

Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará

Jomábia Cristina Gonçalves dos Santos¹ (ORCID: 0000-0001-8175-6018) (jomabia13@hotmail.com)

Dimas Sampaio Cavalcante¹ (ORCID: 0000-0001-7917-0472) (dimascavalcante@alu.ufc.br)

Camilla Araújo Lopes Vieira¹ (ORCID: 0000-0003-1706-3772) (tgd.camilla@gmail.com)

Paulo Henrique Dias Quinderé¹ (ORCID: 0000-0002-8470-1909) (quinderephd@gmail.com)

¹ Universidade Federal do Ceará. Sobral-CE, Brasil.

Resumo: Este trabalho objetiva discutir como o fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico se apresenta no discurso e na prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Foram realizadas observações sistemáticas e entrevistas semidiretivas com sete trabalhadores do município de Iguatu, Ceará, Brasil. A análise dos dados foi feita através da Análise de Conteúdo, de Bardin. Os resultados apontaram para uma centralidade no uso de medicação para atender o sofrimento psíquico que chega às unidades de saúde. Os profissionais discorreram sobre o medicamento enquanto uma estratégia rápida e eficiente, que, em consonância com a literatura pesquisada, pode ser utilizada como um dispositivo de controle do sujeito em adoecimento psíquico. Considera-se possível mobilizar, junto aos profissionais, espaços de discussão que apontem para o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico através do uso de tecnologias leves, como escuta, vínculo e diálogo.

► **Palavras-chave:** Medicalização. Estresse psicológico. Atenção Primária em Saúde.

Recebido em: 29/11/2021

Revisado em: 22/03/2022

Aprovado em: 01/05/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333010>

Editor responsável: Rossano Lima

Pareceristas: Fernando Freitas e Manuela Müller

Introdução

O discurso biomédico ocupa papel hegemônico no imaginário social. A medicina e suas narrativas em torno dos tratamentos dos agravos em saúde possuem centralidade nos modos de organização da vida dos sujeitos, e nas expectativas para se alcançar a cura, que geralmente é entendida como a supressão do sintoma que causa mal-estar (FREITAS; AMARANTE, 2015).

A medicalização da vida se relaciona com as práticas biomédicas, nas quais a medicina se transforma em uma instituição de controle social que toma a sociedade como objeto de higienização e disciplina (FOUCAULT, 2001); um processo em que as intervenções médicas passam a incluir objetos que anteriormente não faziam parte de seu campo de atuação (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

O crescimento de hospitais, de indústrias farmacêuticas, da distribuição e da prescrição de medicamentos, bem como o discurso em torno de novas técnicas terapêuticas, se incorpora a diversos aspectos da condição humana e rompem cada vez mais as fronteiras do que é considerado normal e patológico na sociedade, o que contribui com o crescimento do uso de fármacos pela população (CAPONI; VALENCIA, 2013).

No que se refere à saúde mental, a medicalização ganha força, tanto na perspectiva dos profissionais de saúde, quanto na dos usuários que buscam a “cura” de sua sintomatologia (POMBO, 2017). Tal fenômeno tem relação com o que se compreende por modelo biomédico da psiquiatria. Antes do movimento de reforma psiquiátrica, o modelo biomédico da psiquiatria apontava o hospital psiquiátrico como único local de tratamento, no qual o saber do médico, a ênfase na origem orgânica do adoecimento mental e a terapêutica medicamentosa eram primazia (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Almejando fazer parte do campo das ciências médico-biológicas, a psiquiatria moderna passou a classificar sintomas e comportamentos enquanto transtornos mentais, os quais seriam desequilíbrios químicos no cérebro. Contudo, como apontam Freitas e Amarante (2015), no processo de construir categorias diagnósticas para classificar comportamentos sociais, pôde-se perceber que os critérios de classificação mudavam historicamente, de acordo com condições morais, políticas e institucionais, por isso diversas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foram criadas em pouco tempo. Logo, esse modelo de tratamento passou a ser questionado por alguns movimentos sociais.

Mesmo passando por indagações quanto a sua confiabilidade e validade, a influência do modelo biomédico da psiquiatria, a expansão dos psicodiagnósticos e dos critérios diagnósticos formulados a partir das últimas edições do DSM, tem produzido hoje sujeitos que veem a medicação como algo indispensável no tratamento (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Além de discutir a validade dos critérios diagnósticos, o movimento da antipsiquiatria questionou a relação autoritária entre médico-paciente e o modelo manicomial de cuidado. Por isso, na década de 70, se fortalece o processo de reforma psiquiátrica, que aponta para uma lógica não biomédica e antimanicomial nas práticas em saúde mental, primando pela autonomia dos usuários e pela implementação de uma rede substitutiva comunitária de cuidados, na qual o paciente possa ser acompanhado em seu território (AMARANTE; NUNES, 2018).

Através dessas propostas, os usuários com necessidades de saúde mental passam a ser assistidos nas diversas redes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as quais, a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é a porta de entrada do SUS, e é responsável por coordenar os fluxos de atendimento dentro do serviço, realizar acompanhamento integral e universal dos indivíduos, e garantir acesso, autonomia e práticas em saúde mental pautadas nas propostas da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2017).

