas de conteúdo. Questionar o uso de medicação abre espaço para a desmedicalização, transformando grupos de suporte em locais de acolhimento, fortalecimento coletivo e reconhecimento dos sujeitos e seus direitos. Isso representa um passo em direção à democratização por meio da produção de vida. A interseção entre a Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de COVID-19 oferece um contexto rico para refletir sobre os fenômenos da medicalização, biopolítica e subjetivação. Ao propor uma abordagem colaborativa e empoderadora no manejo de medicações psiquiátricas, desafia os paradigmas tradicionais de medicalização, enfatizando a autonomia e a participação dos indivíduos em seu tratamento. Torna-se fundamental a reflexão de que a pandemia trouxe à tona questões urgentes sobre saúde mental, revelando dinâmicas complexas de poder e controle sobre corpos e populações.

Palavras-chave: medicalização; saúde mental; serviços de saúde mental.

Abstract

PORTELA, Dariane Lima. **Medicalization, Biopolitics, and Subjectivation: Intersections between the Principles of Autonomous Medication Management and the Covid-19 Pandemic**. Advisor: Janaína Quinzen Willrich. 2024. 135 p. Thesis (Doctorate in Sciences) – Graduate Program in Nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2024.

The COVID-19 pandemic served as a catalyst for the intensification of the medicalization process, expanding the role of medical institutions in regulating the mental health of the population. In the field of health, there is an incessant production of rationalities that involves not only the management of life at the population level but also the management of individualized and qualified life. This study aimed to problematize the biopolitics of medicalization in the subjectivation processes of people who experienced the Autonomous Medication Management (GAM). It is a qualitative research conducted through discursive interviews and documentary analysis. Eight interviews were conducted with individuals (current and former users of mental health services) who were familiar with GAM, as well as the analysis of GAM guides from five of these participants. Data collection took place between December 2022 and November 2023. The interviews were recorded and stored digitally, manually transcribed, and totaled 70 pages of content. Questioning the use of medication opens space for de-medicalization, transforming support groups into places of welcome, collective strengthening, and recognition of subjects and their rights. This represents a step towards democratization through the production of life. The intersection between Autonomous Medication Management and the COVID-19 pandemic provides a rich context for reflecting on the phenomena of medicalization, biopolitics, and subjectivation. By proposing a collaborative and empowering approach to managing psychiatric medications, it challenges traditional paradigms of medicalization, emphasizing the autonomy and participation of individuals in their treatment. It is essential to reflect that the pandemic highlighted urgent issues regarding mental health, revealing complex dynamics of power and control over bodies and populations.

Keywords: medicalization; mental health; mental health services.

Resumen

PORTELA, Dariane Lima. **Medicalización, biopolítica y subjetivación: intersecciones entre los principios de la Gestión Autónoma de la Medicación y la pandemia de Covid 19.** Directora: Janaína Quinzen Willrich. 2024.135 p. Tesis (Doctorado en Ciencias) – Programa de Posgrado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2024.

La pandemia de COVID-19 funcionó como un catalizador para la intensificación del proceso de medicalización, ampliando el papel de las instituciones médicas en la regulación de la salud mental de la población. Se observa, en el ámbito de la salud, una producción incesante de racionalidades que involucra no solo la gestión de la vida a nivel poblacional, sino también la gestión de la vida individualizada y cualificada. Este estudio se propuso problematizar la biopolítica de la medicalización en los procesos de subjetivación de personas que vivieron la Gestión Autónoma de la Medicación (GAM). Se trata de una investigación cualitativa realizada mediante entrevistas discursivas y análisis documental. Se llevaron a cabo 8 entrevistas con personas (usuarios y ex-usuarios de servicios de salud mental) que ya habían conocido la Gestión Autónoma de la Medicación (GAM), así como el análisis de guías GAM de cinco de estos participantes. La recolección de datos tuvo lugar entre diciembre de 2022 y noviembre de 2023. Las entrevistas fueron grabadas y almacenadas digitalmente, transcritas manualmente y totalizaron 70 páginas de contenido. Cuestionar el uso de medicación abre espacio para la desmedicalización, transformando los grupos de apoyo en lugares de acogida, fortalecimiento colectivo y reconocimiento de los sujetos y sus derechos. Esto representa un paso hacia la democratización a través de la producción de vida. La intersección entre la Gestión Autónoma de la Medicación y la pandemia de COVID-19 ofrece un contexto rico para reflexionar sobre los fenómenos de medicalización, biopolítica y subjetivación. Al proponer un enfoque colaborativo y empoderador en el manejo de medicamentos psiquiátricos, desafía los paradigmas tradicionales de medicalización, enfatizando la autonomía y la participación de los individuos en su tratamiento. Es fundamental reflexionar que la pandemia sacó a la luz cuestiones urgentes sobre salud mental, revelando dinámicas complejas de poder y control sobre cuerpos y poblaciones.

Palabras clave: medicalización; salud mental; servicios de salud mental.

Lista de figuras

Figura 1 - Texto de saudação (participante Elisabeth - Santa Maria-RS), enviado em 2023	80
Figura 2 - Fotografia do participante Flávio (Cazuza) - Pelotas-RS	81
Figura 3 - Texto “A vida”, participante Gilmar, Santa Maria - RS	82
Figura 4 - Poemas : participante Gilmar, Santa Maria - RS	83
Figura 5 - Resposta: participante Elisabeth - Santa Maria-RS, enviado em 2023	84
Figura 6 - Poemas: participante Gilmar, Santa Maria - RS	85

Sumário

I Projeto de pesquisa.....	15
II Relatório de campo.....	73
III Artigos.....	87
IV Contribuições da pesquisa para divulgação ao público... ..	122
V Considerações finais.....	124
Anexos.....	126

Apresentação

A primeira vez que entrei em um manicômio foi em uma entrevista de emprego, pouco tempo depois de ter me tornado enfermeira. Fazia parte de mim um misto de ansiedade e medo por estar chegando a uma área na qual poucos colegas haviam se interessado em buscar emprego. Estava receosa com o que eu poderia encontrar ao cruzar aquela porta que se mantinha chaveada. Dias depois, recebi uma ligação informando que havia sido selecionada para ser enfermeira naquele hospital. Naquele instante, meu mundo mudou. Sempre me interessei pelo sofrimento psíquico, mas sob outra perspectiva. Sempre gostei muito de me atentar a sinais e sintomas, definição diagnóstica e tratamentos disponíveis. Sempre li muito a respeito das medicações de um modo geral, e não foi diferente com os psicofármacos. Atenta a suas indicações e seus efeitos colaterais, eu considerava que sabia relativamente bem a teoria sobre enfermagem psiquiátrica.

Quando comecei a trabalhar como enfermeira naquele hospital, percebi que a bagagem teórica que eu possuía era pouca diante do que aquelas pessoas apresentavam. Era preciso sensibilidade, conhecimento social, cultural, espiritual e emocional.

Sempre fiquei intrigada sobre “como pode algo que não é visível nem palpável ser tão avassalador em um ser humano?” Inúmeras vezes, recebi pacientes em contenção mecânica, agitados e agressivos. Inúmeras vezes, mediquei pacientes com o famoso HF (mistura dos medicamentos haloperidol, Haldol®, e prometazina, Fenegan®). Inúmeras vezes, participei avaliando contenções ou decidindo restringir a circulação dos pacientes quando havia risco de fuga ou de suicídio. Também presenciei um suicídio dentro do hospital. Coisas que nunca mais se esquece. Em todas essas situações, refleti a respeito desse tipo de tratamento: “será que isso era mesmo cuidado?”

Uma dúvida deve pairar sobre a cabeça de quem estará lendo esta tese sobre os motivos que me levaram a trabalhar numa instituição com esse tipo de

abordagem. Atrevo-me a acreditar que era porque, naquela época, eu não tinha o pensamento e as vivências que tenho hoje. Eu tinha um apreço enorme pelos pacientes com os quais convivía. Havia uma relação de afeto e eu queria vê-los bem, fora daquele espaço que os deixava cada dia mais dependentes e presos ao espaço asilar.

Ocupo-me de escritos de Goffman (1974, p. 24), a fim de ilustrar alguns dos incômodos que o ambiente psiquiátrico me causava:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, modificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua *carreira moral*, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos pra ele.

Dessa forma, eu percebia, cada vez mais, sujeitos se despirem de suas identidades, daquilo que os havia constituído até ali, para adquirirem outras subjetividades. Ou melhor, para serem modificados por tecnologias daquele espaço asilar, que os capturavam a todo o momento e os obrigavam a cumprir rotinas e orientações pré-determinadas.

Conto essa breve história para explicar o motivo da minha aproximação a temáticas que hoje me são muito caras. Uma delas é a medicalização da existência, sobre a qual me debrucei no mestrado e o faço novamente no doutorado.

Durante a realização do mestrado, dediquei-me a problematizar a relação entre a medicalização e a governamentalidade de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial participantes de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), apoiando-me nas teorizações de Michel Foucault. Foi um trabalho de intensa dedicação e visualização de aspectos inquietantes e potentes, o que me impulsionou a seguir questionando e produzindo sob essa perspectiva.

Foucault não poderia ser melhor companheiro nessas trajetórias. Uma de suas falas que muito me toca e que resume em algumas palavras a admiração que desenvolvi por ele é a seguinte:

Veja, eu não penso jamais ter tido o projeto de me tornar filósofo. Eu não tinha nenhuma ideia do que ia fazer da minha vida. Isso também, acho, é bastante característico das pessoas da minha geração. Não sabíamos,

quando tínhamos 10 ou 11 anos, se nos tornaríamos alemães ou se continuaríamos franceses. Não sabíamos se íamos morrer ou sobreviver aos bombardeios. Quando eu tinha 16 ou 17 anos, eu só sabia uma coisa: a vida na escola era um ambiente protegido das ameaças exteriores, protegido da política. E a ideia de viver protegido em um ambiente de estudo, em um meio intelectual sempre me fascinou. O saber, para mim, é o que deve funcionar como o que protege a existência individual e o que permite compreender o mundo exterior. Eu penso que é isso. O saber como um meio de sobreviver, graças à compreensão (Foucault, 2003, p. 196).

A partir disso, a aproximação com esse autor me modificou em diversos aspectos, como pessoa, como profissional e como futura pesquisadora. Ao ler alguns de seus escritos e algumas de suas aulas, pude questionar certezas que possuía, problematizar aspectos da vida cotidiana que antes me passavam despercebidos. E mais ainda: Foucault me fez ver com outros óculos o emaranhado que envolve as questões da psiquiatria, principalmente.

Seu livro *História da Loucura na Idade Clássica*, publicado em 1961, foi um marco para as Ciências Humanas, em especial para a área da saúde mental no século XX, e atravessou diversas áreas do conhecimento. Primeiramente defendida como tese de doutorado, essa obra marcou o início da trajetória do autor, que investigou as diferentes formas de percepção da loucura no período compreendido entre o Renascimento e a Modernidade, analisando como se chega até a classificação da loucura como doença mental. Nela o autor também problematizou a constituição da sociedade moderna e contemporânea (Torre; Amarante, 2012).

Foucault militou no Grupo de Informação sobre as Prisões (GIP) e influenciou, mesmo que de forma indireta, os movimentos em defesa dos prisioneiros, loucos e homossexuais (Garcia, 2016). Nesse aspecto, identifiquei-me com ele, admirando sua luta, suas reflexões e seus escritos. Poder lê-los hoje para embasar minha tese é um privilégio.

Sendo assim, a tese está estruturada em diferentes capítulos: No "Projeto de Tese", são revisitados os escritos iniciais que deram origem a esta pesquisa; o "Relatório de Campo" abarca todas as experiências e situações ao longo do doutorado e a produção dos manuscritos; os "Artigos" formam o cerne deste processo; as "Contribuições da Pesquisa para divulgação ao público" destacam o potencial impacto desta pesquisa na sociedade; e, por fim, as "Considerações Finais" encerram a discussão apresentada.

I Projeto de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem



Projeto de Tese

**Medicalização, biopolítica e subjetivação: interseções entre os princípios da
Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19**

Dariane Lima Portela

Pelotas, 2022

Dariane Lima Portela

Medicalização, biopolítica e subjetivação: interseções entre os princípios da
Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19

Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Janaína Quinzen Willrich

Pelotas, 2022

Lista de quadros

Quadro 1 - Cronograma de atividades a serem desenvolvidas no doutorado 2020-2024	56
Quadro 2 - Quadro de despesas*	57

Sumário

1 Introdução	20
2 Construção do objeto de estudo	22
3 Objetivos	33
3.1 Objetivo Geral.....	33
3.2Objetivos Específicos.....	33
4 Revisão de literatura	34
4.1 Medicalização na pandemia de Covid-19.....	34
4.2 Estratégias de cuidado.....	38
5 Referencial teórico	40
5.1 A medicalização no governo da vida.....	40
5.2 A Biopolítica como estratégia de governo.....	43
5.3 Subjetivação da loucura em tempos de pandemia.....	47
6 Caminhos investigativos	50
6.1 A pesquisa de campo.....	50
6.2 Cidade.....	52
6.3 Participantes.....	52
6.4 Coleta de dados.....	53
6.5 Análise dos dados.....	54
6.6 Princípios éticos.....	55
6.7 Riscos e benefícios.....	55
7 Cronograma	56
8 Orçamento	57
Referências	58
Apêndices	67

1 Introdução

A partir do século XIX, o fenômeno da loucura foi apreendido pelo olhar científico, e vivenciamos a transformação desse fenômeno em objeto de conhecimento: a doença mental. Consideramos que essa passagem se apoiou no dispositivo da medicalização e se estabeleceu historicamente como constituição da prática médica psiquiátrica (Amarante, 1995).

Há uma construção cultural da transformação da loucura, primeiramente considerada alienação e logo vista como doença mental. Torna-se necessário então que exista uma consciência de doença – oriunda da necessidade de identificar comportamentos considerados loucos, desviantes ou anormais – e que esses sejam colocados no lugar das patologias. Nesse sentido, precisamos entender que a existência da loucura só é possível em determinados tipos de sociedades, as quais vão moldá-la e fabricá-la em seus tecidos sociais (Santos, 2021).

Foucault (1999a) considera que, com a passagem da Era Clássica para a Idade Moderna, foi possível que as questões do “biológico” se refletissem no plano político. Nessa perspectiva, começamos a nos sujeitar a intervenções do poder, diante do campo do controle do saber, e viver começou a ser considerado acessível. Assim, houve um intenso investimento sobre o corpo, a moradia, as condições de vida, o modo de se vestir e os cuidados com a saúde e com a existência humana de um modo geral.

Baseados anteriormente em dispositivos da lei que tinham como arma a morte, deparamo-nos com um tipo de poder que se encarrega da vida e, para isso, faz uso de mecanismos reguladores, contínuos e corretivos (Foucault, 1999a).

A medicalização não consiste em uma oposição à política de saúde, ela é parte do dispositivo de governo da vida, que objetiva produzir corpos saudáveis e,

em princípio, seguros. Configura-se em um conjunto de práticas constitutivas de expansão da saúde e direcionadas à gestão de riscos. Não se restringe a uma prática limitada ao ato de medicar ou de ingerir medicamentos de forma indiscriminada. Consideramos que a medicalização ocorre com a promoção de saúde, através da prevenção de doenças e agravos ou de tratamentos e reabilitação (Lemos *et al.*, 2019).

É prudente destacarmos que consideramos a medicalização como um fenômeno social e complexo, não devendo ser compreendida de uma maneira única e universal. Vamos nos apoiar em diversos autores estudiosos do assunto a fim de intensificar e ampliar a discussão em relação à temática.

Encontra-se, na medicalização da vida, um campo de forças que insiste em dar ênfase a tecnologias de saber e poder que concorrem para governar esse campo de forças. Diante dessa perspectiva, apresentamos a GAM como uma ferramenta que desponta como possibilidade de – junto com usuários, trabalhadores, familiares e comunidades – afrontar as tecnologias de governo da vida que caracterizam a psiquiatria, produzindo novas formas de governo na qual o conhecimento/saber (de si, do sofrimento, da medicação e diagnóstico) surge como resistência, como possibilidade de produzir novas formas de subjetivação.

A GAM tem sua origem em um guia canadense, que foi adaptado à realidade brasileira. As práticas do guia são bastante amplas e visam informar e levar o usuário de saúde mental a refletir a respeito de suas relações, hobbies, uso de medicamentos psiquiátricos, rede de apoio, cuidado de si e serviços de saúde (Passos *et al.*, 2013). A experiência da grupalidade desenvolvendo a GAM incentiva modos de pensar e agir, promove estratégias e práticas de cuidado, bem como estimula o sujeito a participar ativamente nas decisões relacionadas a sua saúde.

Dessa forma, problematizar em torno de dispositivos que ampliem o acesso ao saber/conhecimento e dissertem a respeito de práticas de saúde mental que levem em consideração o respeito, à liberdade e o protagonismo do sujeito provocam importantes deslocamentos e fraturas em um campo repleto de verdades e saberes pré-estabelecidos.

Nesse sentido, procura-se investigar neste estudo: de que forma a medicalização produz a subjetivação de pessoas que tenham vivenciado a GAM, no contexto da pandemia de Covid 19.

2 Construção do objeto de estudo

A construção deste projeto de tese se deu em um momento histórico de muita tensão social. Considero importante situar o leitor quanto à situação mundial que ocorria no início destes escritos. Em dezembro de 2019, teve início, na província de Wuhan, na China, a pandemia de Covid-19, causada pelo novo coronavírus. O surto teve uma carga maior do que a pandemia de gripe em termos de hospitalização e taxas de mortalidade; sua gravidade clínica foi semelhante à da pandemia de influenza de 1918 (Yang *et al.*, 2020).

Nesse contexto, muitas modificações sociais ocorreram com o intuito de diminuir a transmissão do vírus, sendo necessária implementação de medidas sanitárias como uso de máscara facial, distanciamento social e uso de álcool gel a 70% nas mãos. Também foi preciso recorrer ao trabalho e ao ensino remoto. Tudo isso proporcionou sentimentos ímpares nas pessoas e afetou modos de vida, organizações familiares e sociais. Acabou se refletindo inclusive nos processos de produção do conhecimento em diversas áreas.

De modo geral, emergências em saúde pública podem abalar muitos aspectos nos indivíduos e nas comunidades, como segurança, bem-estar, economia, falta de recursos e prejuízos na saúde, gerando insegurança, isolamento emocional, estigma e confusão. Pesquisas em saúde mental relacionadas a desastres estabeleceram que o sofrimento emocional é vivido nas populações afetadas – o que pode se refletir no futuro das populações atingidas pela pandemia de Covid-19 (Pfefferbaum; North, 2020).

Por outro lado, com a pandemia de Covid-19, visualizamos uma extrema necessidade de estudos científicos rigorosos e confiáveis a fim de fornecer, aos profissionais da linha de frente, informação e conhecimento para lidar com uma doença até então desconhecida. Dessa forma, sentimo-nos fortemente estimulados com as publicações científicas, que demonstraram a valorização acadêmica e

universitária.

Na esteira da produção do conhecimento e por estarmos no campo da saúde mental, pretendemos discorrer, neste projeto de tese, acerca da temática da medicalização, com base nas teorizações de Foucault. Entendendo que a produção de conhecimento é indispensável em todos os campos do saber, trazemos aqui uma contribuição desse tema, que nos é tão caro. A partir disso, adentramos na problemática da psiquiatrização e de suas consequências sociais e individuais.

As correias ou correntes de contenção são utilizadas desde os primórdios do século XX para aprisionar pessoas que tenham algum tipo de doença mental ou que se desviem daquilo que se considera “normal” na sociedade. Atualmente, esse método ainda existe e convive com os medicamentos psicofármacos que, de outra forma, também causam o aprisionamento de pessoas com diagnósticos psiquiátricos (Caponi, 2019).

É bastante comum visualizarmos situações como a descrita no excerto a seguir:

Sentado ou deitado, o paciente permanece imóvel na cama, amiúde pálido e com as pálpebras abaixadas. Mantém-se em silêncio na maior parte do tempo. Quando interrogado, responde após uma pequena demora, devagar, em tom monótono e indiferente, expressando-se em poucas palavras e emudecendo depressa. Sem exceção, a resposta costuma ser válida e pertinente, o que mostra que o sujeito é capaz de atenção e reflexão. No entanto, raras vezes toma a iniciativa de formular alguma pergunta; não expressa preocupações, desejos nem preferências. Em geral, tem consciência da melhora trazida pelo tratamento, mas não manifesta euforia. A aparente indiferença ou a demora na reação aos estímulos externos, a neutralidade emocional e normas afetiva, a redução da iniciativa e da preocupação, sem alteração da percepção consciente ou das faculdades intelectuais, constituem a **síndrome psíquica decorrente do tratamento** (Delay; Deniker; Harl, 1952, p. 134-135, grifo nosso).

Tal trecho aborda uma situação emblemática na psiquiatria: a cronificação, que está intimamente relacionada ao uso desenfreado de medicamentos psiquiátricos.

O uso de medicamentos psiquiátricos data de 1940, quando teve início o que ficou conhecido como “revolução” psicofarmacológica. Inicialmente os medicamentos psiquiátricos que já existiam eram utilizados em outras situações – como cirurgias, por exemplo. Por se observar que traziam efeitos como uma “hibernação artificial”, começou a ser utilizada então, em 1952, a clorpromazina em pacientes psicóticos (Whitaker, 2017). Isso levou este medicamento a ficar

conhecido como “tranquilizante potente”.

Ivan Illich (1975) aborda que a medicalização da vida é mórbida por três motivos, a saber: a intervenção técnica que retira do paciente suas características pessoais, o aparelho que se organiza na sociedade e sustenta as intervenções e, por fim, o aparelho biomédico que toma o indivíduo a seu cargo, tirando-lhe o poder de cidadão. Assim, o homem vai se configurando como uma oficina de reparos a ser mantida em pleno funcionamento.

Para título de esclarecimento, neste estudo, a discussão acerca da medicalização se apoia em Peter Conrad, Ivan Illich e Nikolas Rose. Este último menciona que: “Medicalisation has become a cliché of critical social analysis. It implies something suspect when a problem is created or annexed, in whole or in part, by the apparatus of medicine” (Rose, 2007, p. 1). Disserta também sobre os aspectos centrais do processo de medicalização como forma que a medicina encontrou de governar as pessoas. Tendo em vista que a história da medicina se caracteriza pela descrição de sintomas, definição de patologias e critérios de normalidade; o processo de medicalização como governo dos corpos se torna apenas um reflexo dessa trajetória. Isso vai ao encontro de Peter Conrad, que define a medicalização como: “[...] a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders” (Conrad, 1992, p. 209). Desse modo, percebe-se brevemente que a temática da medicalização vem sendo estudada e apontada pelas estratégias de governamento.

A organização do poder sobre a vida se deu em torno de dois pólos: as disciplinas do corpo e as regulações da população. Uma tecnologia de duas faces, uma anatômica e outra biológica, que se voltou aos desempenhos do corpo com objetivo não mais de matar, mas sim de investir sobre a vida. O primeiro polo centrou-se no corpo como máquina, no adestramento do mesmo, e o segundo polo direcionou-se ao corpo-espécie que suporta os processos de proliferação, nascimento, longevidade, entre outros. Isso tudo por meio de intervenções reguladoras, que chamamos de biopolítica da população (Foucault, 1999a).

É visível que, desde muito tempo, o controle social sobre os indivíduos não se opera pela ideologia ou consciência, mas pelo corpo. A sociedade capitalista investiu e investe, principalmente, no somático, no corporal. Sendo assim, podemos considerar que o corpo é uma realidade biopolítica, e a medicina, a estratégia para o controle (Foucault, 1984).

Na Idade Média, medicalizar alguém significava mandá-lo para fora da sociedade a fim de purificar aqueles que ficavam, uma medicina excludente. Por muito tempo, isso foi utilizado como estratégia de controle – como o internamento dos loucos, por exemplo. Os objetos de medicalização foram sendo modificados com o passar do tempo, bem como o produto dessa estratégia de controle (Foucault, 1999b). Atualmente, podemos considerar que a medicalização consiste em se apossar de situações não médicas e torná-las um diagnóstico, passíveis de uso de medicamentos psicofármacos, isso como forma de silenciar e tratar desvios e patologias documentadas (ou inventadas) pela psiquiatria clássica. Diante desse apontamento, sentimos a necessidade de mencionar o percurso da Reforma Psiquiátrica como contraponto à estratégia de governo excludente e medicalizante.

O movimento de Reforma Psiquiátrica iniciou no Brasil entre os anos de 1978 e 1980 e se deu, inicialmente, por meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em suas diversas formas de expressão. Assim, o movimento social se caracterizou como protagonista do processo de reforma, buscando uma reformulação da assistência psiquiátrica embasada em um pensamento crítico ao saber psiquiátrico (Amarante, 1995).

A partir de então, houve uma reorientação na assistência prestada, com modificações políticas garantindo a legalidade dos serviços substitutivos – Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). A Lei nº 10.216 de 2001 foi precursora ao legitimar a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doenças mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Logo a Portaria nº 3.088 de 2011, de forma mais concreta, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou doença mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

O CAPS incorporou então os anseios por um tratamento mais humanizado e acolhedor em saúde mental, dando mais protagonismo ao usuário. Trata-se de um espaço em que este poderá ser visto integralmente por meio de consultas individuais e espaços coletivos como oficinas e grupos terapêuticos. No CAPS, profissionais de diversas formações, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, médicos psiquiatras, arteterapeutas, terapeutas ocupacionais, músicos, entre outros; atuam assistindo o processo terapêutico do usuário em sofrimento psíquico grave ou persistente (Amarante, 1995), ou seja, constituir

espaços/modos de subjetivação/ desconstruir os modos de sujeição da psiquiatria.

Sujeitos singulares são produzidos a partir dos modos de subjetivação, o que ocorre a partir de construções históricas relacionadas com discursos, pois é na relação discursiva que o sujeito é produzido. O discurso age como soberano, conduzindo, ditando condutas e autorizando enunciados. Nesse sentido, é necessário apontar as relações entre poder-sujeito e as implicações na formação da subjetividade (Willrich, 2016).

Cabe ressaltar que não estamos aqui nos referindo a pessoas, identidades. Nossa menção ao sujeito volta-se a um processo de subjetivação, uma relação consigo mesmo, entendendo que não há um sujeito prévio, mas que a subjetivação é produzida. Deleuze (2005) menciona que a subjetivação é uma dobra ontológica porque questiona o saber, o poder e o si.

Quando estamos nos referindo aos métodos da psiquiatria clássica não falamos em subjetividade. A psiquiatria clássica objetifica os corpos, não possibilita suas expressões, age de forma a controlar, alienar e tratar as pessoas como produtos, diante de relações de dominação e sujeição.

