

Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental

Power relations between professionals and users of Primary Health Care: implications for mental health care

Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha¹, Maria Salete Bessa Jorge¹, Ronaldo Rodrigues Pires¹, Rebecka Rafaella Saraiva Carvalho¹, Lourdes Suelen Pontes Costa¹, Aline Mesquita Lemos¹, Juliana Pessoa Costa²

DOI: 10.1590/0103-1104202112806

RESUMO Estudo de natureza qualitativa, cujo objetivo foi analisar as implicações das relações de poder entre profissionais e usuários no cuidado produzido em saúde mental no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS). Uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (Uaps) da cidade de Fortaleza foi escolhida como cenário desta investigação. A coleta das informações se deu no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020, e participaram do estudo 10 pessoas, sendo cinco profissionais e cinco usuários. A compreensão do fenômeno se deu à luz da hermenêutica crítica, e as seguintes unidades temáticas emergiram: ‘a relação usuário- profissional como um exercício de dominação’ e ‘a medicalização como produto da hegemonia do poder biomédico’. Os resultados demonstram a singularidade do poder latente nas relações assimétricas concebidas no âmbito dos serviços de saúde, que repercutem na limitação do acesso, na medicamentação e em dificuldades na resolução das demandas. Assim, é preciso atentar para a horizontalidade das relações como processo fundamental na produção do cuidado em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Assistência à saúde. Medicalização.

ABSTRACT Qualitative study with the aim of analyzing the implications of power relationships between professionals and users in the care produced in mental health in the context of Primary Health Care (PHC). A Primary Health Care Unit (PHCU) in the city of Fortaleza was chosen as the setting for this investigation. The collection of information took place from November 2019 to January 2020, and 10 people participated in the study, five professionals and five users. The phenomenon was understood in the light of critical hermeneutics and the following thematic units emerged: ‘the user-professional relationship as an exercise in domination’ and ‘medicalization as a product of the hegemony of biomedical power’. The results demonstrate the uniqueness of the latent power in the asymmetric relationships conceived in the scope of health services, which impact on the limitation of access, on medication, and difficulties in solving the demands. Thus, it is necessary to pay attention to the horizontality of the relationships as a fundamental process in the production of mental health care.

¹Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
e.caminha@hotmail.com

²Centro Universitário 7 de Setembro (UNI7) – Fortaleza (CE), Brasil.

KEYWORDS Mental health services. Delivery of health care. Medicalization.



Introdução

O cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), desde a perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira, aposta em um modelo territorial de serviços de atenção que se baseia na proposição de um cuidado em rede. De acordo com Trapé, Onocko-Campos e Costa¹, esses arranjos organizacionais de atenção, que incluem desde a atenção básica às internações breves em hospitais gerais, são recomendados como referência para os sistemas de saúde.

As redes de atenção à saúde consistem em pontos de atenção e de apoio diagnóstico e terapêutico nos quais são realizadas ações de diversas densidades tecnológicas, objetivando assegurar a integralidade do cuidado através da comunicação efetiva entre os serviços por meio de sistemas logísticos e de gestão². No campo da saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) estrutura-se, oficialmente, em 2011, com a promulgação da Portaria nº 3.088, que tem o objetivo de organizar os diferentes dispositivos para garantir o acesso à integralidade e à continuidade do cuidado em saúde mental³.

A referida Portaria representa um importante instrumento legal que propõe normatizar as práticas profissionais nos serviços com o objetivo de proporcionar a desconstrução do estigma fortalecido ao longo do tempo em torno das questões de ordem psicossocial e possibilita introduzir noções de respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas, problematizando, assim, a produção de relações hierárquicas que seguem firmadas entre usuários e profissionais de saúde³.

No entanto, considerando a operacionalização de mudanças no meio social, inclusive no cerne da atuação em saúde, sabe-se que a reorganização da atenção em saúde mental, sob essas diretrizes, demanda transformações no campo epistemológico, jurídico, bem como no campo da cultura e das práticas sociais⁴.

No Brasil, diante da longa e tenebrosa experiência escravagista que permeou toda a sociabilidade brasileira, a cultura da subalternidade dos mais pobres tende a naturalizar certas práticas autoritárias e excludentes no

cotidiano das nossas relações interpessoais. O poder é, portanto, uma questão central na análise da sociedade brasileira e das suas instituições, pois, como demonstra Souza⁵⁽¹¹⁾, a abordagem dessa questão permite visualizar “quem manda e quem obedece, quem fica com o privilégio e quem é abandonado e excluído”.