Ribeiro, Caccia-Bava e Lorenzi (2013) apontam que, dentro da APS, os profissionais se deparam cotidianamente com pacientes com necessidades de saúde mental, visto que estes também estão inseridos em seus territórios de atuação, e tem como principais demandas, os transtornos considerados mais leves, como ansiedade e quadros depressivos. Sobre isso, Minóia e Minozzo (2015), sinalizaram que os profissionais apresentam dificuldades em conduzir a assistência a esses usuários, no que se refere ao acolhimento, as condutas necessárias e no manejo da escuta.

O atendimento a sujeitos em sofrimento psíquico na APS é efetuado com resistência e distanciamento oriundos do preconceito e estigma vividos pelos usuários, o que ocasiona uma prática de prescrição de medicamentos e/ou renovação de receitas, que já é fruto do processo de medicalização que perpassa a atuação dos profissionais (CASSIANO; MARCOLAN; SILVA, 2019). Para enfrentar essa problemática, a equipe de APS precisa ampliar o cuidado em saúde mental para além da ótica dos ditos transtornos mentais, construindo modelos integrais de assistência, que considerem o usuário, sua família e o território (SANTOS *et al.*, 2020).

No município de Iguatu-CE, a partir da experiência em um programa de residência multiprofissional, suscitaram-se interrogações acerca do acolhimento aos pacientes com demandas de saúde mental pelos profissionais da APS, que se tornaram objeto de pesquisa de uma das integrantes da equipe de residentes.

A partir do cotidiano do serviço e do diálogo com os trabalhadores e usuários, questões relativas às dificuldades no contato com pacientes em sofrimento psíquico, e do uso de tecnologias leves no acolhimento, produziam condutas centradas na medicação. Partindo dessas experiências, este trabalho objetiva discutir sobre como a medicalização do sofrimento psíquico aparece nos discursos e/ ou práticas de saúde mental dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Iguatu-CE.

Materiais e Método

Pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza aplicada e de cunho exploratório. Esse tipo de estudo trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2010). Caracterizou-se também como um estudo observacional e de campo. A pesquisa de campo é utilizada com o intuito de coletar informações sobre um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, podendo novos fenômenos ser descobertos durante sua execução (MARCONI; LAKATOS, 2013).

O público-alvo desta pesquisa foram duas equipes da Atenção Primária do município de Iguatu. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade está localizada na região centro-sul do estado do Ceará, a aproximadamente 380 km da capital Fortaleza (IBGE, 2015). O levantamento das informações ocorreu através de observações sistemáticas experienciadas entre os meses de julho de 2018 a março de 2020. As atividades observadas diziam respeito ao acolhimento e acompanhamento dos usuários com necessidades de saúde mental pelos profissionais.

As duas equipes estavam inseridas em um mesmo prédio, e atendiam uma população de dois bairros do município. A população acompanhada pode ser classificada como de classe média nível C e D. Os profissionais das equipes eram responsáveis por realizar atividades coletivas e individuais de promoção e prevenção a saúde da população.

Dentre os serviços ofertados estavam: consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; atividades de educação em saúde realizadas dentro da unidade e na comunidade; realização de visitas domiciliares para acompanhamento das famílias; e ainda ações das categorias profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a saber, psicologia, fisioterapia, serviço social e nutrição. Os agendamentos para consultas de enfermagem, medicina e odontologia eram efetuados junto a recepção do serviço. Já para o NASF, as demandas chegavam através de encaminhamentos dos enfermeiros e médicos, e também a partir dos agentes comunitários de saúde.

Além da pesquisa observacional, foram realizadas entrevistas semi-diretivas com profissionais de saúde que compunham as equipes. As entrevistas ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os meses de agosto e setembro de 2019. Foram gravadas e posteriormente transcritas no momento da análise de dados. Após a transcrição, as gravações foram excluídas.

A entrevista era estruturada da seguinte forma: um bloco referente a perguntas sobre o acolhimento de um modo geral, outro bloco acerca do acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental e por fim interrogações sobre dificuldades percebidas e estratégias de enfrentamento. Ressalta-se que não havia um questionamento específico sobre a medicalização, contudo o fenômeno surgiu na fala dos entrevistados, principalmente no segundo bloco de perguntas, quando indagados: *“Como se dá o acompanhamento desse usuário pela Estratégia Saúde da Família? Quais são os encaminhamentos realizados e/ou ofertados para esses pacientes durante o acompanhamento?”*.

O trabalho contou com a participação de sete trabalhadores de saúde, com diferentes níveis de escolaridade. Existiu representação das categorias: auxiliar de serviços gerais, enfermagem, odontologia, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e serviço social. Destes, seis se identificaram com o gênero feminino, e um com o gênero masculino.

Os participantes tinham entre 27 e 65 anos, com mais de um ano de experiência na APS, tendo, alguns deles, mais de 15 anos de atuação no SUS. As categorias profissionais de nível superior, bem como os ACS já haviam participado de encontros formativos de diversas temáticas relativos ao trabalho na APS, geralmente promovidos pelas universidades locais e Escola de Saúde Pública. Foram incluídos trabalhadores que, no período da coleta de dados, estivessem lotados nas referidas UBS e acessíveis

aos pesquisadores. Excluíram-se aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, bem como os que estavam em período de férias no momento da coleta.

A análise dos dados foi realizada entre os meses de agosto de 2019 e janeiro de 2020, e o método utilizado foi a Análise de Conteúdo de Bardin, que organiza os procedimentos para realizar a análise em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2006).