Atualmente, os saberes em saúde mental estão sendo atravessados por novas abordagens, as quais possibilitam processos subjetivos. Essas abordagens se espalham entre os tecidos, fazendo-nos compreender situações psíquicas com ainda integralidade e sensatez; por exemplo: Diálogo Aberto – método que foi criado na Finlândia e que se mostra eficaz para lidar com graves crises psicóticas, tendo como centro a experiência da pessoa e sua linguagem (Kantorski *et al.*, 2020); Ouvidores de vozes – movimento de pessoas que ouvem vozes que nem todos ouvem, ressignificando essa experiência, sem que seja vista como algo doloroso e alienante (Kantorski *et al.*, 2018); e GAM – estratégia de cuidado composta por uma metodologia e uma ferramenta. Esta consiste em um guia composto por seis passos, que abordam questões diversas relacionadas à vida de um modo geral (rotinas, hobbies, amigos, família, medicações e serviços de saúde). A execução desses passos ajuda na produção da experiência grupal, que é também orientada pelo segundo elemento da estratégia que é sua metodologia (Silveira; Moraes, 2018).

Foi sobre essa última abordagem que nos debruçamos na dissertação, intitulada *A relação entre a medicalização, a governamentalidade e os movimentos de resistências e contracondutas*, por meio da observação de um grupo de GAM realizado em um CAPS do tipo II, a qual possibilitou um resultado rico e

emblemático. Analisamos duas categorias em que se visualizou uma forte relação do usuário de saúde mental com o medicamento psicofármaco, tendo-o como centro de seu processo terapêutico. No entanto, percebemos a existência de movimentos de resistências e contracondutas como busca por outras formas de condução. Em suma, visualizamos uma potente relação entre a medicalização e os movimentos de resistências e contracondutas, quando entendemos a medicalização como uma estratégia de governo em que os movimentos surgem como as revoltas da conduta (Portela, 2019).

Nesse sentido, os participantes da presente tese serão pessoas que tenham participado, em algum momento de sua trajetória de vida, de um grupo de GAM. Isso se dará intencionalmente, tendo em vista que o processo de diálogo e reflexão do grupo GAM potencializa trocas e estratégias de cuidado entre pessoas que vivenciam o processo de medicalização, que não é somente o uso de medicamentos, mas também o diagnóstico que coloca as pessoas em determinadas posições de sujeito.

Assim sendo, apresentamos a justificativa deste estudo, que é o fato de já vir trabalhando sobre a temática, bem como o interesse e afeição pelo assunto da medicalização em saúde mental, área que tanto nos orgulha e nos emociona, pois é sempre necessário e urgente discutirmos temas que estejam envolvidos com um cuidado respeitoso e que objetivem a subjetivação. E a qual sujeito estamos nos referindo?

Foucault não emprega a palavra sujeito com pessoa ou forma de identidade, mas os termos “subjetivação” no sentido de processo, e “si” no sentido de relação (relação a si). E do que se trata? Trata-se de uma relação da força consigo (ao passo que o poder era a relação da força com outras forças), trata-se de uma “dobra” da força. Segundo a maneira de dobrar a linha de força, trata-se da constituição de modos de existência, ou da invenção de possibilidades de vida que também dizem respeito à morte, a nossas relações com a morte: não a existência como sujeito, mas como obra de arte (Deleuze, 1992, p. 116).

Dessa forma, alimentando-nos do pensamento de Foucault, entendemos o sujeito não como uma pessoa ou objeto, mas como um processo ao qual se dá o nome de subjetivação e pelo qual se tem a constituição de um sujeito, ou de uma subjetividade (Foucault, 2003).

A partir do processo histórico que vivenciamos durante a Pandemia de Covid-19 e do que foi previamente enunciado nestes escritos, podemos definir como

pressupostos deste projeto de tese:

1º) Pressuposto: O processo de medicalização se intensificou durante a pandemia de Covid-19, produzindo um maior alcance do governo da psiquiatria.

A magnitude da Covid-19 se espalhou fortemente pelo mundo levando a um importante impacto na saúde mental das populações. Observamos um aumento na prevalência de doenças mentais, bem como um agravamento de quadros psiquiátricos pré-existentes e de consumo de substâncias. Muitos países relataram que, concomitante à contaminação pelo coronavírus, em diversos casos, os pacientes também apresentaram sintomas depressivos e ansiosos. Dessa forma, muitas estratégias foram encontradas pelos próprios pacientes para lidar com tais situações; fizeram uso de álcool e outras drogas e/ou empregaram mais tempo na execução de hábitos não saudáveis (Soares *et al.*, 2020).

Ferreira e Júnior (2018) demonstraram que houve um aumento considerável na procura de fitoterápicos (medicamentos naturais) no ano de 2020 em comparação com 2019, alcançando o mercado farmacêutico e, também, virando popular entre os consumidores. Esse fato se deu devido ao fácil acesso a esses medicamentos. Esses autores verificaram que a pandemia Covid-19 induziu os consumidores a buscarem tratamento por meios mais fáceis para controlar o estresse, a insônia e a ansiedade.

É prudente reiterar que nosso estudo está sendo construído dentro desta realidade. Dessa forma, poderemos problematizar modificações que tenham ocorrido na vida de sujeitos atendidos em CAPS, tendo em vista a necessidade de medidas de isolamento social e diminuição do fluxo de atendimentos presenciais.

A pandemia por si só já afetou em demasia o psicológico por estarmos diante de uma doença desconhecida que ocasionou diariamente o óbito de muitas pessoas. Assim sendo, é inevitável que vejamos os sujeitos desta pesquisa nesse contexto. São pessoas que possuem um diagnóstico psiquiátrico e que estiveram em isolamento social, sofrendo inúmeros reflexos dessa mudança social que suas vidas tiveram.

Não é possível discutirmos a biopolítica sem mencionar os escritos de Foucault acerca do biopoder. Isso se justifica pois, para o autor, o biopoder torna-se parte de uma tecnologia com duas vertentes – anatomopolítica (que levou o Estado a assumir o controle dos corpos) e o biopoder (que se preocupou em assumir o

governo da vida das populações) (Freitas; Reuter, 2021).

Dessa forma, podemos compreender a biopolítica como um mecanismo de poder que se exerce como governo da vida e que tem como objetivo promover a disciplina e a regulação das populações.

Foucault (2012, p. 47) mencionou claramente que “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica”. Isso nos remete a pensar em todas as formas que a sociedade encontrou como possibilidade de governar os corpos. A criação dos hospitais, os modelos assistenciais, em especial o modelo biomédico, a definição diagnóstica por meio das classificações de doenças e os tratamentos baseados prioritariamente em medicamentos são condições de possibilidade que a modernidade encontrou como forma de atuar com os princípios da biopolítica.

A medicalização – que, para Llich (1975), objetiva intervir no corpo social – é mais uma forma encontrada para se pudesse controlar os corpos. Ao passo que a sociedade produz indefinidamente tecnologias farmacológicas, aparatos técnico-científicos e procedimentos para correção de “problemas”, tornamo-nos sujeitos que buscam, a todo tempo, a cura ou a correção de desvios. Queremos isso de forma imediata e, por diversas vezes, esse retorno é encontrado quando um profissional define um tratamento e prescreve uma conduta, seja ela farmacológica ou não. Assim, nos apoiamos nesse saber como uma verdade que irá resolver a situação que nos aflige.

Assim, o biopoder vai sendo exercido pela medicina e vamos nos moldando, subjetivamente, a partir dos encontros e das vivências, sendo constantemente atravessados por essas estratégias. Assim, o biopoder vai sendo exercido pela medicina e produzindo processos de subjetivação que se aproximam dos modos de sujeição impostos pelo modelo manicomial, especialmente em relação à dependência.

2º) Pressuposto: O contato com os pressupostos do guia da GAM, entendida como uma ferramenta de acesso à verdade, permitiu a visualização de outras estratégias de cuidado à saúde durante a pandemia de Covid-19 e, por conseguinte, outras formas de subjetivação.

A GAM, originada no Canadá e pensada a partir da prática de usuários de serviços de saúde mental, é uma estratégia que intenciona modificar as relações

envolvidas no contexto do uso de medicamentos. Busca reflexão, posicionamento, compartilhamento de práticas e vivências, bem como uma participação autônoma e efetiva dos sujeitos nas decisões relacionadas a seus tratamentos (Onocko-Campos *et al.*, 2013).

O modelo biomédico, fruto do movimento científico moderno com base na racionalidade, caracteriza-se por se vincular com questões das ciências biológicas. Assim, o que é visto pela medicina é a doença, a qual o médico objetiva identificar, definir e tratar (Gewehr *et al.*, 2017). Isso nos permite pensar no descentramento do sujeito e na objetificação do humano diante do processo de adoecimento.

Freitas e Reuter (2021) entendem que os modos de subjetivação no contemporâneo retratam o processo de medicalização da vida. O sujeito, para estar no campo da normalidade, faz adaptações pessoais para atender o que é prescrito socialmente. Dessa forma, os autores relatam que um diagnóstico psiquiátrico e o processo de medicalização impactam a vida de pessoas com alterações do estado mental.

No início da discussão deste pressuposto, referimos que o guia da GAM pode ser entendido como uma ferramenta de acesso à verdade. Nesse sentido, precisamos explicar melhor a que estamos nos referindo.

Quando Foucault fez uma discussão acerca da “subjetividade e verdade”, ele o fez recorrendo à fábula da animalidade – “A fábula do elefante” em São Francisco de Sales¹. A partir dela, abordou aspectos da honestidade do elefante, mencionando que o mesmo nunca muda de fêmea e ama ternamente a que escolheu, acasalar por cinco dias apenas de três em três anos e nunca é visto durante o ato e, no sexto dia, vai para um rio fazer uma purificação (Foucault, 2016). O anedotismo da fábula do elefante serve de disparador para o autor tratar o problema da subjetividade e da verdade. Esse problema é uma tradição filosófica que consiste em:

[...] indagar como e em quais condições posso conhecer a verdade, ou ainda: como o conhecimento enquanto experiência própria de um sujeito cognoscente é possível? Ou ainda: de que modo aquele que faz essa experiência pode reconhecer que se trata realmente de conhecimentos verdadeiros? Digamos que o problema filosófico “subjetividade e verdade” pode caracterizar-se assim: resolver a tensão entre duas proposições. Evidentemente não pode haver verdade sem um sujeito para o qual essa verdade é verdadeira, mas, por outro lado: se o sujeito é um sujeito, como

¹Essa fábula encontra-se no capítulo 39 do livro III da Introdução à vida devota. De São Francisco de Sales.

pode efetivamente ter acesso à verdade? (Foucault, 2016, p. 11).

A partir disso, precisamos ter em mente que a verdade não é definida por um conteúdo de conhecimento que possa ser válido de forma universal. Ela deve ser concebida como um sistema de obrigações (Foucault, 2016).

Foucault (2014a) diferenciou o “verdadeiro” de “regimes de verdade”. Como regime de verdade, o autor entendeu aquilo que forçava os indivíduos a determinados atos de verdade, ou seja, o que compelia os indivíduos a praticar esses atos de verdade. Em suma, um regime de verdade pode ser compreendido pelo “que determina as obrigações dos indivíduos em relação aos procedimentos de manifestação do verdadeiro” (Foucault, 2014a, p. 85). Como exemplo de regimes de verdade, o autor menciona o cristianismo, os atos de crença, o reconhecimento das faltas e a confissão.

“Em compensação, quando se trata do verdadeiro, a noção de regime de verdade se torna de certo modo supérflua, e a verdade, no fundo, sem dúvida não necessita de regime, de regime de obrigação” (Foucault, 2014a, p. 87).

Assim, quando estamos diante de algo que não tem relação com a verdade ou falsidade, podemos manter a noção de regime de verdade e, quando se trata do próprio verdadeiro, não é preciso. É a partir dessa perspectiva de regime de verdade que podemos conceber que até a psiquiatria é verdadeira. Por isso, acima mencionamos que o guia da GAM pode ser visto como uma ferramenta de acesso à verdade. A partir do encontro com os pressupostos da GAM, o sujeito deve aceitá-las, produzi-las ou se submeter a elas.

No estudo de Favero *et al.* (2019), os autores mencionam que a estratégia da GAM proporcionou a emergência da subjetividade dos participantes prezando por protagonismo, reflexão crítica, formação de vínculos e novas percepções sobre o tratamento e sobre si.

A partir disso, consideramos importante trazer que, para Foucault (2010a), o cuidado de si é considerado como o primeiro despertar. Nas palavras do autor: “Situa-se exatamente no momento em que os olhos se abrem, em que se sai do sono e se alcança a luz primeira [...]” (Foucault, 2010a, p. 9). Isso nos desperta muitas reflexões relacionadas ao cuidado em saúde mental e ao adoecimento psíquico de um modo geral. Em que momentos abrimos os olhos quando estamos diante de um diagnóstico psiquiátrico? Esse momento acontece?

Na contemporaneidade, há uma tendência a que o saber médico enfatize o diagnóstico e o tratamento em detrimento da subjetividade do sujeito (Gewehr *et al.*, 2017). Isso os coloca no lugar de sujeito-paciente, sem possibilidade de falar, argumentar ou de se colocar diante de sua terapêutica.

No momento pandêmico em que muitas pessoas que antes eram acompanhadas em serviços de saúde mental se viram sem o suporte em decorrência do isolamento social e da suspensão de algumas atividades, isso pode ter ocasionado uma nova organização na vida e no enfrentamento de pessoas que convivem com algum sofrimento psíquico.

Pessoas que tenham conhecido e vivenciado a estratégia da GAM possivelmente podem ter encontrado estratégias de enfrentamento diferentes em virtude de seu protagonismo e sua autonomia, adquiridos na vivência de um grupo GAM.

Freitas, Reckziegel e Barcellos (2016) trazem, em seu estudo, que o grupo GAM foi um espaço de trocas, empoderamento e aprendizagem entre os pacientes. Houve, segundo os autores, um maior grau de empoderamento que fez com que estes desenvolvessem maior autonomia em suas relações, compreendendo que devem ter voz em seus tratamentos.

A partir dos pressupostos aqui explanados, defende-se a tese de que:

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Problematizar a biopolítica da medicalização nos processos de subjetivação de pessoas que tenham vivenciado a GAM.

3.2 Objetivos Específicos

Discutir o processo de subjetivação a partir dos sintomas surgidos durante a pandemia de Covid-19, que tenha feito pessoas que tenham vivenciado a GAM a procurarem serviços de saúde mental;

Visualizar os efeitos da medicalização enquanto estratégia de governo durante a Pandemia de Covid-19, em pessoas que tenham vivenciado a GAM;

Conhecer as práticas de cuidado em saúde mental utilizadas durante a pandemia de Covid-19 por pessoas que tenham vivenciado a GAM.

4 Revisão de literatura

O estado da arte deste projeto de tese se compõe de artigos buscados livremente em bases de dados como Web Of Science, PubMed e Lilacs, bem como da literatura de escritores reconhecidos na temática e de referências mencionadas nos artigos consultados. Para disparar a discussão, organizamos este tópico em duas vertentes de discussão: a primeira a respeito da medicalização durante a pandemia de Covid-19 e a segunda sobre práticas utilizadas como estratégias de cuidado por usuários de saúde mental. As duas são atravessadas pela temática central deste estudo que é problematizar a interferência da medicalização nos processos de subjetivação.

4.1 Medicalização na pandemia de Covid-19

Para Alvarenga e Dias (2021), o uso acentuado de medicamentos psiquiátricos está relacionado aos ideais de desempenho e produtividade legítimos do padrão da subjetividade neoliberal, bem como está muito presente na realidade das populações vulnerabilizadas a fim de suportar o sofrimento psíquico.

A medicalização não concerne apenas à dispensação de medicamentos, mas às formas que o aparato médico encontra para controlar questões da vida, como sexualidade, higiene, hábitos alimentares, moral. Semelhante a uma sociedade corretiva, não é necessário atuar de modo repressivo, tendo em vista que o discurso do médico possui um valor de verdade que atravessa os sujeitos (Alvarenga; Dias, 2021).

A pandemia, ao ser considerada em termos de fenômenos sociais globais, afetou a saúde mental pública por vários motivos. As restrições sociais, somadas aos bloqueios em massa e divulgações por meio da mídia do crescente número de novos casos e mortes, trouxeram diversas implicações para a saúde mental das populações (Szczeñniak *et al.*, 2021).

O estudo espanhol longitudinal de Ausín *et al.* (2021), realizado por meio de três avaliações, demonstrou que, durante a pandemia de Covid-19, os sintomas depressivos aumentaram significativamente no decorrer do confinamento. Em relação à ansiedade, os níveis se mantiveram estáveis.

Um estudo farmacoepidemiológico retrospectivo que analisou a prescrição de psicofármacos na atenção básica de Pinhais (PR) de 2018 a 2020 constatou que, nesse município, havia grande prescrição de psicofármacos, com uma taxa maior entre mulheres do que entre homens. Durante a pandemia de Covid-19, observou-se um crescimento do acesso da população masculina às unidades de saúde, o que se refletiu em 10% de aumento da prescrição de 2019 para 2020. Dentre as drogas, a fluoxetina foi o psicofármaco mais prescrito antes e durante a pandemia (Alcântara *et al.*, 2022).

Diante da reconfiguração social ocasionada pela pandemia de Covid-19, vivenciamos a ampliação do ônus psicossocial, o que elevou a prescrição de psicofármacos, os quais passaram a ser vistos como solução para as adversidades, ou seja, frente a qualquer sofrimento psíquico, houve uma patologia e uma prescrição associada. Isso acaba reforçando o predomínio do poder biomédico e enfatiza a definição de doenças como entidades imutáveis, fazendo com que as subjetividades sejam suprimidas em detrimento de uma classificação de sintomas a fim de definir um diagnóstico (Alves *et al.*, 2021).

Observou-se que diversos fenômenos naturais da vida foram intensamente medicalizados durante a pandemia de Covid-19, impossibilitando as vivências de dores e perdas. O luto passou a ser considerado uma categoria patológica, o que ressignifica os eventos normais e os insere na categoria biomédica (Alves *et al.*, 2021).

Não podemos remeter esse fato a um único responsável embora a classe médica possua um papel decisivo na patologização da vida. É necessário que ampliemos nosso olhar a fim de perceber que outros agentes estão envolvidos, como os demais profissionais da saúde, os próprios pacientes, a cultura da medicalização, as pressões sociais e familiares. Fatores estressores podem acabar agravando alguma doença mental prévia ou até mesmo desencadeando alguma.

Ao considerarmos a pandemia de Covid-19 como um fator estressante, podemos visualizar suas consequências frente ao aumento do uso de psicotrópicos no Brasil (Alves *et al.*, 2021).

Ao comparar o primeiro trimestre de 2020 com o primeiro trimestre de 2021, observamos que houve um aumento na venda de diversos psicotr3picos, tais como bupropiona (137%), amitriptilina (41,5%), escitalopram (37,9%), trazodona (17,4%), benzodiazep3nico bromazepam (120%) e hipn3tico zopiclona (29,3%) (Brasil, 2022).

Em considera33o a isso, podemos observar que de fato houve um aumento relacionado ao uso de subst3ncias psicotr3picas, o que mesmo sendo esperado diante de uma situa33o estressora como a pandemia de Covid-19, motiva-nos a pensar nas quest3es que atravessam hist3rica e culturalmente a medicaliza33o.

Conforme mencionamos na introdu33o deste trabalho, a GAM 3 utilizada em sa3de mental com o intuito de potencializar discuss3es e reflex3es acerca da qualidade de vida, observa33es sobre si, atividades di3rias e de rotina, cuidado de si, trabalho e renda, rede de apoio e quest3es de sa3de como o uso de medicamentos psiqui3tricos e servi3os de sa3de. Essa ferramenta se originou no Canad3 em 1999, a partir da demanda de pacientes usu3rios de servi3os de sa3de mental, e tem, em sua composi33o, textos e perguntas referentes 3 qualidade de vida. Estas se organizam em cinco passos: necessidades dos usu3rios, recursos, rede de apoio, direitos e escolhas. Por fim, h3 uma s3ntese das informa33es recolhidas com vistas a refor3ar os conte3dos discutidos e analisados (Passos; Carvalho; Maggi, 2012).

A GAM se estrutura a partir de dois eixos: autonomia e cogest3o, os quais explicitamos abaixo.

A ideia de autonomia na constitui33o da GAM se refere 3 pluralidade de v3nculos que se 3 capaz de estabelecer: quanto mais v3nculos e redes de rela33es uma pessoa constr3i, mais aut3noma ela se torna. Nesse sentido, a ideia de autonomia se baseia em uma perspectiva coletiva, de negocia33o e compartilhamento entre diversos valores e experi3ncias (Passos *et al.*, 2013).

3 bastante comum associarmos a palavra autonomia a ideias como autossufici3ncia, independ3ncia, livre-arbit3rio. Em se tratando de medica33es psiqui3tricas, caminhar por essas searas 3 um tanto arriscado, pois, ao decidir sozinho tomar uma medica33o ou interromper o uso de algum medicamento cont3nuo, o usu3rio pode passar por experi3ncias bastante traumatizadoras. Outrossim, tamb3m n3o 3 prudente que consideremos apenas a vis3o do profissional prescritor ou da equipe de sa3de. A tomada de decis3o deve ser alinhada em conjunto, levando em conta o saber do profissional e as experi3ncias

dos usuários, fazendo uma gestão compartilhada, ou uma cogestão. Desse modo, percebemos que os eixos autonomia e cogestão estão intimamente relacionados e nos permitem ampliar coletivamente as possibilidades de cuidado (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

Dessa forma, longe de se aproximar do conceito de individualidade, o conceito de autonomia utilizado na construção da GAM se pauta no coletivo, por isso a ferramenta é colocada em prática em um dispositivo grupal.

Quando nos referimos à proposta da cogestão, estamos diante de uma espécie de concessão para algo ou alguém. Essa concessão não significa abrir mão da proposta de autonomia, mas poder visualizar uma autonomia-cogestiva, ou seja, poder compartilhar o cuidado e as decisões de um tratamento na atenção psicossocial (Rosa *et al.*, 2020). Ao falarmos em cogestão, referimo-nos a uma gestão que se faz juntos. Principalmente quando estamos diante de decisões centrais como as relacionadas ao uso de medicamentos psiquiátricos, é preciso que se tenha o apoio de outras pessoas (Caron; Feuerwerker, 2019).

As drogas psiquiátricas são dispositivos de poder e são parte do discurso médico ou da área da saúde em geral. Dizemos que esse tipo de arranjo está na ordem do poder psiquiátrico. No jogo da verdade do poder psiquiátrico, temos definições de doente e de doença mental e, nesse contexto, problematizamos as relações de força da droga psiquiátrica aplicada ao corpo (Caron; Feuerwerker, 2019).

Nesse sentido, é passível que pensemos no medicamento psiquiátrico como uma estratégia de dominação, ao oferecer melhores condições de socialização e convivência que não poderiam ocorrer sem seu uso. Isso se dá na perspectiva em que o psicofármaco é tido como uma solução para um problema médico – o da loucura – e para um sujeito que é visto como “doente portador de transtorno² mental”. Dentro desse contexto, temos um sujeito com sua experiência apreendida, com poucas condições de contratualidade, numa tensão entre forças de constrição e de autonomia (Caron; Feuerwerker, 2019).

A partir disso, torna-se necessário fazer algumas indagações que podem trazer à tona outro jogo de forças. Questionar sintomatologias, efeitos colaterais, sentimentos, vontades, desejos e vivências nos leva a problematizar pontos mais

² Utiliza-se a palavra “Transtorno” como forma de chamar a atenção do leitor para a forma de tratamento recebida pelas pessoas com algum sofrimento mental.

íntimos e pouco referidos.

Ao chegarmos ao fim deste capítulo, é possível vislumbrar o campo teórico que atravessa a medicalização e potencializa seu conceito como um discurso verdadeiro e um dispositivo de poder dentro dos tratamentos psiquiátricos.

E é a partir desses escritos que pretendemos seguir tecendo caminhos nesta tese.

4.2 Estratégias de cuidado durante a pandemia de Covid 19

Na história da psiquiatria, as estratégias de cuidado foram, durante muito tempo, associadas ao isolamento de indivíduos por meio de internações manicomiais nas quais eram submetidos a tratamentos violentos e abusivos.

Dentro de uma perspectiva de reabilitação psicossocial, atualmente prioriza-se tratamentos em que o usuário esteja inserido nas decisões e em que estas sejam tomadas de forma compartilhada. Isso tudo possibilita que ele consiga participar e, até mesmo, aprender outras estratégias de cuidado, implementadas pelos serviços, ou que participe e execute em sua vida pessoal.

Carvalho *et al.* (2021) trazem, em seu estudo, que a família, a arte e a espiritualidade foram dispositivos de cuidado que contribuíram no processo de enfrentamento do sofrimento psíquico que surgiu no decorrer da pandemia de Covid-19. Ao possibilitarem um espaço de escuta em um grupo de ajuda mútua virtual, os autores compartilharam, com os participantes, experiências, sentimentos, conflitos e problemas; juntos, pensaram estratégias de enfrentamento.

A prática de yoga também foi utilizada para o autocuidado e o autoconhecimento, auxiliando no controle da ansiedade e atenuando o sofrimento. Esse foi um importante recurso no cenário da Covid-19 quando aumentaram as queixas em virtude do sofrimento psíquico, tendo sido eficaz para lidar com esse período de tantas mudanças (Mendonça; Ornellas, 2021).

O yoga faz parte do conjunto de práticas e recursos terapêuticos conhecidos como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que, através de diferentes abordagens, estimulam a integração mente-corpo, contribuindo para maior consciência corporal e bem-estar (Brasil, 2008).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) apresenta práticas a serem ofertadas no Sistema Único de Saúde (SUS) com o

intuito de estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Ademais, a partir dessa perspectiva, pode-se visualizar o processo saúde-doença sob uma visão ampliada, priorizando a promoção do cuidado humano e dando enfoque também ao autocuidado (Brasil, 2015).

Miranda e Vieira (2021) reiteram que as PICS têm significativa relevância no contexto das práticas em atenção à saúde mental. Em seu estudo, destacam a aromaterapia, a homeopatia, a medicina antroposófica, a medicina tradicional chinesa, a acupuntura, as plantas medicinais e a fitoterapia, o termalismo social, a crenoterapia e o yoga. São abordagens que, ao priorizar a escuta acolhedora, e o vínculo terapêutico estimulam a autonomia do usuário do sistema de saúde e potencializam a relação usuário-profissional.