Considerando que o poder, como um registro que opera no plano simbólico, não se define por ser tangível, mas pela sua presença no imaginário social, observa-se que ele é exercido e ocultado nas entrelinhas:

é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos, ou mesmo que o exercem⁶⁽⁷⁾.

No campo da saúde, que não está imune às influências da cultura, as relações de dominação, decorrentes do exercício do poder que cada ator possui, podem, também, manifestar-se ao longo dos registros históricos e culturais. Interessa, portanto, investigar como essa herança autoritária pode ser capaz de suscitar implicações para as práticas cotidianas em que se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde essa trama ganha significados para os usuários e profissionais de saúde dos serviços da Raps, especificamente nos serviços de atenção primária.

Investigar as relações de poder é uma tarefa de crucial relevância para desvelar as complexas relações que se estabelecem na produção do cuidado em saúde mental. Além disso, o conhecimento produzido por esta investigação pode permitir qualificar e aperfeiçoar o trabalho produzido nas redes de atenção, além de garantir a fidelidade aos objetivos dos princípios e das diretrizes norteadoras para assegurar respeito aos direitos humanos, promoção da inclusão e da dignidade das pessoas no cuidado territorial em saúde mental do SUS. Assim, este estudo objetiva analisar as implicações das relações de poder entre profissionais e usuários no cuidado produzido em saúde mental no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS).

Metodologia

O estudo consiste em um recorte de um projeto de pesquisa intitulado: 'Articulação do cuidado na rede de atenção psicossocial: interface com as políticas de saúde mental'. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa com base na busca dos confrontos e complementaridades presentes nos relatos dos sujeitos, conforme destacado na hermenêutica crítica de Minayo⁷.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (Uaps) da Regional VI do município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, no Nordeste brasileiro. Essa regional de saúde foi escolhida em virtude do convênio firmado junto ao Sistema Municipal de Saúde Escolar. O período transcorrido desde a vinculação com o serviço, entrada no campo e coleta das informações se deu entre novembro de 2019 e janeiro de 2020. Participaram do estudo dez sujeitos, sendo cinco deles trabalhadores da APS, compondo equipes de Estratégia Saúde da Família, a saber: dois médicos, dois enfermeiros, um agente comunitário de saúde; e cinco usuários do serviço.

Utilizou-se como critério para seleção dos trabalhadores de saúde exercerem o cargo atual há, no mínimo, um ano. Esse recorte temporal foi considerado por acreditar-se que possibilita maior enraizamento desses atores nos locais de trabalho. Para os usuários, assumiu-se como critério estarem sendo sistematicamente acompanhados no serviço por, no mínimo, seis meses e em uso de psicofármacos.

O quantitativo de participantes baseou-se na relevância dos depoimentos e contribuições ao delineamento do objeto em apreensão, seguindo-se os aspectos relacionados à abordagem interpretativa do estudo. Foram excluídos do estudo os profissionais que se encontravam de férias durante a fase de coleta e os usuários sem condições clínicas de participar do estudo.

Como técnica de produção das informações para a apreensão dos discursos, lançou-se mão da técnica de entrevista semiestruturada, que privilegiou questionamentos acerca dos aspectos relacionados ao manejo clínico,

atividades de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais no serviço e quais os desafios para se ofertar cuidado em saúde mental. Aos usuários, perguntou-se sobre as ações de cuidado ofertadas, como se davam as relações junto aos profissionais e quais os desafios para se ofertar cuidado em saúde mental.

As entrevistas foram gravadas, na íntegra, em um dispositivo eletrônico de áudio, após autorização dos entrevistados, sendo, na sequência, transcritas e codificadas com as letras M, para médico; E, para enfermeiro; A, para agente comunitário de saúde; e U para usuário; seguido de numeral arábico, conforme a ordem em que foram aplicadas, com o intuito de preservar o anonimato dos participantes. A observação livre também foi realizada durante a pesquisa em campo, registrando-se situações relevantes em um diário de campo.

A análise do material empírico fundamentou-se na técnica da análise hermenêutica crítica, consoante à proposta de Minayo⁷ e retraduzida por Assis e Jorge⁸, a qual lançou mão da sistemática de ordenação, classificação e análise final dos dados.