Na pré-análise, organizou-se o material com o intuito de sistematizar as ideias iniciais, isto foi feito através de uma leitura mais aprofundada para conhecimento do texto. Na etapa de exploração do material foram definidas categorias, esta foi uma fase de descrição orientada pelas hipóteses e referenciais teóricos da pesquisa. Por fim, na etapa do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, as informações foram condensadas, e se realizou a análise reflexiva e crítica das categorias encontradas (BARDIN, 2006).

Os resultados apresentados descrevem como o processo de medicalização do sofrimento psíquico se faz presente nos cuidados ofertados aos usuários com necessidades de saúde mental acompanhados pelos profissionais entrevistados. A análise das entrevistas resultou em duas categorias, intituladas: “*Nunca falta receita azul*: O discurso biomédico e o medicamento enquanto oferta” e “A medicalização enquanto dispositivo de controle da loucura”, que serão discutidas a seguir.

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com número de CAAE: 15457019.5.0000.5037. O projeto de pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. A identidade dos participantes foi resguardada, tendo sido utilizada a letra “E” de entrevistado, seguida de número cardinal e categoria profissional, para indicar a fala dos participantes durante a apresentação e discussão dos resultados.

Resultados e Discussão

Dentre as demandas de saúde mental que chegavam as unidades de saúde, se faziam presentes os considerados “transtornos mais leves e moderados”, a saber, sintomas ansiosos e depressivos. Havia ainda os usuários que eram acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e procuravam a APS para renovação de suas receitas e/ou agendamento de consultas.

Foi possível perceber, durante a atuação enquanto profissional residente que estava diariamente inserida na realidade do serviço das unidades, que a prática tecnoassistencial prevalecia em boa parte dos atendimentos, bem como o modelo biomédico da psiquiatria. Existiam dias específicos de consultas médicas de saúde mental, com um número de agendamentos considerável, o que impossibilitava atendimentos em que se pudesse escutar aqueles sujeitos. Na prática, o que ocorria era uma renovação das receitas dos pacientes.

Devido à imposição das gestões (não só em nível municipal, mas também federal) de se cumprir metas, de atender uma maior quantidade de pacientes, notou-se que dedicar um tempo a escutar o que o usuário tinha a dizer sobre seu agravo de saúde, entender a história da doença e as práticas de saúde dos usuários, bem como fornecer orientações gerais para autocuidado, eram práticas cada vez mais escassas nos fluxos de trabalho, enquanto uma onda de “renovação de receitas” havia se propagado nas unidades de saúde.

A UBS tinha profissionais residentes que faziam parte da equipe do NASF, incluindo a categoria profissional de psicologia. Esta profissional acabava sendo referência para encaminhamentos de usuários pelos demais, o que causou uma enorme demanda de atendimentos individuais. Quando havia necessidade de rever a medicação indicada, o usuário era encaminhado para o CAPS. Em alguns breves momentos de diálogo com os médicos de família, eles relatavam não se sentirem confortáveis quanto a realizar alterações nas doses e tipos de medicação.

Em conversas com os demais membros da equipe foram verbalizadas dificuldades que as profissionais encontravam em manejar o atendimento a pacientes que traziam em suas falas algum tipo de sofrimento psicológico. Existiam receios em lidar com choro dos participantes ou com relação ao que falar e ao que fazer, e apontavam que durante a formação acadêmica, apesar de ser bastante discutida a atuação na atenção primária, a temática de saúde mental não era aprofundada.

Essas informações dialogam com o estudo de Viana e Lima (2016), realizado nas cidades de Iguatu e Fortaleza/CE. Nas entrevistas efetivadas pelos pesquisadores, os profissionais se queixaram que as suas formações não os capacitaram para acompanhar usuários com demandas de saúde mental. Ainda de acordo com os dados levantados, alguns trabalhadores não tinham conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial (VIANA; LIMA, 2016).

Sabe-se que o apoio matricial é um arranjo organizacional que visa conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (BRASIL, 2018). O matriciamento, momento em que os profissionais do CAPS e da APS se reuniam para discutir casos e/ou trabalhar temáticas relativas as demandas dos usuários no território, seria uma possibilidade de capacitar os profissionais, contudo, este quase não ocorria nas unidades de saúde, sendo desmarcado em algumas situações devido as agendas dos serviços, falta de carro, ou não comparecimento dos profissionais da APS ao momento.

Os profissionais-residentes que compunham o NASF realizavam alguns encontros formativos com os profissionais. Na perspectiva de atividades de promoção de saúde mental, os residentes facilitaram salas de espera, atividades coletivas em espaços do território, e em escolas. Vale destacar que os profissionais-residentes eram estimulados, devido ao próprio processo formativo da residência, acerca da importância da realização dessas ações. Logo, a inserção dos residentes nos serviços de saúde era potencializadora de práticas de cuidado antimanicomial e não biomédicas.

Tais apontamentos são importantes pois, pode-se perceber que eram várias as questões que se relacionavam com os discursos e/ou práticas de medicalização que discutiremos a seguir. Desde a falta de formação dos profissionais, a dinâmica do serviço, que priorizava um maior agendamento de usuários para consultas, passando ainda por questões de gestão, que exigiam uma maior produtividade do serviço.