Ao pensarmos no organismo humano como um campo de trocas, experiências e energias, superamos a lógica curativa atrelada ao modelo biomédico e ampliamos nossas terapêuticas pensando no bem-estar biopsicossocial. As PICS se configuram em uma fonte de cuidado em saúde mental, especialmente em tempos pandêmicos nos quais é necessária a busca por práticas que apontem resultados positivos, reduzindo sintomas ansiosos, melhorando questões com o sono e bem-estar. As estratégias de apoio emocional e psicossocial àqueles que possuem algum sofrimento psíquico são imprescindíveis e extremamente valiosas (Miranda; Vieira, 2021).

Essas são estratégias recentes e que já se configuram como eficazes e significativas no cuidado em saúde mental. Os avanços no acesso às práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde vislumbram uma melhor assistência aos usuários.

O Guia GAM além de abordar questões da vida, hábitos, redes de apoio, hobbies, e medicamentos psiquiátricos, também aborda diversas estratégias de cuidado, como por exemplo escrita de um quadro intitulado: “Planejando nossas ações”, onde a pessoa deve a partir de um problema, listar uma proposta de ação e uma rede de apoio envolvida nessa proposta; bem como informa a respeito de plantas medicinais que podem ser utilizadas a fim de auxiliar em sintomas ansiosos, depressivos, insônia, etc.

5 Referencial teórico

O arcabouço teórico deste trabalho está apoiado na trajetória de Foucault. Utilizamos algumas ferramentas estudadas e discutidas pelo autor em seus escritos.

5.1 A medicalização no governo da vida

Ao pensarmos a temática da medicalização dentro da perspectiva Foucaultiana, inicialmente nos remetemos a dois caminhos possíveis: o primeiro está relacionado à medicina como prática social e o segundo, ao fenômeno da medicalização indefinida.

A fim de problematizar acerca do primeiro caminho que acima pontuamos, remetemo-nos à coletânea *Microfísica do Poder* (Foucault, 2012), especificamente ao capítulo intitulado: “O nascimento da medicina social”. Neste, o autor explora o conceito de medicalização como forma de intervenções médicas ao longo da história através das quais, por meio da sanitização das cidades ou de um controle social autoritário sobre os corpos e sobre as condutas, se modificou a existência humana. No decorrer do texto, o autor se remete a três etapas da formação da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho (Foucault, 2012, p. 144).

A partir desse excerto, Foucault defende a hipótese de que a socialização do corpo ocorreu sob diferentes perspectivas, organizando seu argumento no que seriam as três etapas da medicina social, a saber: medicina de Estado (Alemanha), medicina urbana (França) e, finalmente, medicina da força de trabalho (Inglaterra).

A medicina de Estado ou estatal se justifica pelo fato de a Alemanha ter se tornado um Estado unitário durante o século XIX. Até esse período, o país existia sob a forma de justaposições ou organizações como “quase-estados” e “pseudoestados”. Nessa etapa da medicina social, surgiu, em meados do século XVIII, a polícia médica, que, a partir de sistemas de observação, conseguia controlar aspectos como a morbidade. A partir disso, ocorreu o fenômeno da normalização da prática do saber médico, o médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha (Foucault, 2012).

O segundo movimento, ou segunda etapa, a medicina urbana da França, se deu a fins do século XVIII e, como a medicina social não tinha suporte do Estado, acabou encontrando-o no fenômeno da urbanização. Muito disso ocorreu, pois, na época, existiam problemas decorrentes da unificação do poder nas urbes e, havendo a necessidade de organizar o corpo urbano, colocou-se em prática a medicina urbana. Dentro desse contexto, é importante lembrar que surgiram as questões do medo dos problemas sanitários das cidades, advindos muitas vezes dos amontoamentos urbanos. Para isso, foram desenvolvidos métodos de vigilância apoiados em inspetores e autoridades que definiram estabelecimentos de desinfecção e esquemas de quarentenas (Foucault, 2012).

Por fim, a medicina da força de trabalho dos pobres e dos operários na Inglaterra se deu no terceiro momento porque antes esse grupo não era uma preocupação. Na medicina urbana, esse grupo fazia parte da instrumentalização das cidades, por isso não podia ser posto em questão ou visto como perigo. Somente a partir da “Lei dos Pobres” esse cenário mudou e se começou a pensar em um controle médico dos pobres (Foucault, 2012).

Esses movimentos ou essas etapas podem ser considerados formas de operacionalizar intervenções médicas, o que Foucault define como medicalização nesse momento. O controle do estado rígido sobre os corpos e as condutas, além da sanitização das cidades, nada mais são do que maneiras de medicalizar a sociedade (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Podemos entender que Foucault (1984), quando escreveu “O nascimento da medicina social”, preocupou-se em problematizar a ampliação dos objetos da medicina, alvos que antes não eram parte dos processos de intervenção médica. É um pouco sob essa ótica que nos propomos aqui a problematizar a medicalização, tendo em vista que nos apoiamos em estudiosos da temática que argumentam ser a

medicalização uma estratégia encontrada para trazer para o campo da medicina o que antes não era medicalizado.

Seguindo na esteira do pensamento como que iniciamos este capítulo, mencionamos dois caminhos que Foucault percorreu na temática da medicalização: a medicalização como prática social e a medicalização como fenômeno indefinido. Falaremos agora a respeito do segundo caminho.

O fenômeno da medicalização indefinida está intimamente relacionado aos modelos de medicina social acima mencionados, pois se entende que, por meio da ascensão sanitária e do desenvolvimento técnico e científico, a medicina vivenciou uma crise após a década de 1950. Essa crise se deu em decorrência do final da Segunda Guerra Mundial e do plano Beveridge³, que fez emergir a chamada medicalização indefinida. A amplitude do saber médico, seus instrumentos, eficácia de procedimentos e efeitos que alcança fizeram com que esse saber se tornasse mais nocivo e os sujeitos adentrassem em um campo de possibilidades e riscos com pouca possibilidade de controle (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Dessa forma, vivenciamos um momento crucial no desenvolvimento social, em que a medicina perdeu suas fronteiras e passou a ocupar um lugar fora das demandas do sujeito. Começou a se intervir nas escolas, nas famílias, nos tribunais e na sexualidade (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Foucault (2010b) dissertou a respeito desse fenômeno na Conferência intitulada: “Crise da medicina ou crise da antimedicina”, dada no Rio de Janeiro em 1974.

Não há dúvida de que, se esse é seu domínio próprio, a medicina atual foi muito além, por várias razões. Em primeiro lugar, a medicina responde a outro motivo que não a demanda do doente, a qual só acontece em casos bastante limitados. Com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade. Vários exemplos podem ser citados a esse respeito. Atualmente, ninguém é contratado sem o “dictamen” do médico, que examina autoritariamente o indivíduo. Existe uma política sistemática e obrigatória de screening, de rastreamento de doenças na população, que não responde a qualquer demanda do doente. Do mesmo modo, em alguns países, a pessoa acusada de haver cometido um delito, quer dizer, uma infração considerada suficientemente grave para ser julgada pelos tribunais, deve obrigatoriamente ser submetida ao exame de um perito psiquiatra — o que, na França, é obrigatório para todo indivíduo posto à disposição das autoridades judiciais, mesmo que seja um tribunal correccional.

³O sistema Beveridge ou plano Beveridge foi o modelo concebido pelo inglês William Beveridge entre 1942 a 1946. Foi fruto dos mais avançados estudos sobre a matéria previdenciária até então experimentados. Desse modelo surgiria o complexo securitário ao qual nossa Constituinte de 1988 denominou seguridade social. O modelo beveridgiano inspirou os modelos que o sucederam, a exemplo do social-democrata, preferido pelos países nórdicos (Cardoso, 2010).

Estes são somente alguns exemplos de um tipo de intervenção médica bastante familiar, que não provém da demanda do doente (Foucault, 2010b, p. 180).

A partir disso, podemos refletir então que a saúde (e tudo que garante a saúde do sujeito – água, moradia, urbanização) se tornou objeto de intervenção de uma medicina autoritária com funções normalizadoras que estão além das necessidades da doença.

Para Foucault (2010a), existem quatro fatores que possibilitaram essa ocorrência: o surgimento da autoridade médica como autoridade social e não somente autoridade do saber; os objetos de intervenções distintos das doenças, como ar, água, esgotos, terrenos, etc.; a introdução do hospital – um aparelho de medicalização coletiva; e por fim, a introdução de registros de dados, estatísticas e comparações.

O filósofo ainda considera “diabólico” ao se dar conta de que, quando pensamos em recorrer a algum domínio externo à medicina, este já foi medicalizado (Foucault, 2010a). Isso vai ao encontro do que se vivencia atualmente, mais de 70 anos depois do momento histórico explanado pelo autor. Ao adentrarmos nos serviços de saúde mental, percebemos que muitas histórias das patologias descritas estão relacionadas a fatores externos aos da doença. Tristeza, luto, saudades e medos passaram a ser, indiscriminadamente, objetos da intervenção médica – o que nos remete a pensar que o que fazemos em nossa prática diária é uma maneira de controlar ou governar as vidas dos sujeitos.

5.2 A Biopolítica como estratégia de governo

Michel Foucault aborda que duas formas principais de preocupações ou poderes sobre a vida se constituíram a partir do século XVII. Uma delas preocupada no corpo como máquina e outra nos processos biológicos. Como podemos observar no excerto a seguir:

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois polos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos polos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento

paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos — tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida (Foucault, 1999a, p. 130).

Nesse sentido, estamos problematizando uma forma de governar a vida presente no Ocidente e refletindo sobre como o poder se desenvolve e passa a conduzi-la.

Acerca da biopolítica, Foucault se remeteu ao termo pela primeira vez no excerto supracitado, mas, somente em 1978, no curso *Segurança, Território e População*, e 1979, no curso *Nascimento da Biopolítica*, ele investiu no tema de forma mais intensa.

Diante da temática da biopolítica, é importante pontuar como foi possível passar da soberania sobre os territórios para a regulação das populações. Partindo do pressuposto de que a disciplina cria um conjunto homogêneo de sujeitos, uma população devidamente disciplinada necessita ser organizada, conduzida. Isso se deu por meio da educação, da natalidade e dos cuidados com a saúde, ou seja, por meio da biopolítica.

Biopolítica: eu entendia por isso a maneira como se procurou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças... (Foucault, 2008, p. 431).

Entendemos a biopolítica então como um conjunto de mecanismos e procedimentos que objetivam ampliar as relações de saber-poder das populações, articulando-se com a história da política, da economia e, paulatinamente, integrando-se às relações sociais. Sendo a biopolítica uma estratégia de gestão das populações, e tendo como objeto o corpo, a saúde, as ideias, a subjetividade, a dinâmica das populações e a vida de um modo geral, aproximamo-nos da ideia de governar essas populações, isto é, da gestão como governo.

Para Foucault (2008, p. 143-144), a governamentalidade significa um:

[...] conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros- soberania, disciplina- e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade” creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pela qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”.

Quando Foucault abordou a concepção de governamentalidade na obra intitulada *Segurança, Território e População*, fê-lo no sentido de explicar o processo que possibilitou o surgimento do Estado de governo com suas diversas práticas governamentais. Sendo assim, o autor partiu do conceito de governo e demonstrou como chegamos a uma sociedade de governo dos homens (Foucault, 2008).

Houve uma referência, durante seu curso, à obra *O Príncipe*, de Maquiavel, na qual há a descrição de um tipo de poder com um conjunto definido de súditos e que sofreu críticas contundentes no decorrer da história. Foucault acreditava que ao adentrarmos no governo das “coisas”, não existem objetos bem definidos, diferentemente do que havia em Maquiavel. Estamos diante do governo dos acontecimentos, nos quais, recorrendo a dispositivos de controle, é possível pensar em questões do tipo: programas de natalidade, tamanho e sanitização das ruas, saneamento básico, entre outros, os quais atuam no corpo social por meio da condução das condutas, tentando produzir um indivíduo mais saudável e, por consequência, mais rentável economicamente. Assim, governar não é mais governar um território, é uma eterna continuidade de práticas de poder no dia a dia (Foucault, 2008).

A análise do pastorado, tema estudado por Foucault (2008), mostra-nos que este se refere à arte de governar os homens, diferenciando-o de política, pedagogia e retórica. Nessa discussão, o autor instalou a origem da governamentalidade. A seu ver, o nascimento do Estado Moderno se deu quando a governamentalidade se tornou uma prática calculada e refletida. O pastorado se relaciona com a salvação, com a lei e com a verdade, tendo como objetivo guiar, educar, exortar, salvar os

indivíduos. Há uma relação de reciprocidade do pastor com o rebanho, uma dependência integral. Ou seja, acredita-se numa relação de submissão de um indivíduo a outro. Há um indivíduo que dirige e outro que é dirigido. No pastorado cristão, nasceu uma forma de poder nova. Ademais, observa-se ainda modos específicos de individualização, uma individualização por sujeição.

Por que trouxemos esse ponto à discussão? Porque foi no pastorado cristão que, como mencionado acima, o autor percebeu o surgimento do que definiu como governamentalidade. Na história do pastorado, está a origem dos processos de individualização do Ocidente. E isso nos é demasiado importante.

Ao pensarmos as questões da medicalização dos sujeitos em sofrimento psíquico, estamos diante de um sujeito que é sujeitado a receber um diagnóstico médico, baseado em um conjunto de sinais e sintomas e apoiados no que é conhecido por DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Mais do que se tratar de um diagnóstico que acompanhará essas pessoas por muito tempo, quiçá pela vida inteira, estamos diante de condutas verticalizadas e atravessadas pelas seduções da indústria farmacêutica, que inclinam fortemente o profissional prescritor a prescrever algum fármaco para o controle dos sintomas.

Reforçamos o que acima problematizamos com o excerto a seguir:

É por aí, portanto, que o pastorado preludia a governamentalidade. E preludia também a governamentalidade pela constituição tão específica de um sujeito, de um sujeito cujos méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração da verdade que lhe é imposta (Foucault, 2008, p. 243).

Desse modo, não poderíamos trazer à pauta a discussão da governamentalidade, sem falar de sua origem, seu estopim no mundo moderno. E também por julgarmos necessário refletirmos a respeito do governo dos outros e do governo de si mesmo sobre as tecnologias de dominação e as técnicas de si, em virtude das quais estão estreitamente ligadas à condução dos indivíduos e a maneira pela qual eles mesmos se conduzem. Sendo assim, de uma forma mais ampla, a governamentalidade está intimamente relacionada com a questão da constituição ética do sujeito.

O poder soberano, anterior ao biopoder, dispunha sobre o direito de vida e de

morte de seus súditos, operando pelo fazer morrer e deixar viver. Nele, o pai de família romano possuía o direito de dispor da vida de seus filhos.

O conceito de biopoder aparece no curso intitulado “Em defesa da sociedade”, realizado em 1976, em que o autor fez um contraponto ao poder soberano quando referiu que:

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a "população" enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que o poder de "fazer viver". A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer (Foucault, 1999b, p. 294).

Torna-se necessário elencar as tecnologias de poder que incidem sobre os indivíduos, como o suplício - técnica utilizada no poder soberano, a técnica de confissão no poder pastoral; o panóptico, como dispositivo do poder disciplinar e seus métodos de controle (observação, técnicas de registro, procedimentos de inquérito, etc.) e, por fim, a biopolítica, como dispositivo do biopoder. Estas, além de técnicas de poder, configuram-se como instrumentos de produção de saber. (Willrich, 2016).

5.3 Subjetivação da loucura em tempos de pandemia

Os modos pelos quais nos tornamos sujeitos, ou modos de subjetivação, surgiram na trajetória de Foucault em torno de 1981 e 1982, seguindo em suas obras finais (*História da Sexualidade*). Isso se deu também em virtude da tese defendida pelo autor de que toda experiência concreta de subjetividade envolve modos históricos de se fazer essa subjetivação, ou seja, envolve um processo de subjetivação

Uma das discussões de Foucault aproxima *Subjetividade e verdade*, nessa obra que resultou de um curso ministrado em 1981 na qual o autor nos faz pensar no seguinte: “[...] certos discursos verdadeiros referentes ao sujeito que, independentemente de seu valor universal de verdade, funcionam, circulam, têm o peso da verdade e são aceitos como tais [...]” (Foucault, 2016, p. 12). Diante dessa reflexão, colocamo-nos a pensar quais experiências fazemos a partir desses discursos existentes. O que acontece conosco, o que devemos fazer e como

devemos agir são questionamentos úteis que precisamos nos fazer tendo em vista que a subjetividade não é uma teoria a priori do sujeito. “A subjetividade é concebida como o que se constitui e se transforma na relação que ela tem com sua própria verdade. Não há teoria do sujeito independente da relação com a verdade” (Foucault, 2016, p. 13).

No entanto, a noção de subjetividade para Foucault perpassa três dimensões. Primeiramente, o autor diferencia a subjetividade tomada como assujeitamento e a subjetividade como atitude crítica ou prática de si; em segunda dimensão, aponta a prática de si como um trabalho coletivo, e não individual; e, por fim, acentua que há relação cultural na subjetividade assujeitada e na autônoma (Ferreira Neto, 2017). Podemos observar essas três dimensões em palavras do próprio autor:

Em primeiro lugar, penso efetivamente que não há um sujeito soberano, fundador, uma forma universal de sujeito que poderíamos encontrar em todos os lugares. Eu sou muito cético e hostil em relação a essa concepção de sujeito. Penso, pelo contrário, que o sujeito se constitui através das práticas de sujeição (assujeitamento) ou, de uma maneira mais autônoma, através das práticas de liberação, de liberdade, como na Antiguidade – a partir, obviamente, de um certo número de regras, de estilos, de convenções que podemos encontrar no meio cultural (Foucault, 2004, p. 291).

Dentro desse contexto, as práticas de si são vistas por Foucault como ética e estética da existência, as quais possuem como condição histórica a emergência da subjetividade – o que significa que o sujeito, inventado por essas práticas, não é universal, mas sim histórico (Maciel Júnior, 2014).

Foucault (2005) se remete às práticas ou técnicas de si, as quais permitem ao sujeito, sozinho ou com ajuda, realizar operações sobre sua alma, seu pensamento, sua conduta e seu modo de ser, a fim de atender certos estados de felicidade, sabedoria e perfeição.

O autor remonta à antiguidade greco-romana para problematizar as práticas que vão manifestar o cuidado de si e, apoiado no preceito délfico “conhece-te a ti mesmo”, perpassa pensadores como Platão, Filon, Sêneca, Epíteto, Epicuro, Filodemo, Aristóteles, entre outros, para fundamentar suas reflexões.

Assim – ao adentrar no tema das práticas de si, das formas de subjetivação, na perspectiva de uma história da subjetividade – Foucault sugere um sujeito ético, que se constroi e se constitui por meio das práticas de si, tendo capacidade de se autotransformar. Pensa-se então em um sujeito capaz de se apropriar de sua vida e

de refletir sobre seus modos de viver, um sujeito que, embora envolvido no campo das relações de saber-poder, pode exercer a liberdade (Foucault, 2005).

Por fim, salientamos que a possibilidade de visitar, nos textos de Foucault, esses temas tão caros, inquietantes, atuais e necessários traz como resultado potentes reflexões acerca de nosso objeto de pesquisa.

6 Caminhos investigativos

Vários, como eu, sem dúvida, escrevem para não ter mais um rosto. Não me pergunte quem eu sou e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever (Foucault, 1972).

Com essa citação do livro *Arqueologia do Saber*, iniciamos a escrita deste capítulo, que intitulamos “Caminhos investigativos”. Isso visa explicar o porquê de não utilizarmos a palavra “método” ou “metodologia” enquanto espaço de escrita ou de problematização. Como nos apoiamos em Foucault, é mais coerente seguirmos nossas problematizações por esses caminhos.

Aproveitamos esse íterim para explicar o conceito de problematização que será aqui utilizado:

Problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.) (Foucault, 2004, p. 242).

Dessa forma, ao problematizarmos a loucura, a delinquência ou a sexualidade, como fez Foucault, ou o processo de medicalização, como aqui faremos, será no sentido de apontar *como* e *por que* tal prática se dá no momento histórico em que estamos vivendo.

6.1 A pesquisa de campo

Esta pesquisa é qualitativa e será operacionalizada por meio da análise documental e da entrevista discursiva.

A análise documental é uma técnica bastante utilizada na pesquisa qualitativa

com o fim de ampliar o entendimento de um objeto que necessite uma contextualização sociocultural e histórica. O documento escrito consiste em uma fonte valiosa, pois não pode ser substituído e se constitui como prova de atividades ocorridas (Lima Júnior *et al.*, 2021).

O conceito de documento de Godoy (1995) atende nossa inquietação quando este afirma que “documentos” são:

[...] os materiais escritos (como, por exemplo, jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, cartas, memorandos, relatórios), as estatísticas (que produzem um registro ordenado e regular de vários aspectos da vida de determinada sociedade) e os elementos iconográficos (como, por exemplo, sinais, grafismos, imagens, fotografias, filmes). Tais documentos são considerados “primários” quando produzidos por pessoas que vivenciaram diretamente o evento que está sendo estudado, ou “secundários”, quando coletados por pessoas que não estavam presentes por ocasião da sua ocorrência (Godoy, 1995, p. 21-22).

No entanto, é importante ressaltar que o documento consiste em uma fonte ainda sem tratamento analítico. A partir da coleta de informações contidas no documento é que o pesquisador realizará uma análise documental e conseguirá produzir sua problematização.

O segundo tipo de ferramenta a ser utilizada na coleta de dados da presente pesquisa é a entrevista discursiva, a qual, para Pucci *et al.* (2020), pode ser comparada a um arquipélago composto por diferentes ilhas que podem ser unidas a partir de três componentes metodológicos, a saber: aproximação ao objeto de estudo, escrita multifocal e sensibilidade ao contexto.

Nesse sentido, essa ferramenta colabora com o campo descritivo e compreensivo dos processos subjetivos, aproximado às experiências e práticas da vida, dando centralidade à perspectiva dos protagonistas (participantes da pesquisa). É também uma forma de conversação com um conteúdo que não estará predeterminado, pois será definido ao longo do processo de interação – entrevistado/entrevistador (Pucci *et al.*, 2020).

A partir de um roteiro com perguntas disparadoras, a pesquisadora fará a condução da conversa e poderá solicitar respostas com o intuito de atender seus objetivos prévios. Sem predizer respostas certas ou erradas, a entrevista discursiva proporciona um espaço de fala aos entrevistados, os quais, guiados pela pesquisadora, poderão desenvolver um posicionamento reflexivo e analítico acerca

do tema pesquisado (Pucci *et al.*, 2020).

Cardano (2017) qualifica a entrevista discursiva como um meio de fornecimento não apenas de informações sobre o entrevistado, mas também como produtora de discursos, pois, a partir dela, o entrevistado realiza narrações e argumentações capazes de produzir relações de sentido em uma sequência temporal. Esses discursos não surgem das profundidades do ser, mas são construídos no contexto da interação.

Acredita-se que a combinação dessas duas ferramentas – análise documental e entrevista discursiva – possa atender aos objetivos desta pesquisa, pois são duas formas distintas de coleta de informações e conteúdo que, de alguma forma, podem se complementar quando falamos de formação de subjetividades de sujeitos que tenham vivenciado a GAM.

6.2 Cidade

Este estudo tem como referência a cidade de Pelotas – município localizado na Região Sul do Brasil, mais especificamente no sul do estado do Rio Grande do Sul – que possui 341.132 mil habitantes (IBGE, 2020). Isso se dá em virtude do vínculo institucional da pesquisadora, como aluna no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. No entanto, pode ser preciso que a pesquisadora se desloque para outro município do estado do Rio Grande do Sul a fim de entrevistar algum participante.

6.3 Participantes

Serão convidados a participar desta pesquisa 10 pessoas que tenham vivenciado a experiência grupal da GAM. Os participantes não serão acessados por nenhum serviço de saúde, mas sim, de forma particular da seguinte forma: 7 convidados serão contatados via telefonema, são os participantes que fizeram parte da dissertação⁴ de mestrado da pesquisadora. E os demais 3 participantes, serão convidados a partir de um grupo de WhatsApp de Gestão Autônoma da Medicação

⁴ A dissertação já foi mencionada anteriormente neste estudo.

que ocorre mensalmente, de forma remota. A pesquisadora é participante do grupo e fará o convite no primeiro encontro que ocorrer após a aprovação da pesquisa, os três primeiros participantes que declararem o aceite, serão contatados por telefone para acertar os trâmites da entrevista, e como foi mencionado, se residirem em outro município, no estado do Rio Grande do Sul, a pesquisadora irá se deslocar até o local. A respeito da identificação dos participantes, os mesmos terão liberdade para decidirem a forma como querem ser identificados na pesquisa. Isso é algo muito potente quando se fala em uma pesquisa na área de saúde mental, tendo em vista a trajetória de invisibilidade que ocorre e ocorreu durante o tempo.

Os **critérios de inclusão** incidem em: conhecer os princípios da experiência grupal da GAM (ter sido participante de algum grupo); falar português e residir no Rio Grande do Sul.

Os **critérios de exclusão** são: possuir menos de 18 anos de idade, não ter disponibilidade para encontrar presencialmente a pesquisadora.

6.4 Coleta de dados

A coleta de dados deste estudo se dará por meio de entrevista discursiva e análise documental dos guias GAM dos participantes.

Primeiramente, após o contato, aceite e combinação com o participante para a realização da entrevista, a pesquisadora irá, na data combinada, se deslocar para o local que for acordado com o participante, podendo ser o seu domicílio, ou um lugar público que participante e pesquisadora consigam manter adequadas a privacidade e os requisitos de sigilo e confidencialidades, inerentes à pesquisa. A fim de disparar a discussão, utilizaremos um roteiro de questões para norteá-la (Apêndice A). A entrevista será gravada por meio de aplicativo em celular, e somente será realizada a partir de prévia informação, autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em duas vias, em que uma ficará com a pesquisadora e a outra, com o participante.

Na data do encontro para a entrevista, o participante levará o seu guia GAM, utilizado no grupo em que foi/é participante, e será acordado com a pesquisadora que a mesma poderá fazer cópia (escanear pelo celular) das informações para posterior análise documental, o que estará também contido no TCLE. Se o

participante não dispuser do guia, ou não estiver com nenhum preenchimento ou informação, isso será registrado e será dado como uma perda da etapa de análise documental.

A leitura atenta dos guias orientada por um roteiro de análise documental (Apêndice C) originará um documento que será posteriormente organizado em temáticas semelhantes e analisados de acordo com descrito no item abaixo – análise dos dados.