A referida pesquisa recebeu parecer favorável do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Ceará, com parecer de nº 3.676.599. Os preceitos éticos foram respeitados de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos⁹.

Resultados e discussão

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entre os profissionais de saúde integrantes da pesquisa, um possuía nível médio, e quatro possuíam nível universitário. O profissional de nível médio era do sexo feminino e exercia a função de agente comunitário de saúde há 13 anos no município de Fortaleza. Já entre os

profissionais de nível universitário, três eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Possuíam formação nas áreas de enfermagem (2) e medicina (2). O tempo de formação variou entre seis e nove anos. Referente à pós-graduação, somente um possuía mestrado, e os demais especializações. Apenas um desses era servidor do município, sendo os três demais terceirizados. O tempo de atuação no serviço estudado variou entre um e cinco anos.

Quanto aos usuários que participaram do estudo, três eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. As idades variaram entre 33 a 52 anos, e nenhum dos entrevistados possuía diploma universitário.

O processo de organização e análise das informações culminou na elaboração dos seguintes temas: ‘a relação usuário-profissional como um exercício de dominação’ e a ‘medicalização como produto da hegemonia do poder biomédico, os quais foram interpretados e analisados em articulação com o referencial teórico’.

A relação usuário-profissional como um exercício de dominação

Com base nas falas dos usuários, foi possível identificar, inicialmente, que estes tendem a se submeter às prescrições dos profissionais de maneira conformada, sem questionamentos. Sua resignação, no entanto, parece ser uma forma de garantir o acesso a alguma forma de cuidado, diante da precariedade e das barreiras encontradas nos dispositivos da Raps.

Ao transitarem por essa rede de atenção, os usuários entrevistados sinalizaram algumas dificuldades e ponderaram:

Eu não consegui vaga no Caps (Centro de Atenção Psicossocial). Tomo remédio controlado, mas pego a receita aqui na unidade básica [de saúde]. Só que não é sempre que consigo. Nem sempre tem médico. (U3).

Às vezes a gente consulta, mas se sentir uma coisa diferente, se não se der com o remédio que eles do Caps passaram, tenho que esperar o retorno com

três meses, porque aqui no posto eles não gostam de mexer. Só renovam igual. (U2).

Observa-se, a partir dessas falas, que a situação da atenção em saúde mental na Raps, como apontam Trapé, Onocko-Campos e Costa¹, persiste como uma área subfinanciada dentro de um sistema que também sofre com o mesmo problema. Essa situação impacta, de maneira desfavorável, os usuários, impelindo-os a aceitar as alternativas possíveis de atendimento, ainda que elas sejam precárias e não atendam totalmente às suas demandas.

Os usuários destacaram, ainda, não deter conhecimento suficiente acerca de seus projetos terapêuticos, limitando-se a memorizar quais eram os medicamentos usados. Mostraram-se, inclusive, alheios ao porquê do uso: “*Eu não sei bem [a finalidade]. Uso faz tempo, desde que comecei a me tratar aqui*” (U1). E, além disso, se submetem aos ajustes de doses e trocas de medicação prescritos sem nenhum tipo de diálogo: “*Faz uns meses que ela [médica] trocou o remédio. Disse que era melhor pra mim. Só que esse é comprado e é caro*” (U2).

Vê-se, nesse contexto, a expressão do poder dos profissionais que é aceito pelos usuários, ao passo que a atenção em saúde e as práticas de cuidado deixam de lado a mediação da informação. Dessa forma, validam a premissa de que o bem por eles produzido se antepõe aos anseios do usuário. Vê-se, então, a produção do obstáculo na interação entre profissional e usuário, que dificulta o direito fundamental de ter informações sobre sua saúde e o cuidado que lhe é ofertado¹⁰. Ademais, a consulta com o profissional parece tornar-se simplificadora da situação do sujeito que sofre, ignorando a complexidade das condições sociais de vida das pessoas.

Observa-se, no estudo, que resta aos usuários, então, a resignação e a submissão à organização e ao fluxo dos serviços de saúde da Raps, que, neste caso específico do cenário estudado, estavam estruturados conforme as necessidades dos profissionais e não conforme as necessidades dos usuários, como expresso em suas falas:

Não tem jeito! Quem quer ser atendido tem que chegar cedo. O Doutor não espera por ninguém, a gente é que espera por ele. (U1).

Se não conseguir ficha [para atendimento], o negócio fica pior. Porque fica dependendo da boa vontade dele [médico] querer atender. (U3).