“Nunca falta receita azul”: O discurso biomédico e o medicamento enquanto oferta

Na atenção primária, o discurso de que a medicação é uma estratégia de tratamento rápida e eficiente, que resulta na melhora do agravo dos usuários, se fazia presente no cotidiano do serviço. Era rotineira a organização para que os pacientes passassem pela consulta médica para renovação de suas receitas. Muitos iam à unidade apenas esse dia do mês, conhecido na agenda do médico como o “dia da saúde mental”. No trecho a seguir, os entrevistados discursaram sobre o medicamento enquanto oferta na assistência:

Mas o pessoal procura fazer tudo direitinho pra eles pegar os remédio [...] Nunca falta a receita azul. (E. 2 - Auxiliar de serviços gerais).

É só consulta médica e pronto [...] Pra mim resume-se aquele atendimento voltado, aquela atenção voltada pro medicamento, curativa. (E. 3 - Enfermeira).

Eu vejo que aqui no PSF é só mais receita. Minha receita, minha consulta, minha receita, minha consulta. (E. 4 - ACS).

Os resultados apontam para uma centralidade no uso de medicação para atender o sofrimento psíquico que chega à UBS. Desta forma o médico acaba ganhando papel centralizador das ações, sendo os demais profissionais coadjuvantes na produção de suas práticas. Os demais membros da equipe parecem se organizar para atender as pessoas com queixas de sofrimento psíquico de modo a garantir a dispensação de medicamentos como única terapêutica ofertada a estas pessoas. A consulta parece se reduzir à repetição das receitas que os usuários já vêm tomando, no máximo, se pergunta se está tudo bem, se a medicação está funcionando direitinho, e se não há nenhuma outra intercorrência.

Os achados conversam com um estudo realizado também no Ceará, nas cidades de Fortaleza e Maracanaú, no qual os dados apontaram que, na perspectiva dos profissionais, o acesso e gratuidade na dispensação da medicação são vistos como um indicador de resolutividade e continuidade do cuidado em saúde mental (BEZERRA *et al.*, 2014). Os autores pontuam que o atendimento na UBS, quando se restringe à conduta médica e à prescrição de medicamentos, promove à manutenção de práticas hegemônicas que não possibilitam a elaboração do sofrimento psíquico a partir da experiência dos sujeitos. Como ilustrado no trecho abaixo:

[...] muitas vezes o médico renova a receita, não olha pro paciente, às vezes a ACS pega a receita e renova com a médica (E. 1 - Assistente Social).

A “renovação de receitas” é resultado do processo de medicalização, o qual está relacionado com a prática de assistência biomédica e do modelo curativo que a reforma psiquiátrica vem tentando modificar (BEZERRA *et al.*, 2014). O dispositivo biomédico coloca a medicação como única alternativa para o enfrentamento do adoecimento psíquico, patologizando comportamentos, e retirando a autonomia e corresponsabilização do usuário no tratamento, pois coloca o medicamento como centro do cuidado.

Foucault (2008) discute sobre o poder biomédico, compreendendo este enquanto um discurso que constitui uma sociedade onde o sujeito e a comunidade são manejados por meio da medicina, que enquanto uma prática social, transforma o corpo individual em força de trabalho, objetivando o controle social.

Dentro das unidades básicas de saúde, esse saber voltado para o médico é muito presente. Esses profissionais nunca estão disponíveis, devido a uma superlotação de atendimentos, ou flexibilidade de horários, pois a categoria possui uma carga-horária que eles podem adaptar do modo que acharem mais confortável. Durante o programa de residência, ocorreram diversas reuniões de equipe, e o médico não participava, pois estava realizando consultas. No período de execução desse estudo, a categoria foi procurada diversas vezes pelos pesquisadores, entretanto não foi possível sua participação devido à incompatibilidade de horários para realização da entrevista.

O controle social exercido pela medicina data de meados do século XVIII (FOUCAULT, 2008). No que tange às práticas em saúde mental, o discurso da medicalização se propõe a curar o doente, uma cura entendida como sinônimo de normalidade, logo, para que o sujeito apresente uma melhora de sua condição, ele deve ser medicalizado (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Como se destaca no trecho a seguir:

Porque inicialmente os pacientes não chegavam aqui, vinha um familiar com a caixa do medicamento, só pro médico prescrever a medicação, não aparecia nem o paciente. (E. 3 - Enfermeira).

É necessário pontuar, que o discurso da medicalização enquanto única ou principal solução, também é presente na trajetória em busca de cuidado da população atendida. Fato bastante comum eram os usuários se dirigirem aos diversos profissionais durante consultas médicas, de enfermagem ou de psicologia, almejando por um “remédio” que pudesse solucionar seus sintomas ansiosos.

A procura pelo serviço de saúde ocorre através da percepção que o usuário tem daquilo que é ofertado pelo serviço, assim como da realidade sociocultural e sanitária onde estão inseridos. Essa percepção é formada a partir de um campo simbólico que é carregado de subjetividade, desejo e discursos sociais (SOUZA; BOTAZZO, 2013). Sobre isso, retoma-se Foucault (2008), que salienta que o discurso e as forças de poder presentes na sociedade influenciam a subjetividade dos indivíduos.