Transcreveremos os conteúdos das entrevistas para o Microsoft Word e nomearemos os arquivos correspondentes com a palavra “entrevista” seguida do nome escolhido pelo entrevistado.

6.5 Análise dos dados

Por se tratar de um estudo que possui mais de uma maneira de coleta de dados, faremos a análise de acordo com o corpus, ao longo do processo da pesquisa, e não a posteriori. Conforme o pensamento de Cellard (2008, p. 303), a análise documental é o “[...] momento de reunir todas as partes – elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos- chave”.

Ainda para o mesmo, esse tipo de análise ocorre por meio de duas etapas: a análise preliminar e a análise propriamente dita. A análise preliminar envolve o estudo do contexto, da autenticidade e da confiabilidade do texto, da natureza do texto, além de atentar para conceitos-chave na lógica interna do texto. A análise propriamente dita consiste na obtenção de informações significativas que vão possibilitar a elucidação do objeto de estudo e contribuir na problematização da temática.

Acerca do conteúdo obtido por meio das entrevistas discursivas operacionalizaremos uma análise genealógica apoiados nas ferramentas foucaultianas: governamentalidade e subjetivação, as quais atravessam a caminhada destes escritos, e principalmente a partir da problematização. Para isso, valemo-nos de que Vinci (2015) disserta, quando aponta que a problematização (a partir dos estudos Foucaultianos), possui um gesto investigativo, significando uma forma de desbravar um objeto de pesquisa e promover um trabalho de pensamento.

A partir disso e estando diante do corpus discursivo, estaremos engajados

em visualizar que os discursos são controlados socialmente por uma série de procedimentos, os quais objetivam problematizar perigos e poderes. Tais procedimentos podem ser: a exclusão e a interdição. Rapidamente se observa que, ligados ao discurso, estão o desejo e o poder (Foucault, 2014b). Como menciona o filósofo: “O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos apoderar” (Foucault, 2014b, p. 10).

6.6 Princípios éticos

Esta pesquisa está embasada nos princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual atende as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo estes referenciais bioéticos: preservação da autonomia, não maleficência, beneficência, equidade e justiça (Brasil, 2012). Está também em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Ministério da Saúde (Brasil, 2016), a qual dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis.

Serão respeitados igualmente os preceitos contidos no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, principalmente os capítulos I e II, que dispõem sobre seus direitos e deveres, e o capítulo III, que dispõe sobre as proibições, atentando aos artigos 94 e 98 (COFEN, 2017). Armazenaremos as informações coletadas e digitadas no Microsoft Word por 5 anos. Depois disso, o material será deletado.

6.7 Riscos e benefícios

A pesquisa não irá acarretar riscos físicos aos participantes, pois não prevê coleta de material biológico, porém poderá gerar possíveis desconfortos emocionais durante o momento da entrevista. Tais riscos serão minimizados a partir da escuta terapêutica e se o participante considerar necessário poderá se retirar da pesquisa, sem prejuízos.

Acerca dos benefícios para os participantes intenciona-se que com a entrevista sejam potencializadas trocas e reflexões a respeito de suas vidas, trajetórias e experiências, bem como identificações da sua terapêutica relacionada à

medicalização da existência.

Cronograma

Quadro 1 - Cronograma de atividades a serem desenvolvidas no doutorado 2020-2024

ANO	2020		2021		2022		2023		2024
Semestre	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º
Atividades									
Disciplinas	X	X	X						
Delimitação do tema	X	X	X						
Revisão de literatura			X	X	X	X	X		
Construção do Projeto	X	X	X	X	X	X			
Qualificação						X			
Comitê de ética						X			
Coleta de dados						X	X		
Análise dos dados						X	X	X	
Construção da tese	X	X	X	X	X	X	X	X	
Defesa da tese									X

Fonte: Autora (2020).

Orçamento

Quadro 2 - Quadro de despesas*

Item	Quantidade	Justificativa	Valor R\$
Notebook	01	Escrita da tese e coleta de dados	3500,00
Profissional revisor	02	Serviço de revisão de normas e português para a qualificação e defesa.	2000,00
Pacote 500 folhas A4	01	Impressões necessárias no decorrer	25,00
Caneta	05 unidades	Escrita e anotações	5,00
Impressão	1000	Projeto e tese	350,00
Encadernação	20	Projeto e tese	200,00
Tradutor	01	Abstract e Resumen	100,00
Pen drive 128gb	01	Armazenamento de dados	150,00
Publicação de artigos da tese	02	Devolução do estudo	4000,00
			TOTAL=10.330,00

*Os custos aqui referidos serão inteiramente custeados pela pesquisadora. Fonte: Autora (2022).

Referências

ALCÂNTARA, Anelise Montañes; FIGEL, Flávia Caroline; CAMPESE, Marcelo; SILVA, Mileni Zanoni da. Prescription of Psychotropic Drugs in Primary Health Care in the context of the Covid-19 Pandemic. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e19911420210, 2022. DOI: <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.20210>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20210>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ALVARENGA, Rodrigo; DIAS, Marcelo Kimati. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, e235950, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dGQxFtnrJ4cdrwvDzMnpwjc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ALVES, Aline Martins; COUTO, Samuel Braatz; SANTANA, Mariana de Paula; BAGGIO, Márcia Raquel Venturini; GAZARINI, Lucas. Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, e00133221, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00133221>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-37-09-e00133221-pt.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

AUSÍN, Berta; GONZÁLEZ-SANGUINO, Clara; CASTELLANOS, Miguel Ángel; MUÑOZ, Manuel. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19. **Journal of Gender Studies**, v. 30, n. 1, p. 29-38, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799768>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09589236.2020.1799768>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, col. 1, 6 abr. 2001. PL 3657/1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, DF: Editora Brasil, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 247, Brasília, DF, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a aprovação das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 12, Brasília, DF, p. 59, 13 de junho de 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 98, Brasília, DF, p. 44-46, 24 mai. 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resolucao_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. **Consultar dados de vendas de medicamentos controlados, antimicrobianos e outros**. Serviços e Informações do Brasil. Brasília, DF, 25 jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/consultardados-de-vendas-de-medicamentos-controlados-antimicrobianos-e-outros>. Acesso em: 25 mai. 2023.

CAPONI, Sandra. **Uma sala tranquila: Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença**. São Paulo: Liber Ars, 2019. 216p.

CARDANO, Mario. **Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação**. Tradução de Elisabeht da Rosa Conill. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017. 376p.

CARDOSO, Fábio Luiz Lopes. A influência do relatório beveridge nas origens do welfare state (1942 – 1950). **Revista Todavia**, ano 1, n. 1, p. 39-53, 2010. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/revistatodavia/Artigo3%20-%20Revista%20Todavia.pdf> . Acesso em: 15 fev. 2022.

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. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, p. 14-24, 2019. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5dHz7hY3HYZwfjRhrKbN3dP/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.

CARVALHO, Patricia Anjos Lima; SANTOS, Vanessa Thamyris Carvalho; MELO, Angelle Matias; SILVA, Thainan Alves; MAIA, Vanessa Meira; CRUZ, Diego Pires Cruz; SENA, Edite Lago da Silva. Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência. *In*: ZAGO, Maria Cristina. **Saúde Mental no Século XXI: indivíduo e coletivo pandêmico**. Guarujá, SP: Científica Digital, 2021. p. 70-81. DOI: <http://doi.org/10.37885/210303660>. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210303660.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CELLARD, André. Análise Documental. *In*: POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 464p.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564 de 2017. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 233, Brasília, DF, p. 157, 6 dez. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 16 mar. 2018.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232, 1992.

DELAY, Jean; DENIKER, Pierre; HARL, Jean-Marie. Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élektive (4560 RP). **Annales Médico-Psychologiques**, Paris, v. 110, n. 21, p. 112-117, jun. 1952.

DELEUZE, Gilles. **Conversações, 1972-1990**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: 34, 1992. Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wpcontent/uploads/2015/12/deleuze-g-conversacoes.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. 2ª ed., São Paulo: Brasiliense, 2005. 159p.

FAVERO, Caroline Poletto; RODRIGUES, Jeferson; SILVA, Ingrid Pires; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; BARROSO, Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade; BARBOSA, Sarah Soares; STEFANELLO, Sabrina. Grupo de Gestão Autônoma da

Medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Portugal, v. IV, n. 21, P. 90-105, 2019.

DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19002>. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388260457009>. Acesso em: 15 fev. 2022.

FERREIRA JÚNIOR, Washington Soares; ALBUQUERQUE, Ulysses Paulino. A theoretical review on the origin of medicinal practices in humans: echoes from evolution. **Ethnobiology and Conservation**, [S. l.], v. 7, 2018. Disponível em: <https://ethnobiococonservation.com/index.php/ebc/article/view/126>. Acesso em: 24 nov. 2023.

FERREIRA NETO, João Leite. A analítica da subjetivação em Michel Foucault.

Revista Polis e Psique, v. 7, n. 3, p. 7-25, 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v7n3/n7a02.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. Tradução de Luis Felipe Baeta Neves. Petrópolis: Vozes, 1972. 264p.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. *In*: MACHADO, Roberto. (Org.). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1984. p. 79-98.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**.

Rio de Janeiro, Edições Graal, 1999a. 176p. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999b. 269p.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber. v. IV**. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 464p.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política**. Tradução de Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 392p.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 2005. 320p.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Tradução de Eduardo Brandao. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 590p.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)**. Tradução de Márcio Alves da Fonseca. São Paulo: Martins Fontes, 2010a. 680p.

FOUCAULT, Michel. Crise da Medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, n. 18, p. 167-194, 2010b.

Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 16 mai. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2012. 432p.

FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France (1979-1980)**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2014a. 376p.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2014b. 80p.

FOUCAULT, Michel. **Subjetividade e verdade: curso no Collège de France (1980-1981)**. Tradução de Rosemary Costhek Abílio. São Paulo: Martins Fontes, 2016. 306p.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos I: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. 3ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2019. 404p.

FREITAS, Ana Carolina Machado; RECKZIEGEL, Juliana Beatriz. BARCELLOS, Rita de Cássia. Empoderamento e autonomia em saúde mental: o guia GAM como ferramenta de cuidado. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 42, n. 2, jul./dez., p. 149-156, 2016. DOI: <http://doi.org/10.5902/2236583421058>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/21058>. Acesso em: 15 fev. 2022.

FREITAS, Cristiane Davina Redin; REUTER, Bruna. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, e200172, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902021200172>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RvKpsSCr3GtjKcTpFfztq3j/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GARCIA, Emily. Poder Psiquiátrico em Foucault: o Caso Damião Ximenes. **Revista Filogênese**, Marília, São Paulo, v. 9, p. 1-12, 2016. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/7_emily_garcia.pdf. Acesso em: 25 ago. 2022.

GEWEHR, Rodrigo Barros; BAÊTA, Jéssica; GOMES, Emanuelle; TAVARES, Raphael. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicologia USP**, v. 28, n. 1, p. 33-43, 2017. DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-656420150092>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/fvdhN9Pz9GhfnbNFLnF8Pbs/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?lang=pt#>. Acesso em: 13 fev. 2022.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 320p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pelotas, RS. 2020**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/pelotas.html>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ILICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 164p.

KANTORSKI, Luciane Prado; MACHADO, Roberta Antunes; ALVES, Poliana Farias; PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; BORGES, Luana Ribeiro. Ouvidores de vozes: características e relações com as vozes. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. esp., e188430, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i0.14119>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/14119>. Acesso em: 15 fev. 2022.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario; SALAMINA, Giuseppe; ALONZI, Claudia; TARANTINO, Chiara; WÜNSCH, Carla Gabriela. Diálogo aberto: pontos críticos da implementação no cuidado à crise psicótica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n.1, e190642, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190642>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2020.v29n1/e190642/pt>. Acesso em: 07 jan. 2022.

LEMONS, Flavia Cristina Silveira; DOLORES, Galindo; RODRIGUES, Renata Vilela; FERREIRA, Evelyn Tarcilda Almeida. Resistências frente à medicalização da existência. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 158-164, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5567>. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5567>. Acesso em: 10 jul. 2022.

LIMA JÚNIOR, Eduardo Brandão; DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago; DOS SANTOS, Adriana Cristina Omena; SCHNEKENBERG, Guilherme Fernando. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 44, p. 36- 51, 2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MACIEL JÚNIOR, Auterives. Resistência e prática de si em Foucault. **Trivium**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 01-08, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912014000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2022.

MENDONÇA, Joana Paula Pugliese de; ORNELLAS, Barbara Santos. Práticas possíveis no contexto da pandemia: a educação física no CAPS Eduardo Saback trabalhando com a comunidade. *In*: SILVA, Fabio José Antônio. **Cogito ergo "SUS": relatos de experiências de profissionais de educação física no SUS**. Campina Grande: Amplla, 2021. p. 177-184. Disponível em: https://web.archive.org/web/20210626022916id_/https://ampllaeditora.com.br/boo

ks/ 2021/06/CogitoErgoSUS.pdf#page=177. Acesso em: 14 mar. 2022.

MIRANDA, Geane Uliana; VIEIRA, Carolina Rocha. Integrative and Complementary Practices as a possibility of mental health care. **Health Sciences**, v. 10, n. 10, e368101018917, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18917>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18917>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; DOS SANTOS, Deivisson Vianna Dantas; STEFANELLO, Sabrina; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; DE ANDRADE, Paula Milward; BORGES, Luana Ribeiro. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013e>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XbYg7jh4vgsRRhcFSt3pFCP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* **Gestão autônoma da medicação: guia de apoio a moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. 44p. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-esaudemental-interfaces>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PASSOS, Eduardo; CARVALHO, Silvia Vasconcelos; MAGGI, Paula Milward de Andrade. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 7, n. 2, p. 269-278, 2012. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Passos,_Eduardo%3B_Carvalho,_Silvia_Vasconcelos_&_Maggi,_Paula_Milward_de_Andrade.pdf. Acesso em: 26 jun. 2022.

PASSOS, Eduardo; *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 24-38, ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2022.

PFEFFERBAUM; Beth; NORTH, Carol. Mental Health and the Covid-19. **The New England Journal of Medicine**, v. 386, n. 6, p. 510-512, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2008017?articleTools=true>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PORTELA, Dariane Lima. **A relação entre a medicalização, a governamentalidade e os movimentos de resistências e contracondutas**. Pelotas, 2019. 355p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, 2019. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2021/09/Dissertacao-Dariane-Lima-Portela.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

PUCCI, Vanessa Rodrigues; MACHADO, Roberta Antunes; CARDANO, Mario; KANTORSKI, Luciane Prado; WEILLER, Teresinha Heck. Técnica da entrevista discursiva em pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, e97, p. 1-21, 2020.

DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769241680>. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41680>. Acesso em: 12 fev. 2022.

ROSA, Elisa Zaneratto; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; AVARCA, Camila Aleixo de Campos; SERENO, Deborah. Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. **Revista Polis Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 76- 98, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103447>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2020000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2022.

ROSE, Nikolas. Beyond medicalisation. **Lancet**, v. 369, n. 9562, p. 700-702, 2007.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5). Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60319-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60319-5/fulltext). Acesso em: 20 mar. 2019.

SANTOS, Ronivaldo de Oliveira Rego. A experiência trágica da loucura em Nietzsche e Foucault. **Revista Mosaico**, v. 14, p. 61-70, 2021.

DOI: <https://doi.org/10.18224/mos.v14i2.8896>. Disponível em:

<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/8896>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SILVEIRA; Marília; MORAES, Marcia. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em Saúde Mental. **Eco**, v. 8, n. 1, p. 14-24, 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. Disponível em:

<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078/1538>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SOARES, Janaína; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; GOMES, Natália de Magalhães Ribeiro; SILVEIRA, Belisa Vieira; PILLON, Sandra Cristina; PEREIRA, Maria Odete. O consumo de substâncias psicoativas na pandemia de Covid-19. In: ESPERIDIÃO, Elisabeth; SAIDEL, Maria Giovana Borges (Org.). **Enfermagem e Pandemias 4: Enfermagem em saúde mental e COVID-19**. Brasília, DF: ABEn, 2020. p. 37-44. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e04.c05>. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e4-saudemental-cap5.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SZCZEŚNIAK, Dorota; GŁADKA, Anna; MISIAK, Błażej; CYRAN, Agnieszka; Rymaszewska, Joanna. The SARS-CoV-2 and mental health: from biological mechanisms to social consequences. **Progress Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 104, p. 110046, 2021.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32730915/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68499>. Acesso em: 12 mar. 2022.

VINCI, Christian Fernando Ribeiro Guimarães. A problematização e as pesquisas educacionais: sobre um gesto analítico foucaultiano. **Filosofia e Educação**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 195–219, 2015. DOI: <https://doi.org/10.20396/rfe.v7i2.8637554>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8637554>. Acesso em: 9 dez. 2022.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. 421p.

WILLRICH, Janaína Quinzen. **A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação**. 2016. 327p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2016. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2017/03/TESE-Jana%C3%ADna-Quinzen-Willrich.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amâncio. The concept of medicalization in Michel Foucault in the 1970s. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RppPWrdJ5vHjwCf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

YANG, Juan; *et al.* Disease burden and clinical severity of the first pandemic wave of COVID-19. **Nature Communications**, Wuhan, China, v. 11, p. 5411, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19238-2>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19238-2>. Acesso em: 15 fev. 2022.

Apêndices

Apêndice A – Roteiro com questões disparadoras

1) Apresentação

- Me conte um pouco sobre você.
- Como você quer ser identificado (a) no decorrer da pesquisa?

2) Saúde Mental

- Em que momento da sua vida, você buscou um serviço de atendimento em saúde mental e por quê?
- Você recebeu um diagnóstico? Qual?
- O que o diagnóstico psiquiátrico trouxe para a sua vida?
- Atualmente você faz uso de medicamentos psiquiátricos? Me conte um pouco sobre essa experiência.
- Você está em acompanhamento em algum serviço de saúde? Participou/participa da escolha do tratamento?
- Você utiliza outras estratégias de cuidado além da medicação?

3) Pandemia de Covid-19

- Como você se sente/sentiu emocionalmente durante a pandemia de Covid-19?
- Durante a pandemia, você teve alguma mudança em relação aos medicamentos que utiliza (se utiliza algum)?
- Você percebeu mudanças em relação a sua saúde mental durante a pandemia? De que forma você lidou com isso?
- Quem foi (ou quais foram) suas redes de apoio emocionais durante a pandemia?
- Quais estratégias de cuidado você utilizou na pandemia?

- O que o medicamento psiquiátrico significou para você durante o período da pandemia de Covid-19?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisadores responsáveis: Dr^a Janaína Quinzen Willrich e Me. Dariane Lima Portela

Olá, por meio deste termo viemos apresentar-lhe a pesquisa que tem como título: Medicalização, biopolítica e subjetivação: intercessões entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19.

Essa pesquisa tem como objetivo problematizar a respeito da interferência medicalização nos processos de subjetivação de pessoas que tenham vivenciado a experiência grupal da Gestão Autônoma da Medicação. Bem como pretendemos discutir a respeito de práticas de cuidado colocadas em prática durante a pandemia de Covid-19. A pesquisa se dará por meio de uma entrevista e do empréstimo do seu guia GAM para a pesquisadora fazer uma cópia para posterior análise.

A pesquisa não irá acarretar riscos físicos, pois não irá coletar material biológico, porém poderá gerar possíveis desconfortos emocionais durante a entrevista. Os riscos serão minimizados a partir da escuta terapêutica, acompanhamento e se necessário o participante poderá se retirar da pesquisa, sem prejuízos. Em relação aos benefícios para os participantes espera-se poder constituir um espaço de produção da autonomia, protagonismo e troca de experiências. A pesquisa se dará a partir de uma análise documental de guias da Gestão Autônoma da Medicação e entrevista discursiva.

Esta pesquisa está embasada nos princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Bem como na resolução 510/2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Serão respeitados igualmente os preceitos contidos no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, principalmente os capítulos I e II sobre os direitos e deveres, e também o capítulo III que dispõe sobre as proibições, atentando aos artigos 94 e 98 (COFEN, 2017). O aceite dos usuários em participar do grupo se dará por meio da assinatura do presente termo, o qual será assinado em duas vias, pelo usuário e pesquisador ficando uma via com cada uma das partes.

Desse modo, viemos convidá-lo para ser participante de nossa pesquisa, em que será garantido o seu anonimato, a preservação de sua identidade, e a identificação da forma como você escolher. A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa; a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo algum.

Afirmo que fui pelo presente consentimento, devidamente informado e esclarecido, aceitando participar dessa pesquisa. Concedo assim à autora da pesquisa o direito de expressar as informações aqui obtidas.

Participante

Dariane Lima Portela

Apêndice C – Roteiro para análise documental

Análise Guia da Gestão Autônoma da Medicação

Em virtude de o Guia GAM se organizar em duas partes, em que na primeira parte, se divide em quatro passos, e na segunda parte, em dois passos. Iremos constituir esse roteiro de forma a analisar pontos centrais em cada um desses passos, conforme descrito a seguir.

PASSO 1 – Apresentação.

PASSO 2 – Rotina, dia a dia, hobbies, diagnóstico e prescrições.

PASSO 3 – Rede de apoio, direitos e deveres.

PASSO 4 – Medicamentos.

PASSO 5 – Protagonismo, terapêutica.

PASSO 6 – Planejamentos

II Relatório de campo

O presente trabalho foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O doutorado teve início no mês de março de 2020, com uma duração máxima prevista de 48 meses. O projeto de tese foi desenvolvido a partir de uma temática já trabalhada anteriormente e que surgiu por meio do projeto intitulado "Gestão Autônoma da Medicação: produção dos saberes, práticas e sujeitos". Esse projeto surgiu a partir da necessidade e possibilidade de inserir a temática da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um CAPS tipo II na cidade de Pelotas-RS, viabilizado pela parceria entre a universidade e o referido serviço.

Sob a coordenação da Prof^a Dr.^a Janaína Quinzen Willrich o projeto desempenhou atividades grupais onde foi operacionalizado a execução do Guia GAM-BR, isso ocorreu no período de 2018 a 2019 foi um grupo executado quinzenalmente com o apoio e participação dos profissionais do serviço e de usuários que foram convidados a participar do grupo. Este foi o meu primeiro contato com a estratégia GAM, quando por meio da minha orientadora fiquei sabendo que existia essa nova abordagem em Saúde Mental, e me convidou para pensarmos sobre isso e participarmos da operacionalização desse grupo na cidade de Pelotas.

Confesso que inicialmente fiquei receosa por não conhecer nada a respeito, mas logo em seguida comecei a me aproximar de estudos e dos próprios conceitos do guia e entender que se tratava de uma ferramenta riquíssima e que poderia potencializar a autonomia e a troca de experiência aos usuários dos serviços de saúde mental. Compreender os princípios e diretrizes da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) me permitiu entender aspectos fundamentais para o cuidado em liberdade em concordância com a reabilitação psicossocial. Para aprofundar meu conhecimento sobre a GAM, ouvi a história de Celine Cyr, uma entusiasta canadense (usuária e profissional) que lutou e luta pela implementação da GAM em seu país e por sua divulgação em congressos e universidades no mundo. Durante a execução dos encontros grupais da GAM que fizemos no serviço em Pelotas, muitas vezes me questioneei sobre o tipo de abordagem que deveríamos seguir. Idealmente, pensava que precisávamos preencher o guia de forma contínua e que os grupos

deveriam seguir um cronograma previamente pensado e organizado. No entanto, a realidade foi diferente. O grupo foi excelente, acima das minhas expectativas e das minhas estratégias de organização, o grupo me desorganizou, me tirou de um lugar e me levou a pensar e refletir criticamente sobre a GAM. A defesa da dissertação ocorreu e logo em seguida fiz a seleção para o doutorado.

O doutorado coincidiu com um momento bastante complexo da minha vida, primeiro pois na seleção para o doutorado eu estava grávida próximo da data de ter a minha filha, a qual nascera em 02 de março de 2020, e em 11 de março do mesmo ano foi decretado o estado de emergência global, a pandemia causada pelo novo coronavírus, que ficou conhecida como Pandemia de Covid 19. Dava início então o momento mais desafiador que já vivenciei, um puerpério na pandemia. Foram dias, semanas, meses intermináveis, todos em isolamento social, sem poder sair de casa, vivendo um estado de medo constante, sem ver familiares, e agravado pelo fato de meu esposo atuar na área da saúde, ou seja, um risco constante de contaminação, e por termos um bebê pequeno em casa. Isso se intensificou de tal forma que o meu puerpério foi intenso e sofrido, precisando recorrer a ajuda de profissionais especializados para melhor enfrentar os momentos difíceis que tive.

Quando chegaram as primeiras vacinas, no início de 2021 houve uma esperança, uma luz no fim do túnel de que as coisas poderiam melhorar. No entanto, no final de maio do mesmo ano, tivemos nossa primeira contaminação, inicialmente parecia ser algo que se desenvolveria de forma leve, todavia meu marido começou a apresentar sinais de agravamento, precisando de uma internação. Foi o momento mais tenso que já vivenciei, eu sozinha com a minha filha em casa, nós duas contaminadas e tendo febre e crises de tosse, e meu marido internado, em isolamento com escassas possibilidades de comunicação. Infelizmente seu quadro ainda piorou, necessitando ser internado em uma UTI e posteriormente sendo colocado em ventilação mecânica.

Sinceramente até hoje penso e reflito que não sei como consegui enfrentar tudo que vivemos, acredito que a minha filha tenha me dado força, e por ela eu tenha passado por esses momentos e conseguido me manter forte e com estabilidade emocional para gerir tudo que veio pela frente, uma transferência de hospital para meu esposo, um transporte aéreo, um deslocamento meu e da minha filha para outra cidade. Esse relato inclusive pode soar como presunçoso, pois tantos familiares perderam seus entes queridos durante a pandemia, sem notícias

adequadas, sem acesso, sem vacina, sem internações, sem oxigênio, com um governo tirânico; e o meu familiar teve acesso, sobreviveu e voltou para casa. Outrossim essas situações mexeram imensamente com o meu psicológico e foi extremamente desafiador viver a maternidade, o puerpério, a pandemia e o doutorado.

Nos primeiros dois anos do doutorado tive acesso à bolsa da CAPES, o que me oportunizou ficar somente me dedicando às leituras, escritas e as aulas, que ocorriam de forma remota. Quando a situação da pandemia estava um pouco mais “controlada” participei de uma seleção para professor substituto do departamento de atenção hospitalar da Faculdade de Enfermagem da UFPel, e fui chamada para desempenhar a função. Foi um período de um ano e cinco meses de muito aprendizado, vivências, compartilhamento de experiências o qual tenho muito carinho e apreço. Logo em seguida fui chamada na Prefeitura Municipal de Pelotas, referente ao concurso que havia feito em 2019, onde exerci a função de enfermeira na Rede de Atenção à Saúde Materno Infanto Juvenil (REMI) de outubro de 2022 até final de janeiro de 2024, e atualmente lotada no Departamento de Atenção Primária (DAP), atuando como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia em Saúde da Família (ESF).