Ao profissional de saúde, especialmente o médico, é conferido o poder de decidir o que merece ser atendido e qual o horário oportuno para que essa atenção seja prestada, estabelecendo-se, assim, uma relação de dominação, em que os dominados aderem ao imposto e o elegem como plausível e justificável. Isso mostra que, como afirma Ribeiro e Ferla¹¹, embora haja todo um esforço para modificar as práticas e os arranjos institucionais, com o intuito de propiciar maior integralidade dentro dos serviços e da rede de atenção, permanecem os resquícios autoritários do modelo biomédico.

Com relação aos profissionais de saúde entrevistados, eles conferem novas perspectivas à questão ao revelarem as fragilidades no âmbito micropolítico enquanto fragilizadoras do processo de cuidado na rede:

Eles vêm passar pela consulta pra trocar a receita, mas nem sempre tem médico. A rotatividade é muito grande. Isso fora os imprevistos do dia a dia. Aí, se a gente manda pro Caps, eles mandam de volta. (E1).

A nossa rotina aqui é muito dura. Sou muito sobrecarregado, porque a própria secretaria de saúde não oferece condições, então não tem médico que dure. Sobra pra quem? Pra quem fica? (M1).

Assim, observa-se que as dificuldades impostas pela gestão e pela infraestrutura precária da rede geram desconforto nos profissionais, por não poderem realizar suas tarefas. Como afirma Onocko-Campos¹², essa situação é propícia à emergência de estratégias defensivas contra a angústia e o sofrimento vivenciados por eles. Desse modo, é possível que esses

profissionais lancem mão da burocratização e da criação de obstáculos aos usuários, como resposta ao excesso que lhes afeta.

Como exemplo dessa situação, foi possível identificar barreiras impostas pelos próprios profissionais de saúde ao acesso dos indivíduos: *“Aqui é muito difícil, porque eles querem vir quando der vontade, especialmente para renovar receita” (E2).*

E outro profissional diz:

não renovo [receita]. A pessoa chegou aqui 10:30 para renovar uma receita, eu não faço. Porque ela devia ter chegado cedo para pegar uma ficha. Isso cria um mau costume. (M2).

Aqui, mais uma vez, vê-se a expressão do poder implícito através da burocracia que rege a relação entre profissional e usuário. A mesma burocracia que ‘obriga’ o usuário a chegar no horário fixado, mas só ‘permite’ que ele seja atendido de acordo com o que é conveniente para o profissional. Tal fato fortalece um poder que se firma na noção de que o tempo do profissional tem mais valor que o tempo do usuário, assegurando e legitimando a premissa de que este deve esperar por aquele, embora o inverso não deva jamais ocorrer. Isso demonstra a percepção acerca do usuário como alguém que deve ser disciplinado através de atitudes que reforçam e espelham uma cultura de desqualificação das classes populares, típicas da sociabilidade brasileira⁵.

Essa mesma tendência de produzir a subalternização dos usuários é também apontada como um problema por Azeredo e Schaiber¹³. Segundo esses autores, a perda de autoridade diante das transformações trabalhistas, que sofre o pessoal da saúde, e a intervenção das tecnologias biomédicas, que torna o profissional um mero intermediário entre o paciente e o consumo de exames e serviços, produzem reações defensivas para restaurar essa autoridade. Uma dessas expressões é justamente, como observado na fala dos profissionais entrevistados, a imposição de suas perspectivas

sobre o cuidado e o controle do acesso aos procedimentos e ao próprio sistema de saúde.

Pode-se acrescentar, ainda, que essas pessoas que acessam o serviço em busca de psicofármacos formam um público específico que procura atendimento para situações de sofrimento psíquico. Não se pode, portanto, ignorar que eles sofrem com o estigma da loucura ao terem suas identidades atreladas a uma condição subalterna que deve ser domesticada¹⁴.

Para esclarecer melhor essa percepção, interrogou-se a profissional que levantou a questão do horário de chegada como prerequisite para o atendimento se ela acreditava que os usuários dos serviços privados de saúde também deveriam ter seu atendimento condicionado ao horário de chegada. Ela destacou que

o padrão é diferente. Eles pagam por esse serviço e eles querem, de alguma forma, ver o resultado [...] Não que aqui eles não paguem, mas lá é pago diretamente. (M2).