É possível perceber que processo de medicalização passa a ocorrer a partir da perspectiva de vários atores, dentre eles os usuários, que se subjetivam a partir dos discursos sociais vigentes. O contexto de patologização do sofrimento psíquico e do aumento de sintomas tratados através da psicofarmacologia faz com que os indivíduos enxerguem o medicamento como possibilidade de minimizar sua doença, ou até mesmo de maximizar sua saúde, como por exemplo, na busca pelo aperfeiçoamento

pessoal com o uso de fármacos, mesmo quando não há nenhum diagnóstico pré-estabelecido. (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA, 2014).

Reduzir o medicamento como única alternativa terapêutica, permite, por exemplo, que o profissional entregue a receita sem olhar para o paciente, que a ACS ou o familiar se dirija a consulta sem a presença do usuário, o que retira a corresponsabilização do sujeito em seu processo de cuidado.

Tal fato destaca a necessidade de construir um diálogo com os sujeitos e comunidades sobre outras possibilidades de cuidado, que não somente o tratamento farmacológico. Essa construção pode ocorrer junto a movimentos sociais e líderes comunitários, pois o processo de reforma psiquiátrica se deu também através do fortalecimento dos usuários em busca de práticas emancipatórias em saúde mental.

Um dos pilares que sustentam a medicalização é a classificação do que hoje se chama de transtornos mentais. O crescente número de diagnósticos no decorrer das edições do DSM, bem como dos fármacos que chegam ao mercado com o objetivo de “curar” rápida e eficazmente os sintomas, reafirmam o lugar do medicamento como solução (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Até o surgimento da primeira edição do DSM, a classificação das doenças e os sintomas psiquiátricos tinham bases pautadas nos saberes da fenomenologia e da psicanálise. Pensava-se em encontrar na história de vida do paciente, algo que pudesse se relacionar com o surgimento dos sintomas relatados. Contudo, a partir de sua terceira edição, em 1980, influenciado pelo modelo biomédico da psiquiatria, fortaleceu-se a narrativa de que o adoecimento psíquico tinha relação com uma desordem fisiológica (SANTOS *et al.*, 2019).

Nessa lógica de construção dos diagnósticos dos transtornos mentais, o medicamento participa da nomeação do transtorno, pois à medida que não se considera mais o discurso do sujeito sobre seu adoecimento, e coloca-se a verdade do sintoma relacionada ao fisiológico, a medicação promoveria a regulação do funcionamento bioquímico do corpo. Sobre isso, Freitas e Amarante (2015) concordam ao afirmarem que: “Ao exportar seus conceitos e tratamentos dos transtornos mentais, [...] igualmente exporta os processos de medicalização” (p. 44).

Em parceria com o discurso psiquiátrico, a indústria farmacêutica oferece uma série de medicações para regular o desequilíbrio químico do cérebro. Surgem no mercado uma extensa lista de antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos que

podem ser prescritos não somente pelo psiquiatra, mas por qualquer médico, dentre estes, o clínico da família que atua na APS.

Essas narrativas em torno dos psicofármacos instruem novas sintaxes do viver, bem como novas formas de proceder perante fenômenos clínicos. Influenciam o modo como o sujeito demanda aos profissionais e a conduta destes frente ao tratamento do adoecimento psíquico (COSER, 2010). Os trechos abaixo ilustram uma prática que se reproduz dentro das unidades, estabelecendo a terapêutica medicamentosa como única ferramenta de relação entre profissionais e usuários, desconsiderando todo o setting de agenciamentos de afetos e de produção de sentido sobre o processo de saúde-doença da população assistida:

Aqui é agendado né, sempre a saúde mental é agendado. E às vezes quando a pessoa não vem ou perde a consulta, às vezes vem na demanda livre, no caso do meu psf, a minha atendente faz assim. Então ele é encaixado naquele dia pra receber a medicação. (E. 5 - ACS).

Por que tem paciente que faz 20 anos que toma diazepam sem reavaliação. Paciente que teve uma convulsão febril e toma gardenal há 10 anos sem avaliação. (E. 3 - Enfermeira).

Os achados dessa pesquisa possibilitam a reflexão sobre se de fato o modelo biomédico está sendo desconstruído através da implementação da rede de atenção psicossocial. Freitas e Reuter (2021) destacam que apesar de as propostas da reforma psiquiátrica exigirem transformação nas práticas de cuidado em saúde mental, é possível visualizar situações em que o discurso biomédico é determinante nos modos de vida e subjetividade dos indivíduos, assim como nas práticas executadas pelos profissionais.

As falas dos participantes dessa pesquisa indicam que o paradigma biomédico psiquiátrico se mantém nos equipamentos da atenção primária. O cuidado agora é em território, mas ainda se classificam sintomas em transtornos mentais, é difícil escutar os sujeitos em sofrimento, o fármaco é a principal estratégia no tratamento, e o cuidado ainda é centralizado no poder do médico.

O processo de reforma psiquiátrica propõe uma assistência em saúde mental pautada no acolhimento, na escuta e no território em que o sujeito está inserido, pois luta pela desinstitucionalização, e pela implementação de uma rede substitutiva comunitária de cuidados (AMARANTE; NUNES, 2018).

A APS, que tem como foco os seus territórios de abrangência, e o intuito de proporcionar atendimento integral a sua população adscrita, deve fazer parte dessa rede de cuidados, sendo potente no que diz respeito ao vínculo, ao acolhimento e ao uso de tecnologias leves no acompanhamento longitudinal dos sujeitos.