Desde que fui chamada na prefeitura coloquei a minha bolsa à disposição por determinações da CAPES. Quando em julho de 2023 foi publicada a Portaria nº 133, a qual regulamenta o acúmulo de bolsas de mestrado, doutorado e pós-doutorado concedidas pela CAPES no País com atividade remunerada ou outros rendimentos. Assim, ocorreu a possibilidade, de no Programa de Pós-Graduação que estou inserida, participar de uma seleção para uma bolsa pelo período de 4 meses, mesmo desenvolvendo algum tipo de trabalho remunerado, concorri e fui aprovada.

Cabe destacar que o doutorado e as disciplinas cursadas nesse período, embora muitas tenham sido reaproveitadas do mestrado, as que foram obrigatórias eram virtuais, desse modo a minha turma não criou uma relação ou vínculo porque muitos não se conheciam, e os que possuíam algum vínculo era em função de termos feito mestrado juntos. Acho que foi um ponto que tornou também esse período solitário pois pouco nos encontramos e poucos nos vimos, salvo os encontros pelas telas dos computadores.

Mesmo assim as possibilidades de construção do projeto de tese foi crescendo, me aproximando do referencial e de aulas e disciplinas que pudessem

colaborar na minha trajetória. Principalmente por se tratar de trabalhar com um referencial teórico da filosofia, precisei buscar disciplinas em outros programas com vistas a colaborar nas minhas discussões e bagagem teórica.

A qualificação do projeto de tese foi realizada no dia 24 de novembro de 2022, de forma remota em virtude das restrições da Pandemia de Covid 19, pois embora estivéssemos vivendo em um período bastante controlado e com diminuição de casos graves e óbitos em virtude da doença, somente em 05 de maio de 2023 foi declarado o Fim da Pandemia de Covid 19, pela OMS.

Logo após as correções sugeridas pela banca, foi enviado o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa em 11 de dezembro de 2022 e teve seu parecer liberado em 19 de dezembro de 2022 sob CAAE número: 65960122.1.0000.5316. A partir do momento da aprovação, iniciamos uma extensa jornada que envolveu a coleta de dados. É importante ressaltar que a etapa de coleta de dados foi um momento desafiador e valioso para esta pesquisa, por diversos motivos.

O primeiro contato para iniciar a coleta de dados foi com os participantes do grupo GAM ocorrido em Pelotas, com os quais eu havia convivido naquele período e que gostaria de convidar pois havia sido um grupo produtivo e com muitas reflexões e trocas de experiências. O primeiro participante contatado foi um que havia recebido alta do CAPS em Pelotas e havia se mudado para a cidade da sua família. Combinamos a entrevista e fui até a casa da mãe dele, onde ele estava residindo, para conversarmos. Em seguida consegui contato com três participantes que ainda estavam vinculados ao CAPS em Pelotas e agendamos suas entrevistas no CAPS mesmo, pois ficava melhor em virtude de suas saídas para irem ao serviço. Ainda vinculados ao grupo GAM, contatei uma participante, que embora participasse ainda das atividades do CAPS pediu para que fizéssemos sua entrevista na casa de sua mãe. Foram cinco entrevistas então, já previamente conhecidas por mim e ex-participantes do grupo GAM vinculado a minha dissertação.

Posto essa etapa vivenciei momentos de bastante dificuldade, pois não havia mais pessoas que eu pudesse convidar e que respeitassem os critérios de inclusão desta tese. Fiquei durante um tempo tentando contato com colegas e pessoas conhecidas, da área da saúde mental, para que pudessem indicar alguém, caso conhecessem uma pessoa que se encaixasse nos critérios. Foi assim que lendo alguns artigos no decorrer da escrita, me deparei com um artigo escrito por um grupo de pesquisadores da cidade de Santa Maria - RS , tinha um e-mail disponível

no artigo, entrei em contato e obtive um retorno por *WhatsApp*. Tratava-se da professora Ana Luiza Ferrer, docente da UFSM, que me convidava a conhecer o grupo condutor de práticas GAM em Santa Maria, que segundo informação dela, estava em atuação desde 2017. Combinamos uma data e fui até o grupo para conhecê-los. Preciso fazer um parêntesis neste relato para explicar que sou natural de Cruz Alta e morei em Santa Maria de 2016 a 2019, e que Santa Maria é uma das cidades que mais tenho carinho e saudades. Voltar em Santa Maria foi como aquecer o meu coração, me encher de esperança e de forças, de que seria possível encontrar naquele grupo, os cinco participantes que ainda faltavam para compor a minha pesquisa.

Depois do encontro saí de lá com vários contatos de *WhatsApp* de possíveis participantes, além de ter feito o convite aos que estavam participando da reunião. Dentre os contatos que fui fazendo e desenvolvendo com o passar dos dias foi possível concretizar somente três entrevistas, e isso demandou bastante tempo. Pois, como as entrevistas ocorreram de forma remota, por solicitação dos participantes, frequentemente ocorria algum imprevisto que demandava a necessidade de remarcarmos.

Dessa forma foram realizadas oito entrevistas discursivas no período de praticamente um ano. Não foram entrevistas fáceis pois precisei me “construir e desconstruir” em diversos momentos e inúmeras vezes, tendo em vista a complexidade da entrevista proposta.

Entendo que desenvolver uma entrevista discursiva com pessoas que possuem histórias de sofrimento mental pode ser um desafio. Houve no decorrer das entrevistas dificuldade em desenvolver um assunto, pois alguns participantes não conseguiam falar abertamente a respeito de um tema. Isso me fez refletir em muitos momentos, e respeitei o silêncio deles, e meu, durante as entrevistas. Acredito que existam uma série de fatores relacionados a isso, incluindo a natureza do sofrimento mental, a falta de vínculo com o entrevistador ou a falta de habilidade em se expressar verbalmente.

É importante lembrar que a entrevista discursiva é uma técnica que busca compreender a perspectiva do entrevistado sobre um determinado tema, e que, portanto, é necessário que o entrevistador faça perguntas abertas e estimule o entrevistado a falar mais a respeito do assunto. No entanto, é preciso ter em mente que cada pessoa é única e que pode ser necessário adaptar a técnica de acordo

com as necessidades individuais, como ocorreu no decorrer do tempo, precisei em muitos momentos, explicar mais de uma vez a pergunta feita, ou até mesmo reformular o que havia previamente roteirizado a fim de que o participante compreendesse e pudesse se expressar.

Eu gostaria aqui de poder inserir imagens visuais que tenho até hoje das entrevistas realizadas, foram momentos tão valiosos, sobre os quais pude refletir muito sobre o objeto da pesquisa, mas também sobre as caminhadas individuais que cada participante desenvolveu até chegar a aquele momento da entrevista e poder falar abertamente sobre suas vidas. Como forma de respeito e homenagem, insiro aqui os materiais visuais que recebi no decorrer das entrevistas, se trata de fotos, e escritos dos participantes, que solicitaram que incluíssem seu material na pesquisa, e que se sentiram felizes por poder de alguma forma contribuir com a sociedade.

Na Figura 1 e 5 visualizamos uma mensagem de saudação, e um texto resposta, respectivamente, enviados pela participante Elisabeth, de Santa Maria - RS, que segundo ela criou o primeiro texto como forma de animar as pessoas que estão recebendo o seu Guia GAM e o segundo como resposta ao questionamento “O que você vê na GAM?”, para um post na rede social Instagram. Preciso dizer que a entrevista da Elisabeth foi a última que realizei, eu já vinha de um processo de exaustão misturado com um pouco de desânimo. Sua entrevista foi de forma virtual, em virtude da distância, pois ela é moradora do município de Santa Maria - RS e se sentiu confortável em realizar de forma remota pois referiu que está bastante habituada a esse tipo de participação.

Foi uma entrevista bastante calorosa, feliz e afetuosa. Eu não havia conhecido pessoalmente a Elisabeth na ocasião em que estive em Santa Maria visitando o grupo GAM como mencionei acima, ela foi um contato que me foi passado pela professora Ana Luiza. Estar conversando com a Elisabeth sobre essas questões que nos são tão caras, me fez pensar, repensar e refletir muito sobre a GAM, ela me motivou, me encheu de alegria e felicidade por perceber que existem pessoas que utilizam essa ferramenta, e que são felizes por terem entrado em contato com a mesma. Poderia dizer que saí da entrevista pensando que a GAM é uma potência do existir. Os princípios da GAM foram todos debatidos por ela durante a entrevista, mesmo sem citá-los diretamente - cogestão, autonomia e protagonismo - estavam lá, na alegria e na fala de Elisabeth.

Na Figura 2 temos a fotografia do participante Flávio, que pediu para ser fotografado e que sua imagem estivesse contida nesta tese. Já havia conhecido o Flávio anteriormente, na vigência do grupo GAM ocorrido anteriormente no CAPS como já referi durante essa escrita. Conversar com o Flávio é ser teletransportado ao seu universo, as suas vivências, suas internações em hospitais psiquiátricos, e visualizar as mudanças ocorridas por meio da conquista que foi o cuidado em liberdade. O Flávio trouxe falas importantes e extremamente reflexivas a esse estudo, uma entrevista longa, repleta de histórias, por meio das quais visualiza-se um sujeito que passou por diversas situações e que hoje motiva seus demais através da música e de suas participações nas atividades da rede de atenção psicossocial.

Nas Figuras 3, 4 e 6 temos um material que nos foi enviado pelo participante Gilmar, de Santa Maria-RS. Conheci o Gilmar dia 10 de agosto de 2023, quando fui na cidade de Santa Maria- RS participar de uma reunião do grupo condutor GAM - centro/RS. Quando cheguei no local da referida reunião era em um prédio da universidade federal, pedi algumas orientações ao porteiro que não soube me informar muito, no entanto o Gilmar estava também por ali, ao ouvir a conversa prontamente me auxiliou a encontrar a sala e foi muito receptivo e acolhedor naquele momento em que eu estava chegando em um local desconhecido.

Oi, oi oiê ...

Parabéns! Tu acabas de receber a chave para a mudança da tua vida.

Sim, estás iniciando uma nova jornada. Só precisas fazer uma leitura calma, reflexiva e aceitar o convite para um convívio social e harmônico com outros leitores (pacientes/usuários), bem como profissionais da saúde e afins, família, sociedade. Tua vida será mais leve e tu mais empoderado. Quando menos perceberes, vais sentir a confiança, o carinho e a interação dessa Rede de Apoio contigo.

Assim como tu, outros pacientes/usuários receberam este Guia . que traz outras possibilidades de lidar com problemas, medicação, posologia e medicamentos adequados, relacionamento consigo mesmo, com os profissionais, familiares, comunidade, com todos os outros.

Mas lembre-se, é necessário que essa leitura seja lenta, compassada e com emoção. Entre a razão e o coração. Só assim tu perceberás que os teus colegas desse infortúnio, os profissionais, os funcionários são amigos incomum, bem como o direito a fala e escuta tem um valor igual e imensurável para todos e cada um.

Então, bora lá?

Dê o primeiro passo para ser, junto com a Rede de Apoio, agente de tua própria mudança.

Elisabeth Lopes

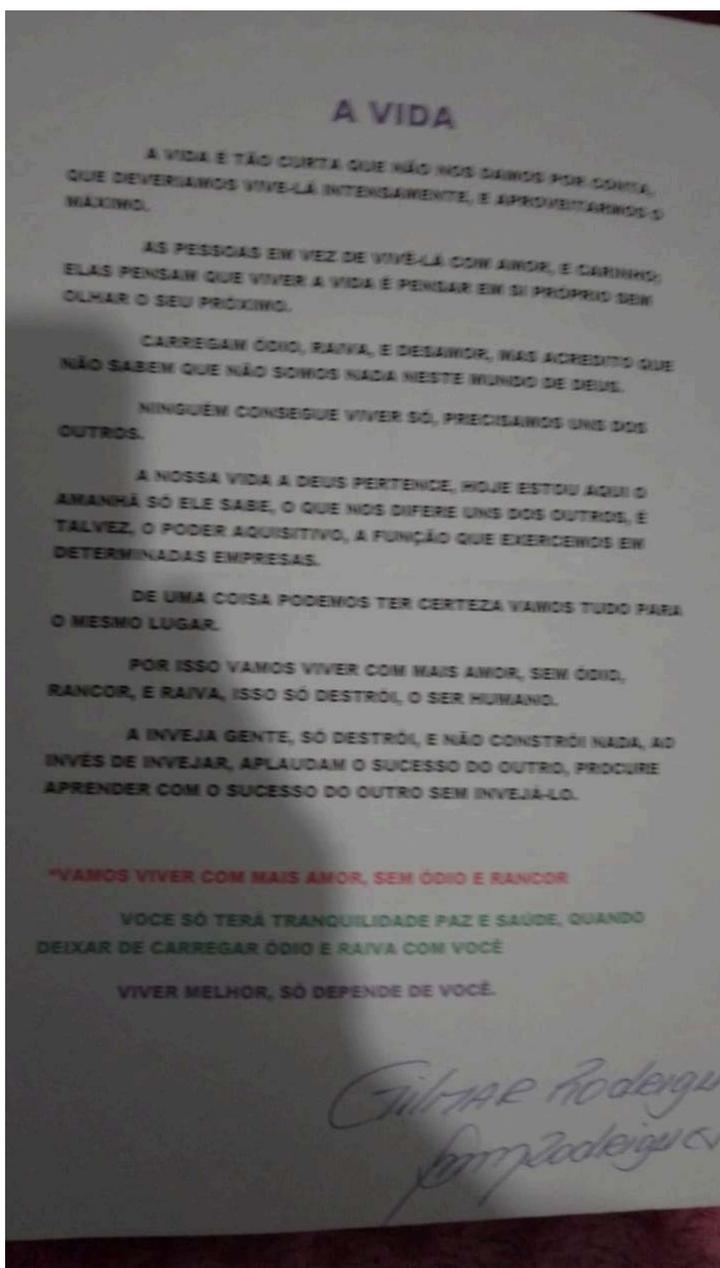
Fonte: Autora (2023).

Figura 2 - Fotografia do participante Flávio (Cazuza) - Pelotas-RS



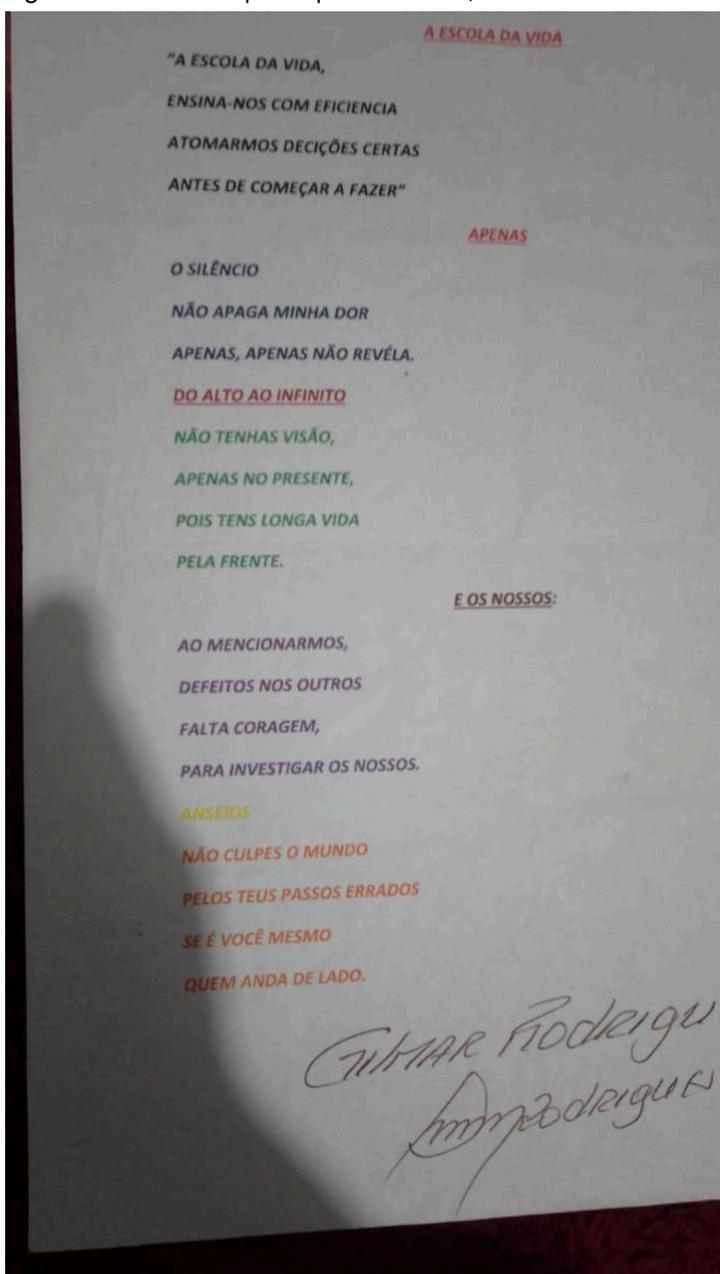
Fonte: Autora (2023).

Figura 3 - Texto "A vida", participante Gilmar, Santa Maria - RS



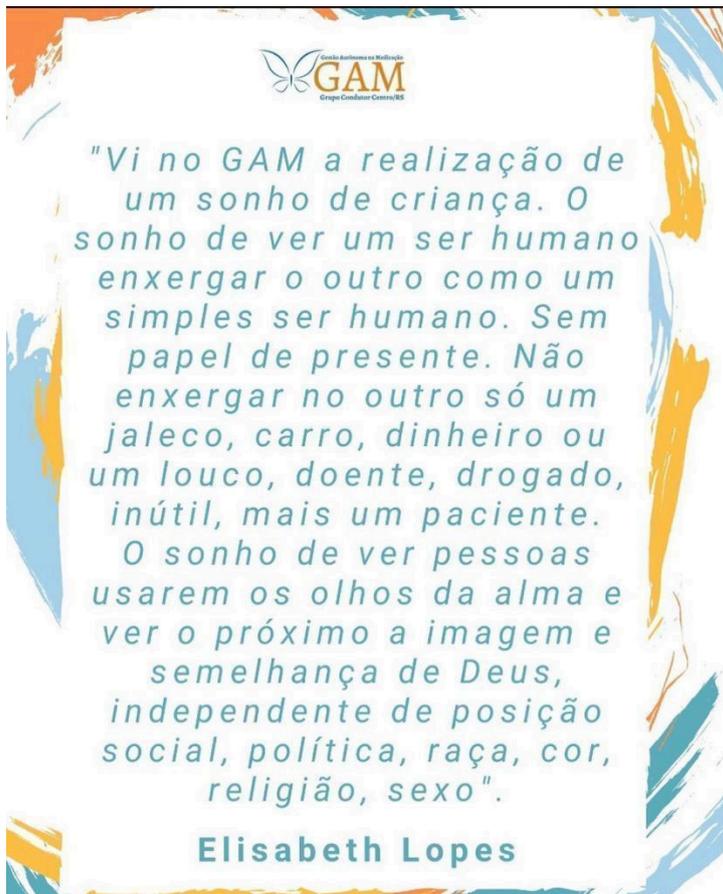
Fonte: Autora (2023).

Figura 4 - Poemas : participante Gilmar, Santa Maria - RS



Fonte: Autora (2023).

Figura 5 - Resposta: participante Elisabeth - Santa Maria-RS, enviado em 2023



Fonte: Autora (2023).

Figura 6 - Poemas: participante Gilmar, Santa Maria - RS

12 11

O Teu Aniversário

HOJE É TEU ANIVERSÁRIO
 VENHO TRAZER. TE MINHAS PALAVRAS
 TÃO BREVES E SINGELAS
 PORÉM SIGNIFICATIVAS
 AO NÍVEL DE SUA MAGNIFICÊNCIA

SE BEM OBSCURECI MINHAS PALAVRAS
 VERAS QUE SÃO PRIMITIVAS
 POR TANTO, NADA COMPREI PARA DAR-TE
 PORQUE O MEU PRESENTE
 É O QUE TENHO DE MAIS AUTÊNTICO:
 — A MINHA AMIZADE.

FACAMO-NOS AMIGOS
 PELOS CARINHOS E ENCONTROS DA VIDA
 E DO QUE NELA FIZEMOS
 É A NOSSA CÍTIMA
 NÃO TEM PREÇO NA SOCIEDADE
 POR TANTO DEVEREMOS MANTER
 O VALOR DA NOSSA AFINIDADE.

PRESENTES SÃO OBJETOS
 PARA USO OU ATIVIDADES
 QUE TÊM NA SELA UMA PREÇO
 E NENHUMA MOEDA DO MUNDO
 PAGARIA O VALOR DE PALAVRAS NATURAIS
 ABUNDANTEMENTE SINGELAS
 TRANSMITIDAS POR UM AMIGO LEVANDO
 DESSEJANDO-TE MUITAS FELICIDADES

Fonte: Autora (2023).

Com essas lembranças me aproximo do final deste relatório de campo e reitero, com uma passagem do livro: O nascimento da biopolítica, de Michel Foucault, os motivos que nos fazem refletir e problematizar a respeito dessa temática tão importante.

Quer se trate da loucura, quer se trate da constituição dessa categoria, desse quase objeto natural que é a doença mental, quer se trate também da organização de uma medicina clínica, quer se trate da integração dos mecanismos e das tecnologias disciplinares no interior do sistema penal, seja como for tudo isso sempre foi a identificação da estatização progressiva, certamente fragmentada, mas contínua, de certo número de práticas, de maneiras de fazer e, se quiserem, de governamentalidades (Foucault, 2008, p. 105).

Sendo assim, ter vivenciado esse processo de doutoramento durante 4 anos me fez tomar algumas questões sobre outra perspectiva, a partir das lentes de Michel Foucault que, embora com sua escrita densa e complexa, me ensinou muito sobre estratégias e práticas de governo. Inclusive a própria GAM, pode ser considerada como uma prática de governo, mesmo que em minha dissertação eu tenha refletido sobre as possibilidades de contracondutas e resistências, e por vezes tenha considerado a reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade como tal, hoje me sinto amadurecida para compreender que se trata também de governamentalidade.

Portanto é por outra via que problematizamos a GAM neste manuscrito, a partir da ideia de que ao entendermos a medicalização, como uma estratégia biopolítica precisamos problematizar a respeito de como se deu/se dá o processo de subjetivação em pessoas que vivenciaram a GAM. De que forma eles visualizam essa estratégia? Como se constituem a partir dela? Como a enfrentam (se a enfrentam). Foram esses questionamentos que impulsionaram a realização desta pesquisa, e que me movem enquanto uma pesquisadora em formação.

III Artigos

*Artigo a ser submetido na Revista Enfermagem UERJ

Artigo I: A medicalização na pandemia de Covid-19: estratégias biopolíticas de governo e controle da psiquiatria

Resumo

Objetivo: Problematizar a medicalização enquanto estratégia biopolítica de governo da psiquiatria no contexto da pandemia de Covid-19. **Metodologia:** Pesquisa de uma abordagem qualitativa, utilizando análise documental e entrevista discursiva como ferramenta de coleta de dados. **Resultados:** Os resultados foram organizados em duas categorias: "Até hoje eu não consigo voltar a ser aquela mesma pessoa" e "Eu tenho uma doença, eu sou desenganado, né?". Na primeira, observou-se que no período da pandemia de Covid-19 a captura do poder psiquiátrico intensificou a internalização de normas e práticas corroborando a influência dos sistemas psiquiátricos sobre os sujeitos. Na categoria seguinte, verificou-se a complexidade do governo da psiquiatria na sociedade, que por meio da atribuição de diagnósticos e prescrição indiscriminada de psicofármacos exercem controle sobre as subjetividades. **Considerações Finais:** O alcance do governo da psiquiatria expandiu-se durante a pandemia, as instituições assumiram um papel proeminente na regulação e controle da saúde mental da população.

Descritores: Pandemias; Covid 19; Saúde Mental; Medicalização.

Descriptors: Pandemics; Covid-19; Mental Health; Medicalization.

Descriptores: Pandemias; Covid-19; Salud mental; Medicalización.

Introdução

Períodos pandêmicos de modo geral influenciam demasiadamente no que tange a saúde mental dos indivíduos. Isso em virtude de quarentenas massivas, sem possibilidade de término, o afastamento de pessoas e atividades rotineiras, bem como o medo do contágio e adoecimentos. Entende-se que é importante e necessário que nesses períodos, seja instaurado o isolamento social com vistas à proteção de nossa saúde física. No entanto em relação à saúde mental, quanto mais tempo vivemos isolados, mais temos tendência de desenvolver sofrimentos ou agravamentos de situações pré-existentes (Afonso, 2020).

O sofrimento psíquico pode ocorrer quando estamos diante de mudanças de hábitos e incertezas em relação ao futuro. É importante que na ocorrência de uma

situação assim, seja realizado uma abordagem cuidadosa e respeitosa, tendo em vista a crescente medicalização tão comum em nossos dias. Outrossim, observa-se um agravamento de estados psicopatológicos e o aumento no consumo de álcool e outras drogas (Garrido; Rodrigues, 2020).

Entendemos por medicalização tudo aquilo que pode ser controlado por meio do uso de medicamentos psiquiátricos. Ou, como caracteriza Nikolas Rose (2007, p.1) é: “o processo por meio do qual a medicina invade as áreas da vida individual, quando um problema é criado ou anexado pelo aparelho da medicina”. Esse processo teve início no século XVIII e podemos considerar que é interior à biopolítica. Pois a partir do entendimento de que a biopolítica promove o controle sobre os corpos e é uma estratégia que tornou possível o ingresso do biológico no campo da política, a medicalização emerge como um dispositivo que age com o intuito de objetificar os sujeitos a partir de um saber legitimado (Foucault, 2001; Ignácio; Nardi 2007).

A psiquiatria tem historicamente exercido controle sobre os corpos, inicialmente por meio de práticas violentas e coercitivas. Atualmente, embora tais métodos ainda existam, assumem uma forma diferente, principalmente através do uso de medicamentos psiquiátricos. Nesse contexto, a psiquiatria clássica é vista como antiquada no que diz respeito ao seu modelo de governo. A partir de um movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 70, houve mudanças significativas na área da saúde mental, resultando em conquistas que permitiram o cuidado em liberdade. Dentre as novas abordagens em saúde mental, destaca-se a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma ferramenta que busca aprimorar o cuidado em liberdade.