Confere-se, então, a noção de ‘cliente’ àqueles que podem pagar diretamente pela atenção. Esse pagamento, por sua vez, confere certo grau de igualdade entre os que prestam e recebem cuidado. É válido ressaltar aqui a influência de posições definidas por classe e condição econômica que existem na expressão do poder. Visualiza-se, assim, que a desigualdade, socialmente produzida no contexto brasileiro, institucionaliza a expropriação de poderes de determinados segmentos populacionais empobrecidos, reproduzindo relações que constroem estruturas de dominação¹⁵.

É importante destacar que, muito embora a expressão cliente derive da linguagem própria da economia liberal de mercado, marcando o campo da saúde através do caráter privado da atenção, aqui faz-se uso do termo não para fazer inferência à saúde enquanto bem de consumo, mas como direito social custeado, ainda que de modo indireto, pelos usuários.

Nesse ensejo, assume-se como premissa que toda oferta de cuidado e assistência implica

uma troca de valores e custos, e que a autonomia do usuário/cliente deve ser resguardada. Nesse sentido, torna-se muito claro que o usuário do SUS tem a saúde como um direito e, portanto, deve ter acesso ao cuidado mais humano, resolutivo e qualificado, o que implica diversificar as práticas de atenção de modo a ampliar o seu escopo de abrangência.

A medicalização como produto da hegemonia do poder biomédico

Os entrevistados demonstraram que se perpetuam, no cotidiano dos serviços, práticas centradas no processo de medicamentação enquanto norteadoras do cuidado: “*Eu tomo fluoxetina faz um ano. E de dois em dois meses venho no posto pra renovar [a receita]*” (U2).

Os profissionais tendem a reproduzir essa cultura tomando-a como uma fatalidade:

Aqui é feita a renovação das receitas controladas. Quando é um caso mais simples, a médica inicia aqui mesmo o tratamento e fica renovando. Casos mais difíceis são encaminhados [para o Caps]. Mas, em geral, é isso que eles [usuários] querem. O remédio. Se não renovar, já viu a guerra. (E2).

Os seguintes relatos corroboram os achados de Freitas e Amarante¹⁶ e Tesser¹⁷, e destacam a medicamentação enquanto fenômeno social que tem repercussões inclusive na atenção primária. No campo da saúde mental, observa-se a maior expressão desse fenômeno por meio do uso excessivo de medicamentos para tratar transtornos cuja gênese se ancora em questões econômicas e sociais. Busca-se, portanto, a partir do uso de medicamentos psicotrópicos, amortizar as emoções decorrentes dos aspectos existenciais básicos inerentes ao ser humano.

Sabe-se que no campo de atenção à saúde, especialmente na atenção psicossocial, as mudanças vêm sendo engendradas paulatinamente, expandindo os horizontes de cuidado através da ampliação dos saberes acerca do processo saúde-doença-cuidado

e da percepção do outro como sujeito¹⁶. Entretanto, tais mudanças ainda coexistem com terapêuticas marcadas pelo uso excessivo e indiscriminado de psicotrópicos e relações verticalizadas entre usuários e profissionais.

Tesser¹⁷ chama a atenção para o impacto da deficiência de uma escuta qualificada como um dos mecanismos produtores da sobremedicalização. A ausência da escuta do paciente, sua interrupção ou seu direcionamento excessivo pelo profissional, como no caso das consultas apenas para renovação da receita, produzem um automatismo contraproducente de uma atenção integral às pessoas que ignora possíveis transformações desmedicalizantes nas relações entre profissionais e usuários.

Acerca disso, é salutar destacar que as ações de saúde mental, que transcorrem centradas tão somente no ato de medicalizar, representam um exemplo clássico em que o usuário conseguiu acessar o serviço de saúde, mas não acessou, necessariamente, o cuidado. Sabe-se que lançar mão do uso de medicações, especialmente nesse campo, representa prática já reconhecida em virtude de seus benefícios clínicos, e, por isso, não se busca aqui mitigar a importância do seu uso na atenção clínica. Contudo, a discussão aqui produzida refere-se ao uso exclusivo, e, por vezes, indiscriminado, da prescrição medicamentosa pelos profissionais de saúde, tal como alguns estudos vêm evidenciando^{18,19}.