Para problematizar, junto aos profissionais, usuários e gestores, as práticas de cuidado à pessoa com agravo em saúde mental, no âmbito da APS, é importante a incorporação de novas relações e dinâmicas sociais, e de um debate que questione a clínica tradicional baseada no indivíduo e na doença, que muitas vezes negligencia os determinantes sociais e políticos, e as experiências dos sujeitos (BEZERRA *et al.*, 2014).

Nos achados desta pesquisa, quando indagados sobre as possibilidades para potencializar o cuidado ofertado à população, os profissionais ressaltaram os processos de educação permanente, capacitações, reuniões de equipe e apoio matricial. Alguns participantes ainda apontaram falhas na formação, que os fazia sentirem-se despreparados para efetuar a escuta qualificada, e que devido a essa insegurança, acabavam realizando condutas prescritivas ou de encaminhamentos para a atenção especializada.

A atenção primária se configura enquanto uma potência no processo de desmedicalização. O fato de a comunidade ser o cenário das suas intervenções e o vínculo e acolhimento nortear suas práticas, proporciona que os pacientes possam ser tratados não somente enquanto números de prontuários (LANCETTI; AMARANTE, 2013). Contudo, para isto, os profissionais de saúde precisam ter habilidades para lidar com o sofrimento humano.

Sobre as possíveis ações que fomentam o cuidado em saúde mental pautado na corresponsabilização e autonomia dos sujeitos, é necessário que nas práticas do cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais sejam instigados a utilizarem de tecnologias leves que se proponham a atingir a integralidade e humanização do cuidado. Essas tecnologias se pautam no acolhimento, vínculo, diálogo e escuta (COELHO; JORGE, 2009). No entanto, o que os dados dessa pesquisa e a literatura estudada apontam é que, geralmente, na prática do serviço de saúde mental ofertado na APS, há uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com difícil comunicação entre profissionais e usuários, pouco uso de tecnologias leves e leve-duras, e uma prática que objetiva o controle do paciente (CASSIANO; MARCOLAN; SILVA, 2019; SANTOS *et al.*, 2020).

A medicalização como um dispositivo de controle da loucura

Ainda é algo muito comum o estereótipo que é associado à pessoa com agravo em saúde mental enquanto alguém desprovido de razão, violento, louco, e que por isso deve ser evitado, controlado. Diversas vezes no cotidiano dos serviços de saúde se escuta

frases, tanto de usuários, quanto de profissionais, que reafirmam esses estereótipos, quando, por exemplo, o paciente chega relatando que não havia procurado o serviço antes, com receio de ser visto enquanto “louco”, ou quando uma ACS entra na sala e diz “*hoje é dia de saúde mental, só tem gente perturbada lá fora* (sic)”.

Foucault (2005) em seu livro “História da Loucura na Idade Clássica”, que teve seu lançamento em 1961, discorre sobre a loucura enquanto uma construção histórica. Para o autor, a loucura não existe fora dos discursos que tentam normatizar, excluir e controlar o louco. O filósofo deixa claro que a loucura não é um objeto natural e que sempre existiu, mas a coloca enquanto uma criação do próprio homem. A loucura foi criada a partir da marginalização de pessoas que não estavam de acordo com a moral, como os hereges e libertinos, e que por isso, deveriam ser excluídos da sociedade. Posteriormente, no séc. XIX, com a ascensão da psiquiatria, a loucura associou-se à doença mental, deixando de ser uma questão moral e jurídica, para ser uma questão médica de exclusão. O autor narra o quanto a loucura passa de uma experiência sensível da humanidade, para uma construção daquilo que atualmente conhecemos como transtorno mental, ou *disorder* (FOUCAULT, 2005).

Nesta categoria, discutiremos como essa narrativa de controle e exclusão da loucura, coloca o medicamento enquanto um dispositivo para atingir esse fim, como expressado nos trechos a seguir:

Muitas vezes o médico não colabora, vê que a pessoa tá surtando e “nam, hoje não é dia de receita controlada”, não dá, não dá, não dá e não dá. (E. 4 - ACS).

Mas sempre tem aqueles probleminhas daquelas pessoas que sabe que é saúde mental, sabe que não pode deixar de tomar o remédio, deixa, chega aqui surtando. (E. 7 - ACS).

Entendendo a loucura, na perspectiva de Foucault, diversas foram as tentativas de controlá-la no decorrer da história. Desde as práticas de enclausuramento das pessoas marginalizadas em asilos na Idade Clássica, que objetivavam higienizar as cidades, às internações em hospitais psiquiátricos no séc. XX, nos quais os sujeitos considerados loucos passavam por tratamentos violentos, culminando nos dias atuais, nas quais se produzem novas formas de controle da loucura, dentre estas, a medicalização (FOUCAULT, 2005).

É certo que a reforma psiquiátrica trouxe avanços no que diz respeito ao acompanhamento dos sujeitos. O processo de desinstitucionalização provocou uma redução significativa dos hospitais psiquiátricos nos quais os indivíduos eram

presos em celas ou leitos, e a implantação de espaços nos quais o usuário possa circular livremente.