A GAM é uma estratégia que surgiu em 1990 na província do Quebec e que foi proposta pela comunidade, os serviços alternativos em saúde mental. Se trata de uma estratégia pois intenciona a abertura de espaços. Com efeito, a GAM não se configura como um modelo a ser aplicado, mas sim como uma estratégia que, ao proporcionar espaços de expressão, atualiza seus fundamentos: o reconhecimento da dignidade da pessoa e o respeito aos seus direitos; a afirmação do direito de recusar o tratamento proposto sem renunciar ao cuidado; e a reivindicação de acesso a práticas alternativas em saúde mental (Caron; Feuerwerker, 2019). Em suma, ao passo que a medicalização promove o controle

dos corpos, inerente à biopolítica, a GAM, mesmo que também sendo parte das estratégias de governo, busca possibilitar aos indivíduos uma participação ativa em seus tratamentos e cuidados.

Os propósitos da biopolítica não se limitam apenas a intervir diretamente nos corpos individualmente, mas também visa alcançar um equilíbrio populacional com fins de vigilância (Barbosa *et al.* 2016). É o movimento pelo qual a vida biológica passa a ser objeto de consideração política. Ela é produzida e administrada, embora jamais seja completamente contida nos mecanismos que procuram controlá-la. A biopolítica não se restringe apenas à gestão do indivíduo em nível microscópico, mas visa, sobretudo, a administração e controle da população em escala macroscópica. Existe uma busca social por eficiência e governabilidade, as quais se apropriam da vida biológica, intervindo em áreas como saúde pública, natalidade e controle epidemiológico. Transcendendo a mera disciplina dos corpos individuais, orientando-se para uma gestão global da vida, visando à regulação da população em seus aspectos biológicos e sociais (Foucault, 2008).

Nesse contexto, a compreensão dos efeitos psicossociais dos períodos pandêmicos, a avaliação crítica da medicalização e a promoção de práticas como a GAM tornam-se essenciais para problematizar os desafios contemporâneos relacionados à saúde mental e à governança biopolítica.

Objetivos

Problematizar a medicalização enquanto estratégia biopolítica de governo da psiquiatria no contexto da pandemia de Covid-19.

Metodologia

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, utilizando análise documental e entrevista discursiva. Na etapa das entrevistas, cinco participantes foram selecionados com base em contatos prévios da pesquisadora com profissionais vinculados a um serviço especializado (CAPS tipo II) na cidade de Pelotas-RS. Esses participantes haviam integrado o grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) entre os anos de 2018 e 2019 nesse serviço.

Para dar continuidade às entrevistas, a pesquisadora estabeleceu contato com um grupo de pesquisadores e usuários da cidade de Santa Maria - RS. Inicialmente, a comunicação ocorreu via WhatsApp, e a pesquisadora delineou os objetivos de sua aproximação. Posteriormente, houve um encontro pessoalmente com esse grupo. Após o encontro presencial, a pesquisadora convidou potenciais participantes para as entrevistas, e três deles aceitaram o convite, coordenando detalhes individualmente.

Devido a limitações de deslocamento e a pedido dos entrevistados, as entrevistas com os residentes de Santa Maria foram conduzidas de forma virtual. Para garantir a integridade ética do processo, os mesmos critérios e princípios éticos adotados nas entrevistas presenciais foram mantidos, incluindo a obtenção remota e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O processo de coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e novembro de 2023. As entrevistas foram gravadas com um celular e posteriormente armazenadas no Google Drive, totalizando 70 páginas de conteúdo. Além disso, foi realizada uma análise documental detalhada das cópias dos cinco guias GAM referentes aos participantes do grupo ocorrido na cidade de Pelotas - RS.

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 65960122.1.0000.5316 e respeitou os princípios éticos delineados para pesquisas envolvendo seres humanos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Resolução nº 564/2017, as orientações estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016 e o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que dispõe de medidas a fim de preservar e proteger o estudo, o pesquisador e o participante (Brasil, 2016; COFEN, 2017; Brasil, 2021).

Resultados e Discussão

Constitui-se como corpus discursivo o conteúdo de 8 entrevistas discursivas com pessoas que conheceram a GAM antes da Pandemia de Covid 19, e a análise documental de guias da GAM de cinco desses participantes. O conteúdo apresentado neste estudo foi organizado em duas categorias, que serão descritas a seguir.

Quanto à identificação dos usuários, é importante ressaltar que o apagamento dos nomes das pessoas em saúde mental é um tema relevante e sensível. Quando

lidamos com questões de saúde mental, é crucial reconhecer a dignidade e a individualidade de cada pessoa. Muitas vezes, o uso inadequado ou a falta de respeito pelos nomes das pessoas com doenças mentais pode perpetuar estigmas e dificultar o acesso ao tratamento adequado. Ouvir atentamente, expressar empatia e evitar linguagem estigmatizante são passos essenciais para garantir que as pessoas se sintam valorizadas e respeitadas em sua jornada de saúde mental. É fundamental que profissionais de saúde, gestores e a sociedade em geral estejam cientes dessa questão e trabalhem para promover um ambiente de compreensão e apoio (Amarante; Nunes, 2018). Nesse sentido, durante as entrevistas foi perguntado a cada participante como gostaria de ser identificado no decorrer da pesquisa, e obteve-se as seguintes respostas:

Entrevistador: Como é que tu queres ser identificado no decorrer da pesquisa? (grifo do autor para identificar a pergunta disparadora)

André: Pode botar o meu nome mesmo.

Usuário do Caps Porto:Eu posso me identificar como usuário do Caps porto?

Epifânio: Pode ser meu nome mesmo, não tem como esconder.

E.S.: Pode ser as iniciais.

Flávio Cazuzza: Não, eu tenho o costume da rádio, como me chamam de Flávio Cazuzza, né?

Gilmar:Ah, pode usar meu nome, não tem problema nenhum.

Ronaldo: Pode botar meu nome.

Elisabeth: Não. Pode usar o meu próprio nome. Eu acho, assim, que a gente tem que assinar embaixo das coisas que faz, né?

Ao viabilizarmos que as pessoas sejam identificadas por seus nomes reais respeitamos sua autonomia. Elas têm o direito de serem reconhecidas como indivíduos com histórias, contextos e perspectivas próprias. A escolha de usar nomes reais permite que os participantes sejam atores ativos na pesquisa. E por fim, entende-se que cada pessoa possui uma história única e complexa. Utilizar nomes reais reconhece essa singularidade. Ao nomear os participantes, estamos afirmando que suas vozes e experiências são valiosas e não podem ser reduzidas a generalizações ou estereótipos. Em suma, o uso dos nomes reais nas pesquisas em saúde mental é uma prática ética que promove a humanização, o respeito à

individualidade e a valorização das vozes daqueles que compartilham suas vivências para o avanço do conhecimento.

Feito essa explicação, organizou-se as temáticas dos resultados em duas categorias, intituladas: "Até hoje eu não consigo voltar a ser aquela mesma pessoa" e "Eu tenho uma doença, eu sou desenganado, né?", inspiradas nas falas dos participantes deste estudo. As categorias de análise são delineadas por subtítulos que refletem as contribuições dos participantes da pesquisa ao longo de seu desenvolvimento, influenciando de maneira significativa tanto o conteúdo exposto quanto às discussões subsequentes.

Até hoje eu não consigo voltar a ser aquela mesma pessoa

Nesta categoria discorreremos acerca do reconhecimento dos participantes dessa pesquisa, quando foram provocados, na entrevista discursiva, a contarem à pesquisadora quem são ou falarem sobre suas vidas. Identificamos falas como as seguintes:

André: Bom, eu sou uma pessoa tranquila, assim, não tenho grandes expectativas, assim.

André: Sou uma pessoa **normal**.

Gilmar: Eu sou o Gilmar, eu moro em Santa Maria, né? Faz 13 anos que eu estou em Santa Maria, né? Vivi 30 anos em Porto Alegre, aí eu viuei em 2009, e vim embora pra cá. Em 2011, eu procurei o CAPS, que eu tava em **depressão, bipolaridade**, coisa, e tô até hoje no CAPS.

Usuário do Caps Porto: **Eu me trato aqui no Caps porto**, já faz bastante tempo, né?

Essa problematização inicial se faz necessária tendo em vista que consideramos que o governo da psiquiatria diz respeito à maneira como a psiquiatria, ao longo da história moderna, estabeleceu e exerceu formas de controle e disciplina sobre os indivíduos considerados "anormais" ou portadores de distúrbios mentais, e isso reflete em como as pessoas se veem, como elas se identificam, dentro dos parâmetros de normalidade x anormalidade.

A psiquiatria não é meramente uma disciplina médica, mas um instrumento de poder que se entrelaça com outros dispositivos disciplinares, como a educação e a justiça, para normatizar e regular o comportamento humano. Nesse contexto, o governo da psiquiatria não se restringe apenas aos espaços clínicos, mas se

estende para além deles, infiltrando-se nas instituições sociais e contribuindo para a criação de uma sociedade disciplinada. Esta abordagem governamental da psiquiatria busca não só tratar indivíduos considerados desviantes, mas também controlar e moldar suas subjetividades de acordo com as normas estabelecidas pelo poder dominante (Foucault, 2006).

Michel Foucault, em sua exploração dos conceitos de normal e patológico, investiga as maneiras pelas quais a sociedade constrói e impõe normas para regular comportamentos e categorizar indivíduos. Segundo Foucault, o que é considerado "normal" não é um estado inerente ou objetivo, mas sim um produto das dinâmicas de poder da sociedade e dos mecanismos de controle. Essa noção desafia a ideia de um padrão fixo e universal de normalidade e destaca a fluidez e a contingência dessas classificações. No contexto da saúde mental, a noção de normalidade se torna particularmente relevante, pois os indivíduos podem sentir pressão para se conformar às expectativas sociais de bem-estar psicológico. Quando André afirma: "Sou uma pessoa tranquila, não tenho grandes expectativas", e se descreve como "normal", ele reflete tanto a internalização das normas sociais quanto a complexa interação entre a subjetividade individual e os padrões externos. A perspectiva de Foucault nos incentiva a examinar criticamente a construção da normalidade e a reconhecer as dinâmicas de poder inerentes na definição e rotulação de indivíduos dentro da sociedade (Foucault, 1978).

As falas dos indivíduos fornecem insights sobre como as subjetividades são construídas e expressas em relação a categorias diagnósticas e serviços de saúde mental. No caso de Gilmar, ele associa sua identidade diretamente a termos diagnósticos, como "depressão" e "bipolaridade". Ao fazer isso, ele parece enquadrar sua própria experiência dentro dessas categorias médicas. Por outro lado, o usuário do CAPS Porto parece resumir sua subjetividade ao papel de alguém que utiliza os serviços de saúde mental.

Isso também é observado na análise documental dos guias da GAM em que se observou a seguinte frase escrita pelo participante Flávio Cazuzo: "Meu ser é igual a saúde do outro", quando estimulado a escrever sobre a frase: "Eu sou uma pessoa, não uma doença", um dos pilares de problematização do guia GAM. Essa frase nos toca em um lugar de sobrevivência, de igualdade, pontos tão pouco discutidos dentro do governo do poder psiquiátrico, pois a loucura não permite que tenhamos uma saúde nos parâmetros da normalidade.

Em contraponto vemos excertos como os a seguir que nos colocam diante de pessoas que conseguem visualizar suas vidas, apesar de, (apesar de uma doença, apesar de um diagnóstico psiquiátrico):

E.S.: Bom, eu sou a E., sou a E. S., tô em casa no momento, faço uma faculdade de pedagogia e tenho uma filha de nove anos e é mais ou menos isso, tenho um companheiro, um namorado há dois anos e é mais ou menos isso.

Elisabeth: Bem, a minha vida... Assim, eu estava pensando em uma história...Daria um romance maravilhoso. Eu estou com 73 anos, eu tenho uma filha que mora comigo, nós moramos juntas, eu e ela, e os cachorros. Que é uma parte terapêutica, nós. Eu tive uma vida normal, sempre fui apaixonada por descobertas, assim, mas não muito longe, sempre por casa, então sempre gostei muito de fazer coisas diferentes na cozinha, sempre gostei de mexer na terra, de plantar, de podar, de mudar. Até hoje, isso desde criança. E quando eu brincava de boneca, lá nos tempos vivos, eu tinha que enfeitar uma casinha das bonecas com a tampa da pasta de dente, do creme dental, que era um formato de vasinho, né?

São falas extremamente potentes, provenientes de duas participantes do sexo feminino, que nos fazem refletir sobre esse fenômeno intimamente ligado ao governo da psiquiatria. A psiquiatria não apenas busca diagnosticar e tratar distúrbios mentais, mas também exerce um papel de controle e normatização sobre essas mulheres, impondo padrões de comportamento e subjetividade considerados socialmente aceitáveis (Whitaker, 2017). Onde ser mãe, ter uma família, cuidar da casa e desempenhar atividades "maternais" pode ser visto como algo aceitável e dentro da normalidade, reforçando estereótipos de gênero que perpetuam desigualdades e limitações para as mulheres.

Outrossim, a medicalização do sofrimento psíquico não apenas transforma problemas sociais em questões médicas, mas também reforça o poder disciplinar da psiquiatria, contribuindo para a ampliação de seu alcance e influência na governança dos corpos e das subjetividades na sociedade contemporânea, como podemos ver na seguinte fala:

Ronaldo: Meu nome é Ronaldo Silveira Aguiar e moro em Santa Maria, sou do Rio Grande do Sul. Daí a minha vida eu tive uma depressão quando eu era novo, 20 e poucos anos, eu tive uma depressão profunda. Daí foi a minha primeira internação no Paulo Guedes aqui no hospital psiquiátrico. Daí eu tive oito internações. Daí cada surto que me dava era depois foi **quando falecia alguém da minha família eu surtava (grifo do autor, né.** Quando tinha discussão, alguma discussão também me dava me dava crise. Discuti com a

minha madrasta daí surtei, né. Daí me internaram. Daí não deu certo morar com meu irmão. Daí eu internei a última vez em 2007. Daí agora estou aí, né. Desde 2007 na rua aí, né.

Como podemos observar diversas são as estratégias de controle utilizadas com o intuito de trazer a “normalidade” a indivíduos com alguma situação que não seja encontrada na maioria das pessoas. O luto, consiste em um dos processos que é interpretado e tratado como problema de saúde, sendo submetido à intervenção médica e farmacológica (Conrad, 2020). No contexto de pessoas em sofrimento psíquico a medicalização é particularmente evidente, pois os indivíduos que enfrentam dificuldades emocionais ou mentais são frequentemente diagnosticados e tratados como portadores de doenças mentais, sujeitos à intervenção terapêutica e medicamentosa.

Em períodos pandêmicos como o de COVID-19 observou-se um nível sem precedentes de estresse em indivíduos ao redor do globo. Entre os fatores que contribuíram para esse fenômeno, destacam-se o temor de contrair o vírus e a preocupação com a escassez de acesso a alimentos e serviços essenciais. Além disso, o isolamento social imposto pelas medidas de controle de infecção também desempenhou um papel significativo no aumento do sofrimento experimentado pela população (Dickerson *et al.*, 2022).

Durante a fase inicial da pandemia, uma pesquisa conduzida na China revelou que 13,8% da população começou a apresentar sintomas leves de depressão, enquanto 12,2% demonstraram sintomas moderados e 4,3% enfrentaram sintomas graves (Wang *et al.*, 2020). Um apontamento realizado pela Fiocruz em 2020 estimou que entre um terço e metade da população global enfrentaria algum tipo de doença mental, sendo que sua prevalência poderia variar de acordo com o nível de vulnerabilidade social, a duração da pandemia e a eficácia das medidas governamentais adotadas ao longo do período da COVID-19 (Fiocruz, 2020).

O que pode ser corroborado nas falas abaixo:

Epifânio: Ah, eu fiquei mal, né? Porque eu não podia sair na pandemia, não. Sim. Aí eu me isolava, dentro de casa. Às vezes as pessoas me chamavam, eu atendia.

Ronaldo: Ah, eu fiquei isolado, né? Fiquei dois anos em casa e meu tio, eu não deixava ela sair pro lado nenhum aqui. Pra do vírus, né? Ansioso de sair só. Sair na rua, sair pra rua.

É sabido que cada indivíduo enfrenta desafios e lida com sua condição de forma única, utilizando diferentes recursos internos e externos para lidar com seu sofrimento. Ao compreendermos essas estratégias, podemos promover uma abordagem mais holística e personalizada no cuidado em saúde mental, levando em consideração não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais, culturais e subjetivos envolvidos. Além disso, ao reconhecermos as estratégias de subjetivação, podemos valorizar a autonomia e a capacidade dos indivíduos em construir narrativas próprias sobre sua condição, emponderando-os no processo de recuperação e ressignificação de suas vivências.

Durante o contexto da pandemia no Brasil, houve uma corrente trabalhadora da saúde mental que defendeu e propagou a expressão "quarta onda" da Covid-19, também referida como "a onda das doenças mentais". Essa terminologia começou a aparecer nas narrativas midiáticas acreditando-se que enquanto as curvas [de casos de Covid-19] diminuíram ao redor do mundo, as consequências relacionadas à saúde mental não apenas foram e são maiores, mas também tiveram e terão uma duração mais prolongada (Garcia *et al.*, 2022).

É claro que o crescimento da fome, do desemprego no Brasil, bem como outras manifestações de desigualdade e precariedade, como o racismo estrutural e as disparidades de gênero, desempenham um papel significativo na vulnerabilidade diante dos efeitos da pandemia de Covid-19. Contudo, restringir a compreensão do sofrimento mental nesse cenário unicamente à classificação de "doença mental" é, sem dúvida, uma manifestação de medicalização da vida.

Posto que cada ser humano é único e vivência de diferentes formas a mesma situação para pessoas como Gilmar e Elisabeth a pandemia foi vista sob outra perspectiva:

Gilmar: Olha, eu vou ser bem honesto com a senhora, a pandemia, pra mim, em mim, por exemplo, não afetou muito em nada. Porque é outra coisa que eu ficava em casa, né? Eu escrevia, tenho coisas que escrevia ali.

Elisabeth: Então foi assim. Olha, a pandemia, eu posso dizer assim. Que foi um ótimo período. Que nós passamos. Foi muito bom. Não... Não sofremos nenhum, minha filha. Mas... Digamos assim, aquele lado negativo de medo, de favor. Que muito se divertiu. Nós não tivemos. Eu aumentei meu horário de oração. Que eu acho que foi muito importante. Da força, da coragem.

Essas afirmações se contrapõem ao estudo de Barbosa *et al.* (2021), que revelou que indivíduos que estavam em terapia ou recebiam apoio emocional antes

da pandemia apresentaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade e estresse em comparação com aqueles que não recebiam esse suporte. Esse achado pode ser atribuído à experiência da pandemia, que trouxe consigo uma sensação de perigo iminente e medidas de isolamento, afetando especialmente aqueles com maior vulnerabilidade emocional.

Contudo, a pandemia de Covid-19 ampliou as preocupações sobre a captura do poder psiquiátrico, destacando a importância de considerar como normas, estigmas e práticas institucionais moldam a experiência e a subjetividade das pessoas. Nesse contexto, a pandemia pode intensificar a internalização dessas normas e práticas, exacerbando a influência dos sistemas psiquiátricos sobre as vidas individuais. Portanto, ao analisarmos as abordagens teóricas que exploram essa dinâmica, é possível compreender como a pandemia pode aprofundar a influência do poder psiquiátrico e moldar as trajetórias dos sujeitos em suas interações com esse sistema.

Eu tenho uma doença, eu sou desenganoado, né?

A chegada do diagnóstico psiquiátrico na vida de uma pessoa marca um momento crucial em sua trajetória, influenciando não apenas sua percepção de si mesma, mas também suas relações sociais, sua formação de subjetividade e seu alcance pelo poder psiquiátrico. O diagnóstico psiquiátrico não é apenas uma classificação médica, mas também uma categoria social que pode moldar a identidade e as experiências do indivíduo, muitas vezes impondo-lhe estigmas e limitações (Foucault, 2006).

A partir do momento em que alguém recebe um diagnóstico psiquiátrico, sua vida pode ser profundamente afetada, sendo submetida a uma série de intervenções médicas, terapêuticas e sociais que visam controlar e gerir sua condição.

André: Eu não lembro, mas procuraram por mim, porque eu não dei de conta que tava doente. Eu quebrava as coisas, ficava com raiva, chorava. A minha mãe foi. Aí ela fez eu consultar e me deram encaminhamento pro CAPS. Aí eu conversei com as gurias lá e a mãe disse, ó, ele tá fazendo isso, isso, isso. E eu também me...Me machucava também. Aí ela disse, não, tu precisa de tratamento. Aí eu passei na triagem, depois eu passei pra doutora. Foi no CAPS. Aí eu comecei o tratamento. Faz oito anos. Pra mim era coisa normal, assim, ficar irritado, com raiva. Mas aí também, depois eu percebi, depois de ter passado por um médico, ter começado a tomar remédio, que não era normal. É..Ela me deu um diagnóstico, mas eu não tô

lembrado o que que é: **Bipolaridade (grifo do autor)**...Mudou tudo, né?Mudou tudo, tudo.Eu passei a tomar remédio controlado, sempre, e agora tenho que tomar toda a vida. E, não posso parar.E tem sempre vigia sobre mim, né?Minha mãe me vigia muito.

Ronaldo: Quando começou o Saisme. Não existia CAPS. Existia um negócio de psicologia da universidade. Aqui era o Ferreira Peixoto, era antigo hospital da universidade. Daí eu comecei a tratar ali, né. Daí eu fui pro CAPS, depois minha irmã me levou. Pro CAPS. Eu tinha sintoma de... a minha doença era **esquizofrenia e bipolaridade**. O diagnóstico no hospital universitário, né, na psiquiatria, né, que me deram, tinha diagnóstico. Mas no CAPS, só bipolar, só.

Uma forma de gerir sua condição é o processo de medicalização da existência, que pode impactar significativamente a autonomia e a agência do indivíduo, restringindo suas escolhas e liberdades em nome da suposta normatividade estabelecida pela psiquiatria. Nesse sentido, o diagnóstico psiquiátrico não apenas reflete o alcance do poder psiquiátrico sobre o corpo e a mente dos indivíduos, mas também contribui para a produção de subjetividades específicas que se conformam às normas e expectativas da sociedade e do sistema de saúde mental.

O avanço da medicina traz consigo a medicalização da vida, que é a compreensão de que a quebra da expectativa normativa é a ocasião para a intervenção médica de reparação da normalidade, e a patologização da existência, que é a compreensão de que qualquer traço excêntrico de singularidade é perigoso para a determinação positiva e normativa das formas de vida. É nesses dois registros que encontramos a força e o poder do diagnóstico psiquiátrico (Dunker, 2015).

Uma vez que a realidade da doença é compreendida, incluindo seu agente patógeno, suas causas, o dano provocado e o remédio que cura, um circuito de cuidado é mobilizado para que a saúde possa ser um bem promovido pelo Estado ou uma mercadoria posta em circulação pelo capital. Por essa razão, não é difícil compreender por que o sofrimento psíquico na contemporaneidade se estende para comportamentos de risco, atitudes inadaptadas, predisposição para o desenvolvimento de doenças, qualidades e estilo de vida, vulnerabilidades sociais, situações laborais críticas, configurações ergonomicamente indesejáveis, propensões genéricas e disfunções cerebrais (Dunker, 2015).

A pandemia exacerbou muitas dessas questões, amplificando os desafios relacionados à saúde mental devido ao isolamento social, medo da doença, incertezas econômicas e mudanças nos padrões de vida. As estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico durante a pandemia tornam-se cruciais não apenas para a saúde individual, mas também para a resiliência coletiva e a adaptação às novas realidades impostas pela crise sanitária (Wang *et al.*, 2020).

André: Eu fico abalado, porque eu tava trancado sempre dentro de casa. Não podia ir pra lugar nenhum, só sair pra fazer a compra de casa. Fazer rancho, fazer coisa e tal. Eu não saía pra nada de dentro de casa. Eu fiquei. Eu não gosto muito de assistir televisão, né? Eu acho que a televisão piora a cabeça da pessoa. Assusta, porque é só tragédia. Eu só assistia o jornal. E além disso, só tem tragédia também. Teve uma mudança. Eu tomava um que... Que me deixava duro, assim. É, não me lembro o nome dele agora [pausa] o Haldol. Aí foi retirado e foi Olanzapina no lugar. Melhorou bastante. Na pandemia que teve uma piorinha, né? Mas foi pouca coisa. Consegui, porque toda a família fica me cuidando, né? Eles me cuidam.

Usuário do Caps Porto: (som Indecifrável)... Eu senti muito abalado nessa pandemia. Chegou um momento que eu pensei que eu ia morrer também, por causa dessa doença. Ela trouxe um pânico. Aumentou o meu pânico. A gente não podia sair de casa. Teve uma época que a gente não podia sair de casa, né? Aumentar a dosagem ou botar um remédio? Ah, sim. Aumentar um pouquinho mais. Pra dormir, também tive que tomar dois.

Um estudo brasileiro que discutiu a influência da pandemia na saúde mental em países de baixa e média renda, com foco no Brasil, destacou que as doenças mentais são comorbidades comuns associadas a doenças cardiovasculares, metabólicas e algumas doenças infecciosas. A epidemia de SARS-CoV-2 pode ser particularmente problemática para pessoas com doenças mentais, pois a psicopatologia pode reduzir a resistência durante o confinamento, potencialmente reduzindo a adesão ao tratamento em andamento, resultando na recorrência evitável de um distúrbio. Além disso, há o estresse causado pelo risco iminente de infecção ou incerteza econômica, especialmente em ambientes de baixa e média renda (Castro-de-Araújo; Machado, 2020).

É prudente considerarmos que receber um diagnóstico psiquiátrico está dentro de uma dimensão política, pois se trata de uma forma de poder que se concentra na gestão da vida e da saúde das populações, e que pode ser utilizada para justificar ações discriminatórias e excludentes. Uma forma de controle social que permite a exclusão de indivíduos considerados “anormais” ou “desviantes” da sociedade. Além disso, o diagnóstico psiquiátrico pode ser influenciado por

preconceitos e estereótipos culturais, o que pode levar a diagnósticos equivocados e a tratamentos inadequados (Foucault, 2006).

A psiquiatria contemporânea é caracterizada por uma abordagem que enfatiza o uso de psicofármacos como meio primordial de intervenção para mitigar uma ampla gama de desconfortos psicológicos. Nessa perspectiva, a prescrição medicamentosa é concebida como uma panaceia universal para os desafios mentais. É observável que o conceito de "manicômio" evoluiu, não mais circunscrito a um espaço físico específico, mas sim abrangendo a própria esfera mental, onde os psicofármacos são empregados com o intuito de regular os processos cognitivos e emocionais dos indivíduos (Cipriano, 2023).

Essa dinâmica evidencia a complexidade do poder psiquiátrico disseminado na sociedade pelas estratégias biopolíticas da medicalização e do governo da psiquiatria. A atribuição de diagnósticos e a prescrição indiscriminada de psicofármacos acabam por exercer um controle sobre a subjetividade dos indivíduos, moldando seus comportamentos e experiências de acordo com padrões socialmente aceitáveis. Assim, é crucial problematizar essas práticas e buscar alternativas que valorizem a singularidade e autonomia dos sujeitos, contribuindo para uma abordagem mais ética e humanizada no campo da saúde mental.

Considerações finais

A pandemia de COVID-19 foi um catalisador para a intensificação do processo de medicalização, caracterizado como uma estratégia biopolítica, durante este período de crise global. Esta emergência sanitária amplificou a visibilidade das práticas médicas, incluindo a psiquiatria, como uma ferramenta central na gestão da saúde pública. Com o aumento do estresse, ansiedade e outros distúrbios mentais causados pelo contexto pandêmico, houve uma crescente demanda por intervenções médicas, incluindo a prescrição de psicofármacos, como forma de enfrentar o sofrimento psicológico associado à crise.

Nesse sentido, o alcance do governo da psiquiatria se expandiu significativamente, à medida que as instituições médicas assumiram um papel proeminente na regulação e no controle da saúde mental da população. Este fenômeno reflete não apenas uma maior medicalização do sofrimento psíquico, mas também uma ampliação do poder disciplinar e normativo exercido pelo campo da

psiquiatria, evidenciando os complexos entrelaçamentos entre saúde, política e controle social em tempos de crise.

Embora medicamentos psicotrópicos possam ser complementares no tratamento de várias condições associadas ao sofrimento mental, a ênfase excessiva em seu uso como uma "solução", em detrimento da abordagem psicossocial necessária para o acolhimento adequado das pessoas com esse sofrimento, constitui uma estratégia discursiva com viés medicalizante.

Referências

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 fev. 2022.

AFONSO, Paulo. O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. Cartas ao Editor. **Acta Média Portuguesa**, v. 33, n. 5, p. 351-358, 2020. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.13877>. Disponível: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/13877>. Acesso em: 23 nov. 2023.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; MARTINHAGO, Fernanda; HOEPFNER, Ângela Maria da Silva; DARÉ, Patrícia Kozuchovski; DE CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 178-189, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MSnX7SJXb9cQsRCQSpVFcZ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 nov. 2023.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; DE MELO, Monica Cristina Batista; DA CUNHA, Maria do Carmo Vieira; ALBUQUERQUE, Eliane Nóbrega; COSTA, Juliana Monteiro; DA SILVA, Eduardo Falcão Felisberto. Brazilian's frequency of anxiety, depression and stress symptoms in the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 2, p. 413–419, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JHm6LTpkGhX7JgftvFgFXcz/#>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**: seção

1, n. 98, Brasília, DF, p. 44-46, 24 mai. 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RES-OLUCOES/Resoluo_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular nº 2 de 24 de fevereiro de 2021/CONEP/SECNS/MS. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, DF, 24 fev. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

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. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, p. 14-24, 2019. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5dHz7hY3HYZwfjRhrKbN3dP/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.

CASTRO-DE-ARAUJO, Luís F. S.; MACHADO, Daiane Borges. Impacto do COVID-19 na saúde mental em um país de baixa e média renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 2457-2460, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10932020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FCLGSmf3QZGqsTC4sBVMWFt/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 out. 2023.

CIPRIANO, Piero. **Il Manicomio chimico**. Milão: Elèuthera. 2023. 264p.

COFEN. Resolução COFEN nº 564 de 2017. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 233, Brasília, DF, p. 157, 6 dez. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 16 mar. 2021.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2020. 224p.

DICKERSON, Faith; KATSAFANAS, Emily; NEWMAN, Theresa; ORIGONI, Andrea; ROWE, Kelly; SQUIRE, Amalia; ZIEMANN, Rita S.; KHUSHALANI, Sunil; YOLKEN, Robert. Experiences of persons with serious mental illness during the COVID-19 Pandemic. **Psychiatric Services**, v. 73, n. 2, p. 133–140, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100130>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189930/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

DUNKER, Christian. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015. 560p.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**, Rio de Janeiro, 04 de abril de 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>. Acesso em: 10 mar. 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 688p.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2001. 479p.

FOUCAULT, Michel. **Ética, Política e Sexualidade: Ditos e escritos**. Vol. V, 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 392p.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Tradução de Eduardo Brandao. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 590p.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira; AMORIM, Simone Cristina de; RODRIGUES, Gelberton Vieira; MENDONÇA, Luiz Henrique Franco. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. **Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, [S. l.], v. 20, n. 49, 2022. DOI: <http://doi.org/10.12957/rep.2022.63525>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63525>. Acesso em: 10 abr. 2023.

GARRIDO, Rodrigo Grazinoli; RODRIGUES, Rafael Coelho. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020. DOI: <http://doi.org/10.12662/2317-3325jhbs.v8i1.3325.p1-9.2020>. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3325>. Acesso em: 12 nov. 2023.

IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 88–95, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/pLQcgcB5PB3mdLPRhDdwBYp/?lang=pt#>. Acesso em: 10 abr. 2023.

ROSE, Nikolas. Beyond medicalisation. **Lancet**, v. 369, n. 9562, p. 700-702, 2007. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60319-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60319-5/fulltext). Acesso em: 20 mar. 2019.

WANG, Cuiyan; PAN, Riyu; WAN, Xiaoyang; TAN, Yilin; XU, Linkang; HO, Cyrus S.; HO, Roger C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. 421p.

*Artigo a ser submetido na Revista Texto & Contexto

Artigo II: Biopolítica e subjetivação: a gestão autônoma da medicação e as estratégias de cuidado à saúde na pandemia de Covid-19

Resumo

Objetivo: Problematizar a gestão autônoma da medicação enquanto estratégia biopolítica e de subjetivação no contexto da pandemia de Covid-19. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se utilizou da análise documental e da entrevista discursiva como metodologias operacionais. **Resultados:** O material coletado foi organizado em duas categorias: “O viver usando remédios e a Pandemia de Covid 19”; e “Travessias do Eu: Navegando pela Autonomia na GAM em Tempos de Crise”. Na primeira visualizou-se que o uso dos medicamentos psiquiátricos não se restringe apenas aos seus efeitos biológicos, mas se insere em um contexto mais amplo de produção de subjetividades, no qual o próprio sujeito é colocado diante de questões existenciais e de autorreflexão. Esses processos, influenciados tanto pelo uso quanto pela não utilização dos psicofármacos, contribuem para moldar as condutas psiquiátricas e a obediência às normas institucionais. Na segunda categoria investigou-se as práticas e estratégias adotadas por sujeitos que previamente conheciam a Gestão Autônoma da Medicação reforçando a ideia de que a autonomia permeia todo o processo de produção de cuidado, desde as escolhas e negociações até as formas de dominação de um saber sobre o outro e sua institucionalização nos serviços, que são responsáveis pela padronização das existências e pela supressão das singularidades. **Considerações finais:** Em suma observou-se a importância da rede de apoio durante a pandemia, bem como, práticas de autocuidado, participação em atividades culturais e religiosas, e busca por formas alternativas de apoio emocional além da medicação.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental; Covid 19; Estratégias de Saúde; Pandemias; Saúde Mental

Introdução

A relação entre biopolítica, subjetivação e estratégias de cuidado à saúde se tornou ainda mais evidente durante a pandemia de Covid-19, período em que questões de saúde pública se tornaram centrais na vida cotidiana das pessoas. A biopolítica, refere-se ao poder exercido pelos Estados sobre os corpos e populações, regulando aspectos da vida em sociedade, como saúde, natalidade e morbi-mortalidade (Foucault, 2008).

Neste cenário, a saúde mental emerge como uma área essencial não apenas na análise dos efeitos psicossociais da crise sanitária, mas também na formulação e implementação de intervenções que abordem as necessidades emergentes de saúde mental da população.

Historicamente, a psiquiatria tem desempenhado um papel regulador significativo na sociedade, inicialmente por meio de práticas opressivas e agressivas e mais recentemente, por meio do uso disseminado de medicamentos psiquiátricos. Esse modelo tradicional de prática psiquiátrica é considerado ultrapassado, especialmente diante das transformações promovidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 1970. Esse movimento trouxe mudanças importantes no campo da saúde mental, resultando em conquistas que visam proporcionar cuidados mais humanizados e respeitosos à liberdade individual. Uma das abordagens mais destacadas nesse contexto é a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que busca promover o autocuidado e a autonomia dos pacientes no gerenciamento de sua saúde mental (Amarante, 1995).

Dessa forma, a GAM emerge como uma abordagem inovadora na saúde mental, colocando em questão o modelo tradicional de cuidado psiquiátrico. Enquanto a biopolítica busca regular a vida dos indivíduos, a GAM mesmo que também possa ser considerada uma prática regulatória, propõe uma relação mais autônoma e participativa do usuário diante do seu tratamento (Silva, 2023).

A necessidade de estabelecimento da medicina e psiquiatria como práticas discursivas e formas de saber e poder, possibilitou a medicalização e psiquiatrização crescente de diversas esferas da vida social (Foucault, 1978). Esse processo não apenas influenciou as condições materiais, mas também moldou as experiências e subjetividades individuais, alinhando-as aos padrões normativos estabelecidos pela sociedade.

Dentro desse contexto, a subjetivação emerge como o modo pelo qual o ser humano se relaciona com o mundo, incorporando as experiências vividas e construindo um estilo de vida próprio. Para Foucault, esse processo envolve "dobras e desdobras", indicando que a força individual não é suficiente para a construção de uma arte de viver; é necessário o envolvimento de outras forças presentes na natureza e nos outros indivíduos. Importante ressaltar que cada indivíduo é único, e assim a construção da subjetivação ocorre de maneira singular, uma vez que as

experiências vividas e a percepção delas variam de pessoa para pessoa (Ferreira; Mota, 2018).

Em primeiro lugar, penso efetivamente que não há um sujeito soberano, fundador, uma forma universal de sujeito que poderíamos encontrar em todos os lugares. Eu sou muito cético e hostil em relação a essa concepção de sujeito. Penso, pelo contrário, que o sujeito se constitui através das práticas de sujeição (assujeitamento) ou, de uma maneira mais autônoma, através das práticas de liberação, de liberdade, como na Antiguidade – a partir, obviamente, de um certo número de regras, de estilos, de convenções que podemos encontrar no meio cultural (Foucault, 1984/2004, p. 291).

Assim, a investigação dos pressupostos do guia da GAM não apenas nos convida a questionar as estratégias convencionais de cuidado em saúde mental, mas também a explorar alternativas que valorizem a autonomia, a diversidade e a agência dos sujeitos. Ao considerar as possibilidades de subjetivação, somos desafiados a repensar não apenas os modelos de intervenção em saúde, mas também as relações de poder e saber que fundamentam nossa compreensão da vida e da saúde em sociedade.

Ao longo deste estudo, serão exploradas as implicações teóricas e práticas do encontro entre os pressupostos do guia da GAM, as estratégias de cuidado à saúde durante a pandemia de Covid-19 e as concepções foucaultianas sobre poder, saber e subjetivação. Através desta análise, esperamos contribuir para o desenvolvimento de abordagens mais inclusivas, éticas e eficazes de cuidado em saúde mental, bem como para uma compreensão mais profunda dos processos de subjetivação em contextos de crise.

Objetivo

Problematizar a gestão autônoma da medicação enquanto estratégia biopolítica e de subjetivação no contexto da pandemia de Covid-19.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se utilizou da análise documental e da entrevista discursiva como metodologias operacionais (Cardano, 2011). O corpus discursivo foi constituído pelo conteúdo de oito entrevistas discursivas com pessoas que vivenciaram a GAM antes da pandemia de Covid-19, bem como pela análise

documental de cinco guias da GAM elaborados por pessoas que também passaram pela experiência da GAM antes da mencionada pandemia.

Inicialmente, a seleção dos participantes envolveu o contato prévio da pesquisadora com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS tipo II) na cidade de Pelotas-RS, que haviam participado de um grupo GAM entre os anos de 2018 e 2019. Cinco participantes foram contatados, e a pesquisadora acordou com cada um deles a melhor forma de realizar as entrevistas, sendo duas delas realizadas no domicílio dos participantes, uma em Arroio Grande e outra na cidade de Pelotas. As demais três entrevistas foram conduzidas de forma virtual, após a pesquisadora se aproximar de um grupo de pesquisadores e usuários da cidade de Santa Maria - RS, por meio de contato via *WhatsApp*.

O período de coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e novembro de 2023. As entrevistas foram gravadas em dispositivos celulares e posteriormente armazenadas no *Google Drive*, sendo transcritas para documentos no *Google Docs*, totalizando 70 páginas de conteúdo. Esses materiais serão mantidos armazenados por um período de cinco anos, após o qual serão excluídos.

Cabe ressaltar que a análise documental, mencionada anteriormente, será conduzida utilizando-se de uma abordagem qualitativa, visando identificar padrões, temas recorrentes e nuances nos guias da GAM, a fim de aprofundar a compreensão das estratégias de cuidado e das formas de subjetivação presentes nesses documentos. Essa abordagem permitirá uma análise detalhada do conteúdo dos guias, buscando compreender as representações e práticas de cuidado em saúde mental propostas por seus autores, bem como suas possíveis implicações para os sujeitos que vivenciaram a GAM.

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 65960122.1.0000.5316 e respeitou os princípios éticos delineados para pesquisas envolvendo seres humanos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Resolução nº 564/2017, as orientações estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016 e o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que dispõe de medidas a fim de preservar e proteger o estudo, o pesquisador e o participante (Brasil, 2016; COFEN, 2017; Brasil, 2021).

Resultados e discussão

O corpus discursivo deste estudo é composto pelo conteúdo de 8 entrevistas discursivas com indivíduos que tinham conhecimento da GAM antes da Pandemia de Covid-19, juntamente com a análise documental de guias da GAM de cinco desses participantes.

É importante destacar que a preservação da identidade dos usuários é um assunto relevante e delicado no contexto da saúde mental. Ao lidar com questões relacionadas à saúde mental, é crucial reconhecer a dignidade e a singularidade de cada indivíduo. O uso inadequado ou desrespeitoso dos nomes das pessoas pode contribuir para a perpetuação de estigmas e dificultar o acesso ao tratamento adequado. Portanto, ouvir com atenção, demonstrar empatia e evitar o uso de linguagem estigmatizante são medidas fundamentais para assegurar que os indivíduos se sintam valorizados e respeitados em sua jornada de saúde mental.

Nesse contexto, durante as entrevistas, foi solicitado a cada participante que indicasse como gostaria de ser identificado ao longo da pesquisa, e as respostas obtidas foram as seguintes:

André: Pode botar o meu nome mesmo.

Usuário do Caps Porto: Eu posso me identificar como usuário do Caps porto?

Epifânio: Pode ser meu nome mesmo, não tem como esconder.

E.S.: Pode ser as iniciais.

Flávio Cazuzza: Não, eu tenho o costume da rádio, como me chamam de Flávio Cazuzza, né?

Gilmar: Ah, pode usar meu nome, não tem problema nenhum.

Ronaldo: Pode botar meu nome.

Elisabeth: Não. Pode usar o meu próprio nome. Eu acho, assim, que a gente tem que assinar embaixo das coisas que faz, né?

A adoção dos nomes reais dos participantes em pesquisas em saúde mental reflete o compromisso com a preservação da autonomia individual. Reconhecemos,

assim, a importância de cada indivíduo como detentor de uma história, contexto e perspectivas singulares. Além disso, compreendemos que cada sujeito apresenta uma narrativa única e multifacetada. A utilização dos nomes reais, nesse sentido, é uma forma de ressaltar essa singularidade. Ao atribuir identidades específicas aos participantes, estamos reafirmando a valorização de suas vozes e experiências, evitando assim a simplificação excessiva por meio de generalizações e estereótipos.

Em resumo, a inclusão dos nomes reais como prática ética nas pesquisas em saúde mental contribui para a humanização do processo investigativo, demonstrando respeito à individualidade e fortalecendo o reconhecimento das vozes daqueles que compartilham suas vivências em prol do avanço do conhecimento científico.

O material coletado foi organizado em duas categorias, que serão detalhadas a seguir.

O viver usando remédios e a Pandemia de Covid 19

A biopolítica consiste em uma ferramenta que não opera apenas a nível individual, mas também molda as dinâmicas sociais e estruturas políticas, exercendo controle sobre a vida e a morte das populações. Revela assim, a interseção entre poder, saber e práticas disciplinares, influenciando profundamente a organização e o funcionamento das sociedades modernas.

A introdução e disseminação dos medicamentos psiquiátricos na sociedade a partir da segunda metade do século XX estão intrinsecamente ligadas ao conceito de biopolítica, que Foucault descreve como uma nova forma de poder. Compreender a biopolítica como uma estratégia de gestão da vida e da morte é fundamental para contextualizar o impacto desses medicamentos na vida cotidiana.

Especialmente com o surgimento da psicofarmacologia moderna, os medicamentos psiquiátricos passaram a desempenhar um papel significativo na modelagem dos padrões de existência e na formação dos modos de subjetivação, influenciando profundamente a experiência individual e coletiva na sociedade contemporânea. Esses medicamentos foram inicialmente utilizados em instituições psiquiátricas, mas rapidamente se expandiram para uso ambulatorial e generalizado.

A década de 1950 marcou o início de uma era de rápida expansão no desenvolvimento e na prescrição de medicamentos psiquiátricos, com o surgimento

de uma variedade de classes terapêuticas, incluindo antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores de humor. O crescente entendimento dos mecanismos neuroquímicos subjacentes às doenças mentais impulsionou ainda mais a pesquisa e a descoberta de novos medicamentos. Essa evolução teve um impacto profundo na prática clínica e no tratamento de distúrbios mentais, transformando os paradigmas de cuidado e oferecendo novas esperanças para pacientes e profissionais da saúde mental.

Atualmente, o uso de medicamentos psiquiátricos em pacientes que enfrentam doenças mentais é amplamente difundido, sendo uma prática integrada às políticas governamentais de saúde mental e à abordagem clínica da psiquiatria. Essa intervenção farmacológica é direcionada para mitigar os sinais e sintomas que possam se desviar dos parâmetros considerados como "normais".

Durante as entrevistas os participantes desta pesquisa falaram a respeito:

André: Usar medicação, me deixa tranquilo, calmo. Citalopram age no meu... direto no humor. É, e Depakene. Olanzapina também. Auxilia. Desde aquele dia não fiquei mais nervoso, explosivo. Pegava, assim, de arranque. Ficava mais irritado. Não, só... Eu pegava, me queimava, machucava.
E.S.: É um comprimidinho de risperidona. Eu já tentei parar ele umas duas vezes, mas não consegui. Ah, me sinto tranquila, consigo dormir, ele me dá um pouco de sono e eu durmo. Consigo dormir, mas não sei se ele vai fazer mal, por tantos anos tomando ele, como é que é. Eu não consegui parar, não sei se eu parei de golpe, mas não pode parar de golpe. Ah, o remédio pra mim é minha vida, porque sem ele eu não fico bem. Tentei parar duas vezes e eu não fico bem. Não. Volto as vozes de novo. Esse remédio termina com as vozes na minha cabeça.

O medicamento psiquiátrico se insere como uma ferramenta na tecnologia do poder saber, permeando o campo da saúde mental. Ele é empregado como um dispositivo de intervenção que, além de abordar os aspectos biológicos da doença mental, também desempenha um papel na regulação e controle dos indivíduos que possam divergir dos padrões sociais estabelecidos como normais. Essa abordagem farmacológica não apenas influencia diretamente a experiência do paciente, mas também se integra às estruturas de poder e conhecimento, refletindo e moldando as relações de poder dentro do contexto da saúde mental (Santos, 2021).

Flávio Cazuzo: Olha, eu tomo, minha medicação é Biperideno e Amplictil. Fico muito bem com elas. Falar um pouco sobre essa experiência. O Amplictil, tenho que tomar Biperideno porque o Amplictil também me deixa

sem condições de fazer nada. Então, tenho que tomar Biperideno também. Tem que tomar Biperideno. Então, já ganho a receita com o Biperideno. Os dois juntos, né? Biperideno e Amplictil. Haldol e Diazepam, que tomo também.

Gilmar: Tranquilo a medicação. Eu tomo no caso, sim, clonazepam. Porque a vida em que eu trabalhei é de noite, né? Tive dificuldade de dormir. Aí o que acontece? Eu tomo clonazepam, quetiapina, e amitriptilina, esses 3. E tomo o fluoxetina, mas ela tirou. Então eu só tomo esses três remédios. Um é pra depressão, ou olanzapina, sabe? Isso que eu tomo. Meu CID é F31. Ah, eu tenho outro que ela me receitou há pouco tempo, foi o Depakine. Ela começou a me fazer mal, coisas estourando a barriga. Aí eu falei pra ela, que a gente entende, né? Estou tomando remédio, não aconteceu nada. Aí comecei a tomar um estranho, aí ela me deu um xarope. Então, eu tomo um copinho daqueles de noite, um de manhã, e o clonazepam eu tomo dois de noite. Mas na verdade, ela me receitou dois clonazepam de noite e dois de manhã. Mas eu não estou tomando de manhã.

Durante a pandemia de Covid 19, Leong *et al.* (2022) visualizaram em seu estudo que houve uma diminuição nas novas prescrições de antidepressivos e ansiolíticos nos 3 meses após a implementação das restrições presenciais da COVID-19. E em seguida, um aumento no uso de antidepressivos e antipsicóticos no final de 2020, em mulheres e pessoas com 40 anos ou mais, com as maiores taxas de uso na população com 80 anos ou mais.

O uso do medicamento psicofármaco reflete uma dinâmica de controle biopolítico, conforme discutido por Foucault em sua análise das tecnologias de poder na contemporaneidade, onde intervenções nos corpos e mentes dos indivíduos são empregadas para obter efeitos desejados, tanto no âmbito biológico quanto no psíquico (Foucault, 1975).

A construção do problema acerca do papel dos psicofármacos na vida dos usuários, e seu consequente impacto na formação das subjetividades, requer uma análise que leve em consideração a multiplicidade de relações de poder em jogo, bem como as tecnologias do eu presentes nesse contexto. Esta pesquisa se dedica especificamente à análise das narrativas, estratégias, esquemas e hábitos que compõem um campo onde o uso de psicofármacos, para além de uma mera intervenção anátomo-política de contenção, envolve práticas discursivas que incitam o sujeito à reflexão sobre si mesmo, suas memórias, processos de autoexame, avaliações e aspirações de mudanças.

Nesse sentido, o uso dos medicamentos psiquiátricos não se restringe apenas aos seus efeitos biológicos, mas se insere em um contexto mais amplo de produção de subjetividades, no qual o próprio sujeito é colocado diante de questões

existenciais e de autorreflexão. Esses processos, influenciados tanto pelo uso quanto pela não utilização dos psicofármacos, contribuem para moldar as condutas psiquiátricas e a obediência às normas institucionais.

A fala de Ronaldo, a seguir, nos remete ao fato de que o medicamento psiquiátrico é o aliado para o controle das crises:

Ronaldo: Eu uso o lítio e o haldol. 5mg e o lítio 300mg. Deixa calmo. Fico na hora da crise. Estou desde 2007 sem crise. E daí, também, graças a Deus, vou no CAPS. 3 vezes ao dia eu vou no CAPS.

Outrossim, as participantes abaixo, embora entendam a necessidade do medicamento, se mostram seguras em relação a movimentos que possam fazer no seu uso, como diminuições graduais, ou até mesmo tentativas de retiradas dos medicamentos.

Elisabeth: Muito bem, então eu tenho remédio pra dormir, tenho remédio pra provocar o sono, mas eu faço uso deles, **se é necessário, eles são minhas muletas**, porque às vezes eu durmo sem tomar, então a minha psiquiatra me orienta nesse aspecto, ela é muito boa, ela orienta que eu tenha eles. Antidepressivo, se eu paro de tomar um tempo, eu não aguento ficar sem.

E.S: Fiquei uns seis meses, eu acho [sem o medicamento psicofármaco]. Comecei a sentir sintomas. E se eu fico muito nervosa, tenho sintomas. Tenho muita vontade de parar o remédio, porque é um comprimidinho só que tomo. Não, porque a pessoa fica dependente da medicação, né? E meu namorado não gosta que eu tome o remédio. Não quer. Não entende. Ele não sabe o que eu passei no passado, que foi muito difícil. Ele não sabe nada do que eu passei.

Uma das questões mais relevantes do tratamento com psicofármacos são os efeitos colaterais. A maioria dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia demonstrou uma taxa de adesão ao tratamento medicamentoso inferior a cinquenta por cento, além de relatarem a ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas graves. Mesmo submetidos a tratamentos que envolvem a administração de dois ou mais medicamentos, muitos pacientes continuaram a manifestar sintomas pré-existentes ou desenvolveram novos sintomas durante o curso do tratamento. Esses achados indicam que a abordagem medicamentosa adotada pode acarretar um potencial risco para o bem-estar dos pacientes (Cruz; Dolabela, 2021).

O medicamento não é sempre bom nem sempre ruim. Trata-se de uma situação muito individual e subjetiva, sobre a qual, ainda em uma sociedade intensamente medicalizada e com resquícios de uma psiquiatria conservadora, atua como um dos eixos centrais na reabilitação psicossocial. Observou-se a partir das

entrevistas que não houve aumento significativo em quantidades, doses ou tipos de medicações no tratamento dos entrevistados, porém, os mesmos consideraram o medicamento como um forte aliado para o enfrentamento da Pandemia de Covid 19.

Travessias do Eu: Navegando pela Autonomia na GAM em tempos de crise

Essa categoria evoca a ideia de exploração e mapeamento das formas de subjetivação e resistência, inspirada nas concepções de Foucault sobre poder e subjetividade, ao investigar as práticas e estratégias baseadas na Gestão Autônoma da Medicação durante crises como a pandemia de Covid-19.

A autonomia permeia todo o processo de produção de cuidado, desde as escolhas e negociações até as formas de dominação de um saber sobre o outro e sua institucionalização nos serviços, que são responsáveis pela padronização das existências e pela supressão das singularidades. Em relação às diversas conceitualizações sobre o que significa ser um sujeito autônomo, observa-se que essa definição não pode ser rigidamente estabelecida ou limitada a significados predefinidos. A autonomia não se resume apenas à capacidade cognitiva de autogerir a vida, pois transcende a ideia de controle. Não é um fenômeno individual e isolado, pois também depende das relações e conexões com os outros para se manifestar. Uma vida autônoma está relacionada à possibilidade de construir vínculos e se apropriar da própria experiência (Andreola; Rodrigues, 2022).

A Gestão Autônoma da Medicação se compõe pelos princípios de: autonomia, cogestão e protagonismo, o seu Guia é composto por passos, os quais delineiam ao longo do percurso grupal, diversas questões importantes ao sujeito que está vivenciando o grupo. No passo n. XX aborda-se a temática de “com quem podemos contar” - a Rede de Apoio - a qual mais do que nunca, durante o momento pandêmico da Covid 19, se torna imprescindível como um apoio e um alento em tempos difíceis. Os participantes deste estudo trouxeram falas relacionadas a esse respeito:

André:Sou muito apegado à minha mãe, né?

E.S.: Eu faço tudo no meu dia a dia. A gente sai, o meu namorado e eu saímos pra praia. Fomos para o parque aquático agora há pouco tempo. Ficar com ela (filha), ensinar já no colégio.

Como podemos observar, a família foi trazida como ponto forte e estratégico ao vivenciar a Pandemia de Covid 19. Outros pontos foram colocados pelos demais participantes como música, televisão, religião:

Ronaldo:Eu escuto música e gosto de novelas e de futebol. Também. Me ajuda. É escutar música, olhar TV, olhar futebol. Sou gremista, né?

Flávio Cazuza:Ah, o que eu gosto é de fazer música. É, se cuidar, procurar, como é que eu me uso? É passear pela cidade, sentar na praça, né? Conversar com pessoas boas, conhecidas, que a gente pode ter uma chance de conhecer uma pessoa boa, né?

E.S: Tô indo na igreja.

Gilmar: E eu sou muito da oração, eu rezo muito, sabe? E hoje tem duas irmãs minha aí, até estou no quarto aqui, estou lá conversando, mas depois que eu entrei no CAPS, depois de todo esse processo que eu passei, certo? Depois de todo esse processo que eu tive no CAPS, as coisas e tal, eu já me sinto mais tranquilo. Tem momentos que dá aquela tristeza, aquela angústia, mas não é para sempre, não dura. É momentos que tem essas angústias, tem momentos que eu pego, ligo no rádio, eu danço sozinho.

No entanto, a fala de Epifânio nos toca bastante quando se refere que “ninguém o apoiou”, mesmo que no seguimento ele se refira a outras estratégias de enfrentamento, sendo o uso do medicamento psiquiátrico, uma delas.

Epifânio: Ninguém me apoiou, tive que me isolar e ficar isolado. A minha cunhada me ajuda bastante. Cuidava dos cachorros, da calopsita, dos meus gatos. Tenho dois gatos e um cachorro. Ah, me ajudaram. Pra passar o tempo, porque aí eu tomei mais Diazepam. Aí eu dormia e passava o tempo.

O estigma em torno da doença mental frequentemente resulta no abandono por parte de amigos e familiares, exacerbando ainda mais o sofrimento daqueles que vivenciam a doença mental. Esse abandono pode criar uma sensação de isolamento e solidão dificultando o processo de reabilitação.

Isso nos remete a um excerto de Foucault (1978, p. 362): “Apenas a prática da sanção separou, no louco, os medicamentos do corpo dos da alma. Uma medicina puramente psicológica só se tornou possível no dia em que a loucura se viu alienada na culpabilidade”. Por muito tempo se entendeu que o sujeito que

possui algum sofrimento mental tem culpa pelos sintomas que possui, e foi uma trajetória muito longa para que fossem vistos como sujeitos que precisam de atenção à sua saúde mental.

Família, arte, espiritualidade são mecanismos de cuidado que devem colaborar para promover o fortalecimento do usuário. Isso implica não apenas na valorização desses aspectos, mas também na crítica à hegemonia da psiquiatria clássica, que em virtude do seu tipo de atuação torna os sujeitos aprisionados ao medicamento psicofármaco. É fundamental que em momentos de crise, as pessoas possam formar grupos de ajuda mútua, tendo em vista que indivíduos que são cuidados tendem a cuidar de outros (Carvalho *et al.*, 2021).

Foi o que fez a participante Elisabeth, se tornou uma pessoa que difundiu o seu conhecimento e tentou auxiliar outras pessoas durante a pandemia de Covid 19.

Elisabeth: Tudo que eu faço é com amor. E isso é terapêutico. Muito terapêutico. E outra coisa, eu não posso tá parada. Não gosto de tá parda. Não gosto, assim, de ficar olhando para nada. Eu gosto de fazer alguma coisa.

Elisabeth: Pesquisando, eu descobri que existia um tal de Meet .Aí eu pedi pra elas, olha, vocês instalem, expliquei assim, fiz um tutorial, né? Que nós vamos nos reunir online, assim, vamos ver. A gente fazia até cafezinho novo.

A proposta da GAM baseia-se na premissa de que os grupos GAM constituem um espaço seguro para discutir questões relacionadas à medicação. A medicação é uma das respostas amplamente difundidas e consolidadas para problemas ou questões humanas que foram patologizadas. Esses problemas foram transformados em questões médicas, para as quais se busca uma solução médica. No entanto, ao possibilitar um diálogo coletivo sobre o uso e a gestão da medicação, legitimando saberes não médicos e dando protagonismo aos usuários, produzimos efeitos transformadores que afetam diretamente o cerne da medicalização. Isso nos leva a questionar o domínio do conhecimento médico sobre a doença e, conseqüentemente, a própria concepção de doença (Rosa; Escórcio, 2021).

Abaixo visualizamos falas em que os participantes trazem menções aos medicamentos, sua relação com os mesmos, e os seus movimentos de organização em seus tratamentos baseados em sua experiência prévia com a GAM.

André: Eu uso sempre. [os aprendizados da GAM]. Porque tomo os remédios na hora que me fazem bem. Se eu fosse pelo médico, ficava

entupido de remédios. Eu tomo de manhã e de tarde, já com o estômago cheio pra não estar vazio. Notei que o remédio estraga muito o estômago. Aí tomo café primeiro, deixo passar um pouquinho, depois tomo a medicação da manhã. De tarde, depois do almoço também. Auxiliou, sim. A gerir melhor os meus medicamentos.

André: Os horários. Foi o que eu fiz. Troquei os horários. Aí cheguei e disse pro médico, estou tomando tal horário. Ele disse, não, não faz mal. O importante é que tu tome.

Usuário do Caps Porto: Mas eu me lembro, sim, que a gente falava... Tinha muitas questões ali, até sobre medicamentos, né? Que nos ajudavam a compreender pra que que servia aquele medicamento, né? Tinha a questão do fitoterápico, né? De plantas, que ia ajudar também.

Ronaldo: Me ajudou. Me ajudou bastante. Eu gosto de ser protagonista de falar as coisas. Se abrir, né? Falar dos problemas da vida. E é isso.

Quando proporcionamos um espaço coletivo de discussão sobre a medicação legitimando saberes não médicos e convocando o protagonismo do usuário para um domínio onde até então ele estava relegado à condição de objeto, geramos efeitos transformadores que atingem diretamente o cerne da medicalização. Deslocamos profissionais de saúde de suas posições de autoridade e capacitamos o indivíduo a ter conhecimento sobre si mesmo, sobre seu sofrimento, incentivando respostas construídas coletivamente, o que implica em corresponsabilização.

Gilmar: Uhum. É, a gente aprende a ter mais conhecimento sobre aquilo que estamos fazendo, sabe? Por exemplo, a mesma coisa, alimentação. Eu já fico pensando, pô, fico por dentro daquilo que estou comendo, né? Ah, esse aqui não faz falta... A mesma coisa é a medicação. É uma autonomia que dá a gente de saber aquilo que está fazendo. Sobre a medicação, né? Aquilo que estou tomando. Esse é um meio da gente ter um conhecimento. Mas não é parar de tomar com a medicação.

Ao optar por abordagens coletivas para a promoção da saúde, começamos a reconhecer a dimensão coletiva da produção do sofrimento. Se as categorias que definem os sofrimentos relacionados à experiência humana são cada vez mais influenciadas pela indústria farmacêutica, questionar a medicação é questionar esse processo de medicalização, ou seja, a transformação dos sofrimentos humanos em doença. Dessa forma, colocamos em análise as próprias condições sociais e históricas que nos moldam, mas das quais também somos agentes, possibilitando assumir coletivamente uma posição diferente nesse processo.

Gilmar: E tem ali, a gente tem algumas perguntas que a gente responde de acordo com o pensamento da gente aqui, né? Então, não é a palavra de português que perguntou o que é. Aliás, perguntas que a gente responde,

eu respondo diferente da sua, assim, como eu falei, né? O conhecimento é diferente, é um diálogo. Então, as respostas são iguais. Cada um responde da maneira que acho que deve ser.

Elisabeth: a nossa história no GAM, digamos assim, ela está alicerçada na medicação caseira. Que a gente foi descobrindo, e hoje a pesquisa está muito fácil de ser feita, né? Que tem substituições de remédio.

O pensamento sobre o sofrimento psíquico na atualidade deixa de ser acerca da cura da doença ou a eliminação do sintoma, e passa a estar centrado nas subjetividades, que são reconhecidas em sua condição de dissonância. Ao invés de buscar apenas a cura, buscamos a emancipação e a promoção de novos modelos de produção de vida e convivência social.

André: A doutora fala. Ela sempre pergunta. Hoje, ela perguntou se o medicamento, como é que tava? Se estava fazendo efeito, se não estava fazendo efeito. Tipo, não tá fazendo efeito, tranquilo. Aí, então tá. No momento que não, se eu achar uma coisa diferente, tu me diz. Aí, ela sempre pergunta.

Elisabeth: aí eu perguntei, e eu fazia isso sem perguntar pra psiquiatra, aí eu disse, não, eu acho que eu vou perguntar pra ela, **então eu falei do GAM, que dava essa oportunidade da gente questionar a medicação, ela achou o máximo**, né, que bom, achou o máximo, e aí ela me disse, não, tu nunca diminui, porque eu disse pra ela, **eu tô diminuindo aos pouquinhos**, eu não deixei de tomar o remédio pra dormir, como eu via que eu tinha bastante sono, dormia muitíssimo bem, eu fui diminuindo, eu tomava 2mg pra dormir, hoje eu tomo 0,5mg, ou não tomo, ou não tomo, então eu aprendi muito também, mas é uma depressão forte, é uma depressão que às vezes me tira o chão, às vezes eu não tenho vontade de falar.

Os relatos acima ilustram a diversidade de abordagens e interações no contexto do tratamento do sofrimento psíquico, destacando a importância da comunicação aberta e do empoderamento do paciente no processo terapêutico, que se insere dentro do que a biopolítica pode ser entendida como o principal domínio contemporâneo de construção subjetividades, assim como de configuração de realidades, através da criação de estruturas de poder, sistemas de conhecimento, métodos de ação e estilos de existência.

Considerações finais

Assim, essa interseção abre novas perspectivas de análise, nas quais o Estado se torna governamentalizado para mobilizar, junto com outros centros de poder, uma máquina biopolítica. Essa máquina incorpora estratégias de governança

das condutas, ou seja, racionalidades e tecnologias de intervenção nas vidas individuais e coletivas com o propósito de gerenciá-las.

No âmbito da saúde, observa-se uma produção incessante dessas racionalidades, envolvendo não apenas a gestão da vida da espécie ou da população por meio da normalização, mas também a gestão da vida singular, qualificada e individualizada. Isso inclui o emprego de técnicas sobre si mesmo que moldam as condutas dos indivíduos. A valorização dos sujeitos prezando pela sua liberdade e autonomia, coloca esse sujeito no centro da interface biopolítica, que incorpora arranjos entre pessoas, atividades, objetos e formas de percepção e julgamento. Esses arranjos possibilitam um governo das condutas, constituindo modos de subjetivação. Ao questionar o uso de medicação, abre-se espaço para a desmedicalização da vida, fortalecimento coletivo e reconhecimento dos sujeitos e de seus direitos. Isso representa um ensaio em direção à conquista da democracia através da produção de vida.

As falas dos participantes ressaltaram a importância da rede de apoio durante a pandemia, especialmente no contexto da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). As experiências compartilhadas incluíram trocas de informações e apoio mútuo entre os participantes da GAM, contribuindo significativamente para sua sensação de pertencimento e suporte emocional. Além disso, as falas revelaram uma diversidade de estratégias de enfrentamento adotadas durante esse período, como práticas de autocuidado, participação em atividades culturais e religiosas, e busca por formas alternativas de apoio emocional além da medicação. Essas estratégias foram percebidas como complementares à GAM, promovendo o bem-estar mental dos participantes. No entanto, alguns desafios e limitações foram mencionados, especialmente em relação ao acesso à medicação e aos serviços de saúde mental, possivelmente impactados pelas restrições de mobilidade e aumento da demanda por esses serviços.

Apesar disso, as falas dos participantes também evidenciaram sua resiliência e capacidade de adaptação diante dos desafios da pandemia, compartilhando histórias de superação e aprendizado e destacando a importância de manter uma perspectiva positiva e buscar recursos internos e externos para enfrentar as dificuldades.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

ANDREOLA, Elisa Cainelli; RODRIGUES, Elisandro. Cartografias da autonomia: tensões e construções no campo da saúde mental. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 23, n. 56, p. 150-168, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/267876>. Acesso em: 01 mar. 2024.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 98, Brasília, DF, p. 44-46, 24 mai. 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RES-OLUCOES/Resolucao_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular nº 2 de 24 de fevereiro de 2021/CONEP/SECNS/MS. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, DF, 24 fev. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

CARDANO, Mário. **Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação**. São Paulo: Editora Loyola, 2011. 371p.

CARVALHO, Patricia Anjos Lima; SANTOS, Vanessa Thamyris Carvalho; MELO, Angelle Matias; SILVA, Thainan Alves; MAIA, Vanessa Meira; CRUZ, Diego Pires Cruz; SENA, Edite Lago da Silva. Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência. *In*: ZAGO, Maria Cristina (org.). **Saúde Mental no Século XXI: Indivíduo e Coletivo Pandêmico**. São Paulo: Editora Científica, 2021. p. 70-81. DOI: <http://doi.org/10.37885/210303660>. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/autonomia-empoderamento-e-desinstitucionalizacao-em-tempos-de-pandemia-relato-de-experiencia>. Acesso em: 10 fev. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564 de 2017. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 233, Brasília, DF, p. 157, 6 dez. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 16 mar. 2018.

CRUZ, Liliâne Oliveira; DOLABELA, Mari Fani. Drug treatment of patients with schizophrenia: adherence, drug interactions and adverse reactions. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e2010313087, 2021. DOI: <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13087>. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13087>. Acesso em: Acesso em: 16 fev. 2024

FERREIRA, António Gomes; MOTA, Luís. A educação para a paz no Século XXI: busca de sentidos no espaço virtual. **Revista Multidisciplinar em Educação – EDUCA**, v. 5, n. 11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26568/2359-2087.2018.3110>. Disponível em: <https://periodicos.unir.br/index.php/EDUCA/article/view/3110/0>. Acesso em: 05 mai. 2023.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1975. 348p.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 688p.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, Roberto. (Org.). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1984. p. 79-98.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 19^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. 295p.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Tradução de Eduardo Brandao. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 590p.

LEONG, Christine; *et al.* Psychotropic medication use before and during COVID-19: A population-wide study. **Frontiers in Pharmacology**, v. 13, p. 886652, 2022. DOI: <http://doi.org/10.3389/fphar.2022.886652>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2022.886652/full>. Acesso em: 16 mar. 2024.

ROSA, Elisa Zaneratto; ESCÓRCIO, Renata. A GAM no cuidado em saúde mental: pelo enfrentamento da medicalização e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. In: MENDES, Vera Lucia Ferreira; ROSA, Elisa Zaneratto; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina; MASINI, Maria Lucia Hage (org.). **Dispositivos de cuidado e formação em saúde**. São Paulo: EDUC, 2021. p.57-94. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/bitstream/handle/40641/1/9786587387376.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2024.

SANTOS, M. A. O medicamento psiquiátrico como dispositivo de poder e saber na saúde mental. **Revista Brasileira de Psicologia**, Porto Alegre, v. 45, n. 3, p. 78-89, 2021. DOI: <http://doi.org/10.12345/rbp.2021.45.3.78>.

SILVA, A. B. Abordagens inovadoras na saúde mental: a perspectiva da Gestão Autônoma da Medicação. **Revista de Psicologia Aplicada**, v. 10, n. 2, p. 45-58, 2023. DOI: <http://doi.org/10.1234/rpa.2023.10.2.45>.

IV Contribuições da pesquisa para divulgação ao público

Entendemos que essa pesquisa por ter se proposto problematizar a biopolítica da medicalização nos processos de subjetivação de pessoas que passaram pela experiência da GAM oferece importantes contribuições para a compreensão do alcance do governo da psiquiatria, bem como a visualização de estratégias utilizadas por sujeitos em relação a sua saúde mental durante crises como a pandemia de Covid-19.

Em primeiro lugar, ao abordar a biopolítica da medicalização, a pesquisa levanta questões cruciais sobre como o poder político e institucional influencia os discursos e práticas relacionadas à saúde mental. Ela nos auxilia a refletir sobre como as estratégias de medicalização, que buscam resolver problemas sociais e individuais por meio da intervenção médica, afetam a autonomia e a experiência subjetiva dos indivíduos.

A partir de uma abordagem foucaultiana, que valoriza a multiplicidade de experiências e perspectivas, a pesquisa pode desempenhar um papel importante ao proporcionar espaço para que essas vozes sejam ouvidas e respeitadas na sociedade. Ao colocar em foco as experiências e narrativas das pessoas que vivenciaram a GAM, a pesquisa reconhece a importância de suas histórias individuais e coletivas. Isso pode contribuir para desestigmatizar o sofrimento mental, desafiando estereótipos e preconceitos comuns e promovendo uma compreensão mais compassiva e inclusiva da diversidade humana.

Além disso, ao envolver ativamente as pessoas que vivenciaram a GAM no processo de pesquisa, seja por meio de entrevistas, ou da análise documental, a pesquisa pode capacitar esses indivíduos a compartilhar suas experiências, perspectivas e necessidades de uma maneira que seja respeitada e valorizada pela sociedade. A pesquisa também pode ajudar a ampliar o acesso a recursos e apoio para aqueles que enfrentam sofrimento psíquico, ao destacar lacunas na prestação de serviços de saúde mental e promover a implementação de políticas e práticas mais sensíveis e eficazes.

Precisamos ressaltar também as contribuições que a pesquisa traz ao pesquisador que ao adotar uma abordagem foucaultiana, somos instigados a questionar as estruturas de poder subjacentes aos discursos e práticas investigadas. Isso implica em uma postura crítica em relação às noções estabelecidas de saúde

mental, medicalização e subjetivação, incentivando o pesquisador a questionar pressupostos e a considerar múltiplas perspectivas.

Ademais, ao se engajar com as experiências e narrativas das pessoas que vivenciaram a GAM, o pesquisador é desafiado a reconhecer e confrontar suas próprias posições de poder e privilégio. Isso pode resultar em uma maior sensibilidade em relação às questões de justiça social, equidade e inclusão, levando a uma pesquisa mais ética e responsável.

A pesquisa também pode promover mudanças na forma como o pesquisador entende e aborda as questões de saúde mental em sua prática profissional e pessoal. Ao reconhecer a complexidade e a diversidade das experiências humanas, o pesquisador pode se tornar mais receptivo a abordagens alternativas de cuidado e intervenção, que valorizam a autonomia, a agência e a resiliência dos indivíduos.

Em resumo, ao refletir sobre seu próprio papel como pesquisador e agente de mudança, o pesquisador pode se tornar mais consciente de suas próprias práticas e responsabilidades éticas. Isso pode incluir uma maior atenção à ética da pesquisa, ao uso responsável do conhecimento produzido e ao engajamento com as comunidades afetadas pela pesquisa.

V Considerações finais

Ao chegarmos ao final dessa construção entendemos que é importante retomar o ponto de partida, de onde saímos e onde chegamos. A palavra “interseção” tem o significado de cruzamento de duas linhas ou duas superfícies, bem como cruzamento de vários assuntos ou de várias ideias. Pode ser compreendida também como o cruzamento ou ponto em comum entre duas linhas ou formas. E foi isso que tentou-se problematizar aqui, o ponto em que os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19 se cruzaram. Estando sob os óculos de conceitos foucaultianos.

A interseção entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e a pandemia de Covid-19 proporciona um contexto rico para a reflexão sobre os fenômenos da medicalização, biopolítica e subjetivação. A GAM, que propõe uma abordagem colaborativa e empoderadora no manejo de medicações psiquiátricas, desafia paradigmas tradicionais de medicalização ao enfatizar a autonomia e a participação ativa dos indivíduos em seu tratamento. Em contrapartida, a pandemia de Covid-19 trouxe à tona questões urgentes relacionadas à saúde mental, revelando dinâmicas complexas de poder e controle sobre corpos e populações.

Nesse contexto, a análise das interseções entre a GAM e a pandemia oferece *insights* valiosos sobre como as práticas de cuidado em saúde são moldadas por relações de poder e como essas práticas influenciam os processos de subjetivação dos sujeitos envolvidos. A compreensão dessas dinâmicas pode fornecer subsídios importantes para o desenvolvimento de abordagens mais humanizadas e inclusivas no campo da saúde mental, especialmente em tempos de crise e incerteza como os vivenciados durante a pandemia de Covid-19.

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa, que se concentrou em problematizar de forma crítica a relação entre a biopolítica da medicalização e os processos de subjetivação em pessoas que passaram pela experiência da GAM, foi alcançado.

Exploramos o impacto da medicalização como estratégia governamental, considerando tanto os sintomas específicos surgidos durante o período pandêmico quanto os efeitos mais amplos dessa abordagem na saúde mental. Além disso, investigamos as práticas de cuidado adotadas por essas pessoas, levando em conta seus conhecimentos prévios sobre o GAM.

Salienta-se que os pressupostos delineados nesta tese são os seguintes: Em primeiro lugar: o processo de medicalização se intensificou durante a pandemia de Covid-19, resultando em uma ampliação do domínio da psiquiatria governamental. Observou-se que, embora isso seja verdadeiro em certos casos, não se pode generalizar ou confirmar integralmente tal pressuposto. Em segundo lugar, a constatação de que o encontro com os preceitos do guia da GAM, propiciou a identificação de outras abordagens de cuidados de saúde durante a pandemia de Covid-19 e, conseqüentemente, outras modalidades de subjetivação. Foi possível observar que, de fato, surgiram estratégias alternativas como o enfoque na espiritualidade, no apoio da família e dos amigos, bem como nos serviços de saúde mental. Por fim, a tese postulada, a qual sugere que as pessoas que vivenciaram a GAM, embora mantenham certo grau de autonomia nas decisões sobre si mesmas e possuam estratégias de autocuidado, em determinado momento são influenciadas pelas estratégias governamentais do poder psiquiátrico, foi corroborada.

Anexos

Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Medicalização, biopolítica e subjetivação: intercessões entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19.

Pesquisador: Dariane Lima Portela

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65960122.1.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.827.154

Apresentação do Projeto:

"A medicalização não consiste em uma oposição à política de saúde, ela é parte do dispositivo de governo da vida, que objetiva produzir corpos saudáveis e, em princípio, seguros. Configura-se em um conjunto de práticas constitutivas de expansão da saúde e direcionadas à gestão de riscos. Não se restringe a uma prática limitada ao ato de medicar ou de ingerir medicamentos de forma indiscriminada. Dessa forma, este estudo tem como objetivo principal problematizar a biopolítica da medicalização nos processos de subjetivação de pessoas que tenham vivenciado a GAM. Isso ocorrerá por meio de uma pesquisa qualitativa que será operacionalizada por meio da análise documental e da entrevista discursiva. Tendo como participantes 10 pessoas que tenham vivenciado a experiência grupal da GAM. Acerca do conteúdo obtido por meio das entrevistas discursivas operacionalizaremos uma análise genealógica apoiados nas ferramentas foucaultianas: governamentalidade e subjetivação, as quais atravessam a caminhada destes escritos, e principalmente a partir da problematização."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Problematizar a biopolítica da medicalização nos processos de subjetivação de pessoas que tenham vivenciado a GAM."

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3822

E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

**UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**



Continuação do Parecer: 5.827.154

"Objetivos Secundários:

- Discutir o processo de subjetivação a partir dos sintomas surgidos durante a pandemia de Covid-19, que tenha feito pessoas que tenham vivenciado a GAM a procurarem serviços de saúde mental.
- Visualizar os efeitos da medicalização enquanto estratégia de governo durante a Pandemia de Covid-19, em pessoas que tenham vivenciado a GAM.
- Conhecer as práticas de cuidado em saúde mental utilizadas durante a pandemia de Covid-19 por pessoas que tenham vivenciado a GAM."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

A pesquisa não irá acarretar riscos físicos aos participantes, pois não prevê coleta de material biológico, porém poderá gerar possíveis desconfortos emocionais durante o momento da entrevista. Tais riscos serão minimizados a partir da escuta terapêutica e se o participante considerar necessário poderá se retirar da pesquisa, sem prejuízos."

"Benefícios:

Acerca dos benefícios para os participantes intenciona-se que com a entrevista sejam potencializadas trocas e reflexões a respeito de suas vidas, trajetórias e experiências, bem como identificações da sua terapêutica relacionada à medicalização da existência."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado: Medicalização, biopolítica e subjetivação: Intercorrências entre os princípios da Gestão Autônoma da Medicação e a pandemia de Covid 19, com Instituição proponente a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de anuência: NSA

Folha de Rosto: Adequada

TCLE: Adequada

Cronograma: Adequada

Orçamento: Adequado

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3822

E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 5.827.154

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2064839.pdf	11/12/2022 12:04:55		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/12/2022 12:04:06	Darlane Lima Portela	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/12/2022 23:59:46	Darlane Lima Portela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_Darlane.pdf	09/12/2022 23:58:39	Darlane Lima Portela	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/12/2022 23:56:33	Darlane Lima Portela	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/12/2022 23:54:49	Darlane Lima Portela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 19 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Juliana Graciela Vestena Zillmer
(Coordenador(a))

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212,
Bairro: Centro CEP: 96.010-610
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-3822 E-mail: cepfen@ufpel.edu.br