A atual conjuntura de atenção desperta para a necessidade de trazer para o centro da discussão a forma como o cuidado tem sido operado no dia a dia dos serviços. Esse é um caminho para compreender a repercussão limitada das ações de saúde realizadas, culminando na baixa satisfação dos usuários com relação aos serviços e aos fluxos dentro dos sistemas. Tal como o estudo de Assis et al.²⁰, encontram-se na conformação da rede de saúde vulnerabilidades diversas que impactam diretamente a satisfação das necessidades dos usuários, sendo a principal delas uma assistência cujo cerne se ancora na realização de procedimentos que supervalorizam os saberes biomédicos,

elegendo-os como linha prioritária dos atos produtivos em saúde.

Esse cenário destacado é fruto de longa construção social, que representa um modo incessante e silencioso de objetificação daqueles que buscam atenção em saúde. Aqui, o poder se expressa no indivíduo, que é acometido por qualquer processo de disfunção, sendo este reduzido à doença e passando a ver nela sua nova identidade. Pereira²¹ refere-se a esse processo, enquanto redução dos sujeitos, como a um órgão sem corpo uma vez que é nesse corpo, muitas vezes esquecido e/ou negado, que se inscrevem as marcas subjetivas do ser.

Acerca disso foi possível, por meio dos dados colhidos, identificar três aspectos primordiais inerentes ao poder no contexto das relações entre profissionais e usuários no serviço de saúde. O primeiro aspecto diz respeito à benevolência intrínseca ao cuidado daqueles que necessitam, mesmo estando incapacitados de pagar diretamente por essa assistência, o que confere à atenção ares de caridade, recobrando de altruísmo o compromisso de prestar um cuidado humano e qualificado: *“A gente tenta, na medida do possível, ajudar, porque eles já são tão necessitados... que a gente se sente até mal”* (E2). Isso aponta para a necessidade, como afirma Giovanella et al.²², de renovar, de maneira radical, o compromisso com uma atenção primária fortalecida e como responsabilidade do Estado, acentuando a dimensão da saúde como direito humano.

O segundo aspecto diz respeito à centralização do cuidado na figura do médico, fato compreensível a partir de sua capacidade prescritora em um contexto de supervalorização do uso medicamentoso, alimentando, com isso, o seu ‘livre arbítrio’ para intervir, ‘terapeuticamente’, conforme lhe aprouver: *“Os pacientes de saúde mental, geralmente, são vistos pelo médico, porque eles querem renovar a receita, então acaba ficando a cargo deles [médicos]”* (E1). No entanto, é importante salientar que, como afirmam Santos e Zambenedetti²³, a medicalização não se restringe apenas a um processo produzido pelo profissional médico, mas produzido, também, por outros

profissionais. Como afirma Oliveira²⁴, há uma produção cultural que produz a demanda e o consumo como comportamentos naturalizados em nossa sociedade.

Por fim, o terceiro pilar, que se relaciona à desqualificação do usuário enquanto sujeito portador de direitos, saberes, desejos e anseios para com seu corpo e condição de saúde. Com isso, este torna-se alvo de um processo de fragmentação da atenção que se expressa, inclusive, em aspectos elementares do cuidado, tais como a comunicação entre usuário e profissional, marcada por um diálogo unilateral e indistinguível para o sujeito.

Vai muito de doutor pra doutor. Essa de agora não. Mas tem uns que você entra mudo e sai calado. Não adianta falar porque eles nem escutam. Não responde o que a gente quer saber. (U2).

Assim, nota-se a necessidade de avaliar e tornar a comunicação entre profissionais e usuários como uma dimensão fundamental na construção do cuidado²⁵, e que manifesta, também, a dimensão da assimetria de poder entre um e outro.

Questões dessa natureza suscitam a reflexão acerca do objetivo pretendido por meio da estruturação das redes de atenção e as limitações enfrentadas por esse modelo na medida em que se adensa o campo teórico e várias experiências práticas vão sendo produzidas. Retomar a questão da atenção integral em saúde mental mediada por uma comunicação efetiva entre usuários e profissionais representa um debate fecundo quanto à problematização, no contexto do SUS, das possibilidades de se produzir um cuidado individual, humanizado e comprometido com o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, ao passo que interpela sobre o utilitarismo em saúde.

Considerações finais

Os achados deste estudo mostram que é importante e necessário dialogar acerca das relações

de poder entre profissionais e usuários nos serviços da Raps, para que esta possa cumprir seus objetivos de assegurar o direito à saúde através do respeito aos direitos humanos.