De acordo com Frosi e Tesser (2015), existe uma compatibilidade epistemológica entre a reforma sanitária e a psiquiátrica, ambas se propõem ao cuidado integral e autônomo dos sujeitos. Porém existem desafios que precisam ser enfrentados, dentre eles a prevalência do tratamento medicamentoso, a visão da saúde mental enquanto um saber especializado e a corresponsabilização do cuidado entre os profissionais da APS e da atenção especializada.

Se anteriormente se trancava ou amarrava o sujeito louco para controlá-lo e lhes dispensar uma série de tratamentos morais, atualmente, observa-se, através das falas dos entrevistados, que se renovam receitas e psicotrópicos para que o paciente esteja nos espaços do território controlado, sem “surtos”. Durante a vivência enquanto profissional residente, os demais membros da equipe relatavam o quanto sentiam medo de atender “esses pacientes”, ou até mesmo questionavam ao usuário que chegava relatando sofrimento psíquico, se ele estava com os medicamentos “em dias”.

Desinstitucionalizar significa cuidar do sujeito em sua existência e em relação com suas condições de vida, e não somente através da administração de fármacos ou psicoterapias (AMARANTE, 1995). O intuito é construir possibilidades junto aos usuários, promover que estes, ocupem uma posição de sujeito de seu sofrimento.

Tem aquelas pessoas que é sempre bem certinho, todo mês vem buscar o remedinho direitinho, não falta. Tá controlado. Então, assim fica tudo bem, tudo correto, não dá problema nenhum [...]. É porque realmente ninguém pode controlar todo mundo. Sempre vai ter uns e outros que a gente morre de controlar, educar, educar, mas infelizmente não dá (E. 6 - ACS).

É necessário pontuar que a medicalização tem o objetivo de regular uma série de características que a cultura, os pacientes, os familiares e os profissionais de saúde (sejam eles médicos ou não) passaram a perceber enquanto necessárias de restauração. Foucault (2008) denomina de biopolítica, os atos e discursos de poder que regulam a vida dos sujeitos em aspectos como saúde, higiene, natalidade e outros, com o intuito de manter ou ampliar a dominação da população.

No que tange ao medicamento enquanto estratégia biopolítica, se anteriormente, os manicômios eram espaços de controle e exclusão da loucura, hoje, quando utilizado de forma indiscriminada, na APS, nos CAPS ou em outros equipamentos da rede de saúde mental, o medicamento é este dispositivo de forma atualizada, pois

retira a vivência do usuário sobre seu sofrimento, com o objetivo de inseri-lo em normas e padrões sociais aceitos culturalmente (ROCHA, 2018).

Devido ao medo e ao estigma da saúde mental como doença e loucura, muitos profissionais da APS não ampliam as alternativas de cuidado para com os pacientes¹⁰. No acolhimento em saúde mental é preciso o entendimento e cautela de que os usuários podem apresentar alguns comportamentos que não são esperados socialmente. Contudo o preconceito para com a loucura faz com que os profissionais retomem condutas prescritivas para que esses comportamentos fiquem sob controle (SILVA FILHO; DE MORAES, 2018).

Foucault (2005) pontua que o poder não pode ser compreendido enquanto algo que o indivíduo simplesmente cede àquele que o detém, mas deve ser entendido como relação de forças em uma determinada sociedade. Logo, o poder não pode ser localizado em uma única instituição, no Estado, ou em uma única narrativa sobre determinado fenômeno, pois é determinado por um jogo de saberes que apoiam o processo de dominação de um sujeito sobre o outro. Foucault ainda salienta que sempre existe resistência ao poder, e que essa resistência não possui um lugar único, é transitória e se distribui pela estrutura social.

Por que é interessante pensar nessa perspectiva? Mesmo imersos em um discurso de poder que coloca o adoecimento psíquico enquanto um transtorno de ordem fisiológica e a medicação enquanto solução, pode-se mobilizar junto aos profissionais da APS, uma lógica de cuidado da pessoa com sofrimento psíquico que não siga o caminho linear e hierárquico dos sintomas-diagnóstico-terapêutica-cura (LANCETTI; AMARANTE, 2013). Lógica essa que se configura como uma narrativa de resistência ao discurso biomédico.

Considerações finais

Percebeu-se que as concepções de sofrimento e adoecimento mental dos trabalhadores é atravessada pelos potentes discursos da medicalização e patologização do sofrimento. Os profissionais da APS reproduzem essa narrativa tanto em suas falas, quanto em suas práticas. A própria organização dos processos de trabalho nas unidades não prioriza a lógica de cuidado ampliado, pois para atender uma maior quantidade de sujeitos e/ou atingir metas, acaba-se não realizando acolhimento, escuta e diálogo, ferramentas essenciais quando se trata de cuidado em saúde mental.

Na maioria das vezes a oferta terapêutica central é o medicamento, que pode resultar na perda de autonomia do usuário frente a seu tratamento.

Se a história das políticas de saúde mental se relaciona com lutas para que os pacientes sejam corresponsáveis, qual o nosso papel na tentativa de intervir frente a esse fenômeno? Foucault aponta na direção dos micropoderes como formas de resistência aos discursos dominantes. Como levar esses questionamentos para junto aos membros da equipe? Como avaliar o acompanhamento ofertado a esses usuários?

Além de cursos ou capacitações que proporcionem os profissionais se sentirem mais seguros no uso de tecnologias leves e da ampliação das ofertas terapêuticas nos serviços, é importante promover um debate político sobre as concepções da reforma sanitária e reforma psiquiátrica. Apresentando-os enquanto processos sociais complexos que não só objetivam a melhoria da assistência aos usuários, mas que fazem parte de um movimento que propõe que o paciente com necessidade de saúde mental seja visto enquanto sujeito de experiência, que possui saber sobre seu processo de adoecimento.

Essas discussões podem ser incluídas através de reuniões de equipes, processos de educação permanente em saúde, matriciamento, entre outras ações que já são propostas na Política Nacional de Atenção Básica. A construção dos planos terapêuticos dos usuários, em articulação com a rede intersetorial pode contribuir para refletir e/ou avaliar o acompanhamento dos sujeitos em busca de cuidado.

Essas experiências podem diminuir o estigma e preconceito com os pacientes em sofrimento psíquico, gerar tensões e produzir novas formas de gerir e cuidar, oferecendo aos usuários oportunidades de desmedicalizar ações e atitudes em relação a dor, envelhecimento, angústia ou sofrimentos que podem estar relacionados a aspectos próprios da vida.

Por fim, para além de propostas de intervenção com os membros das equipes de saúde da família, faz-se necessário dialogar com os gestores municipais, haja vista que questões como estabelecimento de metas, organização das agendas dos serviços e disponibilização para transporte de profissionais para matriciamento envolvem diretamente esses gestores.¹

Referências

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* v. 11, n. 3, 1995.

- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde colet.*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3ª edição. Lisboa: Edições 70, 2006. 225 p.
- BEZERRA, I. C. *et al.* "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 61-74, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saudefortalecimento.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.
- CAPONI, S.; VALENCIA, M. F. V. *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. 1. ed. São Paulo: LiberArs, 2013. 136 p.
- CASSIANO, A. P. C.; MARCOLAN, J. F.; SILVA, D. A. Atenção primária à saúde: estigma a indivíduos com transtornos mentais. *Rev. enferm. UFPE on-line*, p. [1-6], 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239668/32517>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1523-1531, 2009.
- COSER, O. *As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. 144 p.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. 688 p.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da Biopolítica*. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008. 452 p.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. Ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2001. 250 p.
- FREITAS, C. D. R.; REUTER, B. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. *Saúde e Sociedade*, v. 30, p. e200172, 2021.

- FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 148 p.
- FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 3151-3161, 2015.
- GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2015: Contagem da População; resultados preliminares da amostra*. Ceará, 2015. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/1E4T>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 615-634. 976 p.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2013. 368 p.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 416 p.
- MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015.
- POMBO, M. F. Medicalização do sofrimento na cultura terapêutica: vulnerabilidade e normalidade inalcançável. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 11, n. 1, 2017.
- RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; LORENZI, C.G. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. *Psicologia USP*, v. 24, n. 3, p. 369-390, 2013.
- ROCHA, I. T. *(Des)confortavelmente entorpecido: a medicalização enquanto normatização da loucura*. Bahia. Relatório [Curso de Psicologia]. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; 2018. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1240/1/TCC%20Isaac%20finalizado.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- SANTOS, J. C. G. *et al.* Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE. *Rev APS*. 2020. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/sites/143/2021/03/30407-Texto-do-artigo-127005-1-6-20200822-PRL.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- SANTOS, J. C. G. *et al.* Narrativas e significados atribuídos ao adoecimento psicológico infantil através da percepção dos cuidadores: um estudo realizado no interior do Ceará. *Saúde em Redes*, v. 5, n. 3, p. 59-69, 2019.

SILVA FILHO, J. A.; MORAES BEZERRA, A. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *ID Revista de Psicologia*, v. 12, n. 40, p. 613-627, 2018.

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Trends in Psychology*, v. 26, p. 883-895, 2018.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, p. 393-413, 2013.

VIANA, D. M.; LIMA, A. F. de. Saúde mental e atenção primária: compreendendo articulações e práticas na saúde da família no Ceará. *Rev. psicol. (Fortaleza)*, p. 118-130, 2016.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2018.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1859-1868, 2014.

Nota

¹ J. C. G. dos Santos concepção e desenho do estudo e participação na discussão dos resultados do estudo; redação do manuscrito e revisão crítica de seu conteúdo. D. S. Cavalcante: redação do manuscrito e revisão crítica de seu conteúdo. C. A. L. Vieira e P. H. D. Quinderé: redação do manuscrito e revisão crítica de seu conteúdo; aprovação da versão final do artigo.

Abstract

Medicalization of psychic suffering in Primary Health Care in a small town in the state of Ceara, Brazil

This paper aims to discuss how the phenomenon of the medicalization of psychological distress appears in the discourse and practice of Primary Health Care professionals. Systematic observations and semi-directive interviews were conducted with seven workers in the city of Iguatu, Ceará, Brazil. Data analysis was performed using Bardin's Content Analysis. The results pointed to a centrality in the use of medication to attend the psychological suffering that reaches the health units. The professionals spoke about the medication as a quick and efficient strategy, which, in line with the researched literature, can be used as a device to control the subject in psychic illness. It is considered possible to mobilize discussion spaces with professionals that point to the care of people with psychological distress through the use of light technologies, such as listening, bonding and dialogue.

► **Keywords:** Medicalization. Stress psychological. Primary Health Care.