Observa-se que a hegemonia do poder biomédico e a cultura autoritária da sociedade brasileira, que tem a escravidão como uma marca negativa, trazem repercussões sobre as relações entre profissionais e usuários de modo que o lado mais fraco, no caso, os usuários, tende a se submeter a essa dinâmica de dominação como meio para acessar o serviço, contudo, não tem acesso ao cuidado.

É importante destacar que o estudo limitou-se a analisar as relações de poder em apenas um dispositivo da rede de atenção psicossocial, sendo necessária a realização de pesquisas em outros pontos da Raps, de modo a promover uma maior compreensão acerca das relações firmadas e suas repercussões no cuidado em saúde mental, a fim de que se possa estimular os serviços a fomentar a autonomia, o empoderamento e a participação social dos usuários e familiares com vistas a operar uma resistência a essas relações verticalizadas e assimétricas produtoras de submissão e exclusão.

É preciso recuperar dispositivos importantes de reflexão das equipes de profissionais, como as reuniões de equipe, a supervisão clínico-institucional, a educação permanente, como gatilhos disparadores da conscientização e responsabilização da reprodução dessas relações de poder e suas implicações negativas no cuidado.

Colaboradores

Caminha ECCR (0000-0003-3098-6563)*, Jorge MSB (0000-0001-6461-3015)*, Pires RR (0000-0003-2217-0097)*, Carvalho RRS (0000-0001-6709-9242)*, Costa LSP (0000-0001-8589-0214)*, Lemos AM (0000-0002-9242-6580)* e Costa JP (0000-0003-4129-6840)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Trapé TL, Onocko-Campos RT, Costa KS. Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha. *Physis* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 22]; 28(4):e280402. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280402>.
2. Nakata LC, Feltrin AF dos S, Chaves LDP, et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 8]; 24(2):e20190154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0154>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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. *Diário Oficial da União*. 21 Maio 2013.
4. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 22]; 23(6):2067-2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
5. Souza J. A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya; 2017.
6. Bourdieu P. O poder simbólico. São Paulo: Difel; 1989.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Assis MAA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: Ed. UEFS; 2010. p. 139-59.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 Jun 2013.
10. Wilson D, Heaslip V, Jackson D. Improving equity and cultural responsiveness with marginalised communities: Understanding competing worldviews. *J Clin Nurs.* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 22]; (27):3810-3819. Disponível em: <https://doi-org.ez76.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.14546>.
11. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicologia em revista* [internet]. 2016 [acesso em 2020 jan 26]; 22(2):294-314. Disponível em: <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294>.
12. Onocko-Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: Campos R. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 77-96.
13. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 10]; 22(9):3013-3022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>.
14. Soneira MS. Usos de [la] locura: hacia el reconocimiento de nuevas lógicas interpretativas del sufrimiento humano. *Salud colectiva* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 22]; 13(4):713-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n3p4574>.
15. Guareschi P. *Psicologia social crítica: como prática de libertação*. Porto Alegre: Edipucrs; 2005.
16. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em psiquiatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. 148 p.
17. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Ed. Saúde* [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 8]; 17(2):e0020537. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>.
18. Araújo Medeiros Filho JS, Azevedo DM, Pinto TR, et al. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde.

- de. Rev Bras. Promo. Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2020 ago 8]; 31(3):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7670>.
19. Bezerra IC, Morais JB, Paula ML, et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. Saúde debate [internet]. 2016 [acesso em 2020 ago 10]; 40(110):148-161. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611011>.
20. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2015 [acesso em 2020 jan 26]; 68(2):333-338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>.
21. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto & Contexto Enfermagem [internet]. 2004 [acesso em 2020 jan 20]; 13(3):391-400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300008>.
22. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad. Saúde Pública [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 10]; 35(3):e00012219. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.
23. Santos RB, Zambenedetti G. Comprensión del actual proceso de medicalización en el contexto de la salud mental. Salud soc. [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 10]; 10(1):22-37. Disponível em: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00002>.
24. Oliveira WF. Medicalização da vida: reflexões sobre sua produção cultural. In: Amarante P, Pitta AM, Oliveira WF, organizadores. Patologização e medicalização da vida. São Paulo: Zagodoni; 2018. 176 p.
25. Araújo DCSA, Menezes PWS, Cavaco AMN, et al. Instrumentos para avaliação de habilidades de comunicação no cuidado em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Interface (Botucatu) [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 10]; (24):e200030. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200030>.

Recebido em 01/03/2020
Aprovado em 19/10/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve