



Medicalização, saúde mental e biopolítica: uma revisão integrativa

Medicalization, mental health and biopower: a integrative

Paula Eduarda Carloto Peralta^{1*}, Ananda Kenney da Cunha Nascimento², Eneida Santiago³

¹Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina (PR), Brasil. Departamento de Psicologia Social e Institucional, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina (PR), Brasil.

²Doutora em Psicologia clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife (PE), Brasil. Departamento de Psicologia Social e Institucional, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina (PR), Brasil. ³Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista (Unesp-Assis), Assis (SP), Brasil. Departamento de Psicologia Social e Institucional, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia (PPGPSI-UEL), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina (PR), Brasil.

*Autor correspondente: Paula Eduarda Carloto Peralta – *E-mail*: paula_.peralta@hotmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou investigar o fenômeno da medicalização em adultos no campo da saúde mental no contexto brasileiro, problematizando o uso de medicamentos como principal ferramenta terapêutica para lidar com o sofrimento psíquico, dispondo do entendimento de biopoder por meio de Foucault e das contribuições de Amarante para o campo da saúde mental. Adotou-se como método a revisão integrativa de literatura a partir de artigos científicos publicados no Portal de Periódicos da Capes e nas bibliotecas eletrônicas científicas SciELO e PePSIC entre 2011 e 2021. Os dados coletados foram tratados por meio da técnica de análise temática de conteúdo. Apontou-se a medicalização como lógica que limita as subjetividades e atua na manutenção do sistema político-econômico vigente. Além disso, identificou-se a correlação entre o uso indiscriminado de medicações e a individualização do sofrimento, reduzindo o cuidado à saúde. Portanto, contribuiu-se para condições desmedicalizantes e antimanicomiais.

Palavras-chave: Atenção psicossocial. Psicofármacos. Psicopatologia.

ABSTRACT

This study had the purpose to investigate the phenomenon of medicalization in adults in the mental health field in a Brazilian context, problematizing the use of medications as the main tool to handle psychic suffering, with Foucault's concept of biopower and contributions of Amarante for the mental health field. The chosen method was the integrative literature review of published scientific articles, in Capes Portal of Journals and scientific electronic library SciELO and PePSIC, between 2011-2021. The collected data was managed by content analysis as a method. The medicalization and its main pillars was pointed as a limited logic of the subjectives and political-economic current system maintainers; as well as the correlation between the indiscriminate use of medications and suffering individualization, reducing the wealth of care. Therefore, contributes for a desmedicalization process and anti-asylum conditions.

Keywords: Psychosocial care. Psychotropic drugs. Psychopathology.

Recebido em Dezembro 07, 2022

Aceito em Março 18, 2023

INTRODUÇÃO

Buscar cura de doenças é algo recorrente aos seres humanos. Historicamente, a prática médica foi a primeira a reivindicar a jurisdição sobre a doença e qualquer aspecto relacionado a ela, adquirindo autoridade a respeito do que seria considerado saudável ou patológico. A medicina conquistou o direito de dizer como se relacionar com o mundo, como se deve dormir, comer, trabalhar, desejar, entre outras ações, impactando o processo de construção da subjetividade. Portanto, busca-se, de maneira geral, cessar um mal-estar que está presente no corpo em determinado período, e as medicações são um meio possível para o tratamento e/ou alívio desse mal¹.

No entanto, o uso indiscriminado de medicamentos e as práticas de automedicação podem ser entendidos como uma busca por eliminar qualquer tipo de mal-estar e sofrimento inerentes à vida humana¹. Com isso, faz-se importante ressaltar o esforço e a tentativa de profissionais da saúde em defender o uso racional deles e em desencorajar práticas de automedicação, visto que muitos psicofármacos têm grande potencial em promover dependência psíquica e física, uma das principais questões a ser enfrentada pelos sujeitos com vivências de sofrimento psíquico intenso².

Para propor uma terapêutica em saúde mental que inclui o uso de medicamentos, é necessária uma avaliação que depende do diagnóstico diferencial. Deve-se levar em consideração a singularidade e os contextos sociais, históricos e familiares – além de sua condição orgânica e a exclusão de patologias de ordem fisiológica por meio de exames laboratoriais e de imagem – a fim de se evitar confundir quadros orgânicos com transtornos mentais primários, devido a possíveis sintomatologias semelhantes. Possíveis efeitos colaterais, custo no orçamento familiar e formas de administração do medicamento² são os principais critérios a

serem adotados para o início de um tratamento medicamentoso.

Historicamente, o campo da saúde mental é marcado pelas práticas de internações como principal intervenção, o que contribuiu para a exclusão dos sujeitos, fragilizando laços sociais e familiares, decorrendo de uma lógica manicomial, de controle³. Na tentativa de romper com esse funcionamento, ocorreu o processo de desinstitucionalização, que objetiva reorganizar as estruturas que imperavam sobre os transtornos mentais, para além das internações e do ambiente hospitalar, mas também a desconstrução de todo um conjunto de saberes e práticas segregadoras e patologizantes⁴. Tem-se assim, por meio da Lei n. 10.216, sancionada em 2001, a intenção de extinguir progressivamente os manicômios e implementar os serviços substitutivos, entre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III, e CAPSi – infantil, CAPSad – álcool e outras drogas, cujos objetivos são voltados a contribuir para o desenvolvimento da autonomia dos usuários⁵.

Nesse contexto, a luta do movimento antimanicomial brasileiro, tendo a antipsiquiatria como contribuinte, emerge como crítica e interpela a noção de saúde/doença mental. Argumenta que a doença mental não é proveniente do sujeito, mas sim constituída pela vivência dele com o contexto social⁴. Assim, cabe o questionamento aos sistemas diagnósticos, já que as classificações dos intitulados transtornos mentais constituem um dos pilares que sustentam a medicalização¹.

Na contemporaneidade, são mundialmente utilizados o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), esta última produzida pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Ambos os materiais categorizam previamente os conceitos de “normal” e “patológico” e trabalham a partir deles para desenvolver tratamentos com base em critérios pragmáticos⁶.

Os critérios e classificações dos sistemas diagnósticos mudam historicamente e são correlatos de contextos políticos, institucionais e morais, fazendo com que categorias passem a ser excluídas ou incluídas. O DSM está, atualmente, na quinta atualização, e a CID, na décima primeira versão. A cada edição percebe-se um aumento progressivo das categorias diagnósticas, como na edição do DSM de 2013, em que houve o acréscimo de aproximadamente 12% de categorias de diagnósticos em relação à anterior¹. Por isso, questiona-se se os sujeitos diagnosticados que necessitam de intervenção terapêutica estão recebendo o devido suporte e tratamento e se os demais que não necessitam dessa intervenção estão isentos de ações médicas indevidas que podem produzir efeitos danosos à saúde⁶.

Assim, pode-se compreender essa multiplicação de diagnósticos como desdobramento do jogo de forças entre a materialidade do processo ativo de medicalização, pela apropriação do sofrimento psíquico, e a vivência singular e liberta de distintas formas de ser e viver. A medicalização da vida como fenômeno, no âmbito da psicopatologia, se refere “à transformação de comportamentos desviantes em doenças ou transtornos mentais, implicando geralmente a ação do controle e poder médico sobre as condições transformadas em entidades médicas”⁶. Nesse sentido, indaga-se sobre uma possível fabricação de doenças e o papel das indústrias farmacêuticas nesse cenário, pois a intervenção médica, ao tentar conhecer e levantar dados sobre a doença, pode acabar produzindo-a⁷.

Portanto, este estudo parte de inquietações diante de um cenário em que o campo da saúde mental vem sendo apropriado pela lógica da medicalização a partir da classificação de formas de existir mais ou menos próximas de uma normalidade operacional⁶. Tal sistema classificatório se constitui por um mosaico de captura, análise e readequação de modos de ser e viver considerados infames, por um poder normalizador e biopolítico. A biopolítica, como ação política de legislar sobre

o corpo biológico da população⁷ que, imersos em campos de visibilidade, tornam-se alvos de uma rede capilarizada de tecnologias de vigilância e controle estatal, tais como, na área da saúde, a quantificação, descrição, comparação, interceptação e previsão em termos de natalidade, morte, fecundidade e mortalidade, dentre outros. Na biopolítica, as pessoas perdem “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”⁷. Dessa forma, a vigilância biopolítica é a moderadora do complexo, constante e tenso jogo entre liberdade individual e segurança coletiva.

Com isso, o presente estudo se justifica por possibilitar o exame das linhas de forças atuantes na medicalização da vida como forma de tensionamento e desmonte do sistema biopolítico que, por práticas e saberes, tende a gerenciar vidas consideradas anormais, reabilitando-as, trazendo-as para a norma, o viver saudável⁷. Para tanto, objetivou-se compreender e investigar o fenômeno da medicalização em adultos no campo da saúde mental, no contexto socio-histórico brasileiro, problematizando o uso de medicamentos como principal ferramenta terapêutica para lidar com o sofrimento psíquico. Nesse sentido, foram analisados artigos científicos publicados no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e nas bibliotecas eletrônicas SciELO e PePSIC entre os anos de 2011 e 2021.

METODOLOGIA

Esta pesquisa partiu do método de revisão integrativa (RI) de literatura que abrange o conhecimento atual sobre determinado tema e conduz a uma síntese de conhecimento com o intuito de contribuir com futuras pesquisas práticas e apontar lacunas sobre a temática em questão⁸. Em complemento, examinaram-se os dados por meio da análise temática de conteúdo⁹.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O método de RI se iniciou pela elaboração da pergunta norteadora formulada a partir da estratégia PICOT (P – população/paciente; I – intervenção; C – comparação/controlado; O – desfecho/resultados; e T – tempo)⁸. Neste estudo, ela está assim descrita: como adultos em sofrimento psíquico (P – grupo de interesse) são afetados pelo fenômeno da medicalização na vida cotidiana, no contexto da saúde mental (I – intervenção estudada), a partir de pesquisas publicadas no Portal de Periódicos da Capes e nas bibliotecas eletrônicas SciELO e PePSIC (O – resultados da pesquisa) entre 2011 e 2021 (T – restrição temporal)? Não houve intuito de comparação, portanto o item C não foi especificado.

Para o levantamento dos artigos, a busca nos referidos portal e bibliotecas eletrônicas científicas considerou os descritores “medicalização” e “saúde mental”, cruzando-os pela utilização do operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: público adulto; saúde mental; publicados entre 2011 e 2021; tipo de pesquisa de campo; e experiências no contexto brasileiro, independentemente do idioma publicado. Excluíram-se: artigos com público menor de 18 anos e maior de 60 anos; sem texto completo; duplicados em bases de dados e idiomas; teses e dissertações; e que se pautavam em alterações no ciclo do desenvolvimento, tais como gestação, patologias e lesões orgânicas.

Com base nos 84 artigos localizados (dos quais 19 na Capes, 7 na PePSIC e 58 na SciELO), primeiramente foi realizada uma leitura seletiva dos títulos, resumos e palavras-chaves, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão (o processo está detalhado na Figura 1. Em seguida, selecionaram-se 22 artigos para proceder uma leitura completa e analítica, extraindo-se os dados sobre sujeitos, objetivos, metodologia e resultados. Posteriormente, foram feitas a análise crítica e a discussão dos resultados e, por fim, elaborada esta RI.

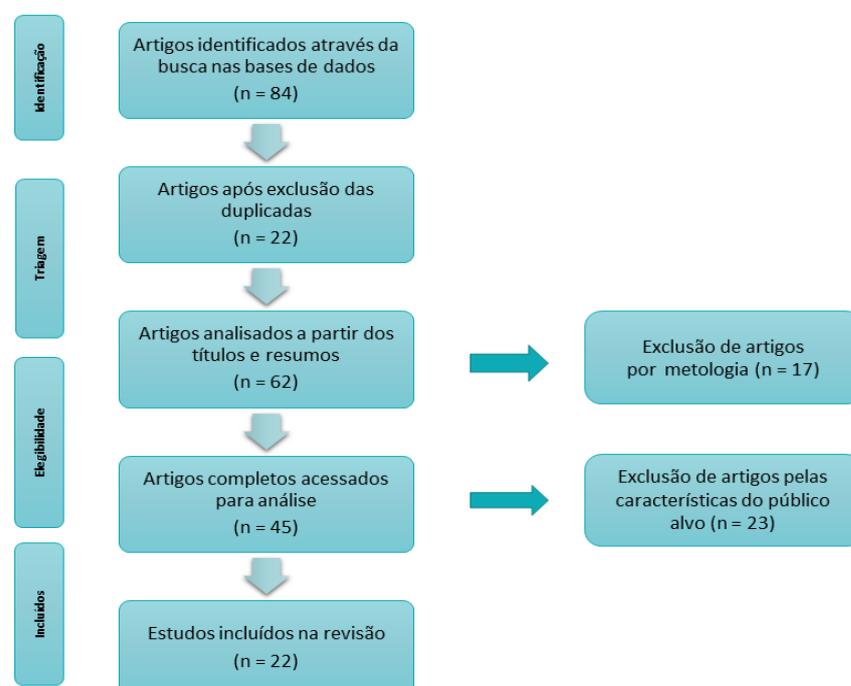


Figura 1. Fluxograma com procedimentos de seleção dos artigos

Fonte: Elaborado pelas autoras

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

(Conclusão)

Em complemento à RI, os dados coletados foram investigados com base na análise temática de conteúdo que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Iniciou-se com a pré-análise, escolhendo-se os documentos que seriam objeto dessa tarefa, retomando-se a hipótese e os objetivos iniciais do estudo; na sequência, foram determinados unidades de registro (palavra-chave ou frase significativa) e de contexto, recortes, forma de categorização e conceitos gerais. Deste trabalho foram encontradas categorias, que estão explanadas na seção “Discussão” deste artigo.

Os temas que atravessam a problemática do presente estudo estão compilados no Quadro 1, mostrando os principais assuntos tratados em cada artigo, os quais foram compilados por proximidade temática, resultando nos seguintes eixos de análise: 1) medicação, uso de medicamentos e medicalização; 2) modelos biomédico e psicossocial como formas de tratamento em saúde mental; 3) medicalização, biopolítica e manicômio mental; e 4) produção e gestão de cuidado em saúde mental: conquistas e desafios. Esses eixos foram interpretados e inter-relacionados com o referencial teórico.

Quadro 1. Listagem das principais contribuições dos autores ao tema deste estudo

(Continua)

| Autor(a) (ano) | Assunto(s) principal(is) |
|-----------------------|--|
| Affonso et al. (2015) | Saúde das trabalhadoras da saúde |
| Aguilar et al. (2014) | PTS, formação de vínculo e uso de medicamentos |
| Barbosa et al. (2018) | Relação usuário-profissional no CAPS |
| Bezerra et al. (2014) | APS e ESF |
| Bezerra et al. (2016) | CAPS, profissionais, usuários e familiares |

| Autor(a) (ano) | Assunto(s) principal(is) |
|------------------------------|--|
| Caminha et al. (2021) | Relação profissional-usuário na APS |
| Campos et al. (2019) | CAPS e APS |
| Cavalcante et al. (2017) | Psicofármacos, CAPS II e usuários |
| Cescon et al. (2018) | Suicídio |
| Constantinidis et al. (2018) | Atividades terapêuticas, CAPS e manicômio mental |
| Duarte et al. (2020) | CAPSad e CT |
| Félix-Silva et al. (2021) | Cartografia, subjetivação e arte |
| Ferrazza et al. (2013) | Prescrição de psicofármacos |
| Filardi et al. (2021) | Psicofármacos, problemas cotidianos e biopolítica |
| Filardi et al. (2021) | Psicofármacos, abordagens não farmacológicas, biopoder e classe social |
| Lima e Guimarães (2019) | Cuidado continuado e território |
| Lima et al. (2020) | Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e experiência formativa |
| Meirelles e Kantorski (2021) | Modelo biomédico e Atenção Psicossocial |
| Oliveira e Martins (2020) | Loucura e estigmatização |
| Onocko-Campos et al. (2013) | GAM e práticas em saúde mental |
| Santos et al. (2020) | GAM, práticas em saúde mental e políticas públicas e gestão |
| Sousa et al. (2018) | Representações sociais, loucura e saúde mental |

Fonte: elaborada pelas autoras

RESULTADOS

Inicialmente, a busca nas bases de dados resultou em 84 artigos. Ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, identificaram-se e analisaram-se 22 trabalhos. Ficou evidenciado que o ano de 2021 foi o que mais teve publicações

sobre o tema (cinco artigos), seguido de 2020 e 2018, com quatro publicações cada. A revista *Saúde Debate* liderou o número de trabalhos (quatro), seguida do empate entre as revistas *Ciência & Saúde Coletiva*, *Trabalho Educação e Saúde* e *Saúde Sociedade* (duas publicações cada).

As universidades filiadas que mais veicularam artigos sobre o assunto foram as do sudeste e nordeste do Brasil. Na Região Sudeste, o estado de São Paulo liderou, com sete publicações, seguido de Minas Gerais (duas). Já na Região Nordeste, o estado do Ceará apareceu com quatro publicações, seguido de Pernambuco (duas). A Região Sul aparece por meio dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (uma publicação cada), e a Região Centro-Oeste é representada pelo Mato Grosso do Sul (uma publicação).

No que diz respeito à formação no nível de graduação dos autores, a maior parte pertence à área de Psicologia, seguida da de Enfermagem e Medicina, Farmácia e Terapia Ocupacional; Fisioterapia foi a que menos apareceu, com apenas uma publicação. Também se notou o interesse de pessoas oriundas da área da Filosofia e de Ciências Sociais sobre o tema. Dentre todos os profissionais identificados, a expressiva maioria corresponde ao gênero feminino: dos 22 artigos analisados, 13 foram escritos apenas por mulheres, e 9 por mulheres e homens; mesmo dentre estes, 5 têm a maioria de mulheres autoras, e 4 mostram a mesma quantidade de mulheres e homens.

DISCUSSÃO

EIXO 1: MEDICAÇÃO, USO DE MEDICAMENTOS E MEDICALIZAÇÃO

Historicamente, relaciona-se a prática de saúde mental com a figura médica, vista como uma autoridade que, por vezes, não tem suas ações

questionadas, especificamente no que diz respeito à prescrição de medicamentos, especialmente psicotrópicos¹⁰⁻¹⁴. Com essa centralização, outros cuidados são colocados em segundo plano, o que contribui para a desvalorização de outras terapias na lida com o sofrimento^{11,15}.

O Brasil está entre os dez maiores consumidores do mercado farmacêutico, constituindo um oligopólio com alta taxa de participação de empresas transnacionais no país. Diferentemente das práticas de nações desenvolvidas que focam nos agravos que a automedicação pode ter à saúde e estimulam o uso racional de medicamentos, nacionalmente ainda detém-se a ampliação do acesso quando se trata de políticas de medicamentos¹⁶. Nesse sentido, há centralização na figura médica no cotidiano dos serviços de saúde¹⁷, dado indicado por trabalhadores não médicos como dificultador para troca de conhecimentos sobre medicamentos, cujas consequências incluem, por exemplo, a falta de autonomia dos usuários¹³. Vale ressaltar que essa autonomia deve ser exercida diante de informações, isto é, o uso ou não do medicamento precisa ser uma escolha feita a partir dos esclarecimentos sobre seus possíveis benefícios e riscos. Entretanto, percebe-se que, muitas vezes, há imposição do uso das medicações, o que desconsidera qualquer possibilidade da autonomia desse sujeito¹⁶.

A medicalização do cotidiano como um fenômeno social é compreendida como leitura do uso indiscriminado e excessivo de medicamentos. Tal uso também decorre do fato de que a terapêutica mais disponível nos serviços são os psicofármacos a fim de lidar e aliviar os sofrimentos psíquicos que são parte da condição humana¹⁸. Assim, existe uma busca, por meio desse uso, pelo amortecimento de emoções oriundas de aspectos existenciais¹⁷.

Nessa direção, entende-se que o uso indiscriminado e excessivo de psicotrópicos é “ao mesmo tempo, consequência e legitimação da medicalização da vida que tem sua origem no

biopoder”,ouseja,doexercíciopoderimbuindo a gestão das formas do viver¹⁸. Com a emergência da biopolítica, articulada pelo biopoder, a gestão da vida ganha protagonismo, sendo guiada pela lógica liberal, de uma subjetividade produtiva e racional em que a medicalização se assenta. Dessa forma, a saúde passa a ser compreendida como saber e ter condições de experienciar e lidar de maneira supostamente satisfatória com os sofrimentos do viver, produzindo-se corpos com a possibilidade de afetação entorpecida e fragilizado no enfrentamento dos conflitos. Isso converge com a percepção de médicos trabalhadores da Saúde da Família que, ao serem questionados em uma entrevista sobre o manejo do uso de psicotrópicos e/ou terapêuticas não farmacológicas como formas de auxiliar no cuidado aos pacientes que buscam ajuda para lidar com dificuldades cotidianas, relataram a pouca valorização e difícil aceitação das práticas não farmacológicas por parte dos usuários¹⁸.

Tal questão se aproxima da dificuldade de realizar discussões sobre os medicamentos, tanto por parte dos usuários quanto entre os próprios profissionais^{10,19}, já que os não médicos parecem não se apropriar tanto do tema. Isso colabora com a centralização das decisões na figura médica e a desvalorização da autonomia do usuário sobre o próprio processo de saúde-doença¹⁸. Ademais, identifica-se o alto índice de encaminhamentos (80%) da população atendida em um Ambulatório de Saúde Mental, no estado de São Paulo, à consulta psiquiátrica¹⁴. Praticamente todos encaminhados à psiquiatria tiveram psicofármacos prescritos, o que corrobora uma prática de cuidado pautada no modelo médico tradicional. No mais, o uso de psicofármacos, mesmo antes de procurar o serviço, também foi tido como algo corriqueiro.

Desse modo, nota-se uma relação ambivalente por parte dos usuários quando se trata do uso de medicamentos, pois tanto há o reconhecimento da melhora de sintomas e dos efeitos positivos que o uso da medicação pode

trazer quanto percepções das consequências negativas desse uso, como a possível dependência e os efeitos colaterais². Portanto, quando se trata do uso indiscriminado de medicamentos, reconhece-se a relação desse uso com o mercado na saúde que envolve distintos interesses e atores sociais, como médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras²⁰.

Entende-se, pois, que existe um movimento normalizador recorrente que conflui para o objetivo de diagnosticar e tratar com medicamentos^{14,16}. Notam-se práticas de governo da vida que promovem formas de cuidado que operam pautadas em um paradigma racionalista que busca conectar diagnóstico, prognóstico, promoção da saúde e prevenção de doenças¹⁵, processos que supostamente conduziram à cura entendida como expansão da vida a partir de corpos saudáveis⁷. Assim, questiona-se se realmente o sintoma é um mal-estar que deve ser diagnosticado e tratado, preferencialmente com medicação, uma vez que existe uma dificuldade, até mesmo por parte da própria equipe dos serviços de saúde, em distinguir sofrimentos cotidianos de processos patológicos²¹.

EIXO 2: MODELOS BIOMÉDICO E PSICOSSOCIAL COMO FORMAS DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

A maioria dos artigos analisados trouxe a reforma psiquiátrica brasileira como marco legal e socio-histórico no que se refere a tratamento em saúde mental, desinstitucionalização e desconstrução das instituições de sequestro (como manicômios), criação e fortalecimento de outras práticas terapêuticas e outro olhar sobre a pessoa em sofrimento psíquico^{17,22}. Contudo, percebem-se resquícios da lógica manicomial nas ações no campo da saúde mental ainda na atualidade, o que demonstra como há um longo caminho em direção à efetivação da Atenção Psicossocial (AP)^{3,5,10,13,15,17,19,23}.

A supervalorização da terapia medicamentosa pode indicar uma dificuldade em

associar o tratamento em saúde mental a outras formas de cuidado, como relação do sujeito com o território, acesso ao lazer e dispositivos culturais, moradia e alimentação de qualidade, entre outras. Assim, a lógica medicalizante se constitui como método paliativo diante de adversidades do complexo campo da saúde mental, composto de aspectos culturais, socioeconômicos e subjetivos²⁰.

O tratamento medicamentoso tido como primordial pelo discurso médico se configura como uma “estratégia disciplinar de contenção física e psíquica da pessoa em sofrimento mental”²⁴. Dessa forma, entende-se que a dependência medicamentosa pode conter enfrentamentos ante os sofrimentos sociais, também promotores de doenças psiquiátricas¹⁰. Assim, as equipes dos CAPS, ao adotarem a medicação como aspecto central no cuidado, podem contribuir com a fragilização da potência terapêutica². Em uma pesquisa sobre a experiência formativa em articulação com o Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma (GAM) a fim de se elaborarem estratégias emancipatórias em saúde mental, destacou-se uma supervalorização de prescrição medicamentosa nas práticas dos CAPSad, sendo prescrito (segundo os usuários entrevistados) para praticamente todos²¹. Com isso, percebe-se que há também carência de outros tratamentos terapêuticos, o que prejudica a prática de AP.

Ressalta-se, ainda, a importância de espaços coletivos no cotidiano do trabalho que possibilitem compartilhamentos de dúvidas, aprendizados e conhecimentos²⁵, atentando-se para a horizontalidade como processo fundamental na produção de cuidado em saúde mental¹⁷. Ademais, apesar do reconhecimento, inclusive dos usuários, a respeito dos efeitos que a medicação pode oferecer, bem como do auxílio dela, necessita-se da compreensão de que pode aumentar riscos, principalmente àqueles que estão em situação de rua²¹. A estes se somam outros grupos em situação de vulnerabilidade em

que se travestem de cuidado e proteção táticas de governo acerca de condutas que potencializam modos normalizados de viver⁷. Apesar de o serviço por vezes entendido como um “dispensador de remédios”²⁰ devido às práticas enrijecidas no modelo biomédico, o que o descaracteriza de seus princípios essenciais – abarca promover a reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer e fortalecimento dos laços com a rede de apoio. Usuários dos CAPS – é o fato de este ser um serviço de cuidado diferenciado em comparação com outras experiências que tiveram em Comunidades Terapêuticas (CT) e Hospitais Psiquiátricos (HP), gerando equivalência entre a violência desses ambientes e a vivenciada nas ruas²¹.

Usuários do CAPSad que tiveram experiências em CT percebem como negativa a experiência nessas instituições, principalmente por conta do excesso de regras que consideram muito rígidas⁵, além da presença do discurso religioso em práticas obrigatórias no tratamento, como orações, partilha da mesma fé praticada na instituição e abstinência em relação ao uso de substâncias psicoativas. Esta última é uma prática contrária à política de redução de danos que tem importante papel, inclusive na ressignificação do uso das substâncias, ao propor o uso de maneira não e/ou menos nocivo, disponibilizando ao usuário outras atividades institucionais e redes afetivas.

Contudo, percebe-se uma resistência da comunidade em contribuir para a efetivação dessas práticas compartilhadas e ampliadas, e há uma espécie de negociação oculta entre família e comunidade sobre espaços nos quais o usuário pode ou não ser aceito²⁴. Isso limita o envolvimento do sujeito em ações potencializadoras de vida, ou seja, a participação na vida em comunidade, negligência a autonomia e pode promover ainda mais sofrimento, fomentando a estigmatização e amordaçando um cuidado em liberdade, afastando-se da prática norteadora da AP¹⁵. Assim, para se discutir o modelo biomédico e efetivar a

AP, deve-se desconstruir o ideal de passividade em que o sujeito em sofrimento psíquico ainda é colocado – como se este devesse se submeter ao cuidado do outro, no caso o profissional de saúde (majoritariamente a figura médica), que supostamente detém o conhecimento sobre ele e sua doença –, e propõe-se a transição para um sujeito ativo, protagonista e gestor do próprio cuidado²³, convergindo com o entendimento foucaultiano de medicalização autoritária⁷.

Pesquisa sobre autonomia analisou as práticas de saúde mental em CAPS de três cidades brasileiras e notou haver um sentimento ambíguo dos usuários quanto ao serviço, relacionando-o simultaneamente como local de acolhimento e cuidado, e tutela¹³. Mostrou-se, assim, uma linha tênue entre o que se faz como cuidado e o que passa a ser um gerenciamento da vida desse sujeito. Somando-se a isso, ameaça-se a transferência para um lugar supostamente mais depreciativo, caso o usuário recuse o tratamento medicamentoso imposto, manifestação da relação hierárquica biomédica.

Logo, constatou-se que quando os usuários do CAPS têm mais conhecimento sobre as medicações do que se supõe, pode-se desencadear uma postura de cuidado hierarquizado que tende à tutela deles por parte dos trabalhadores do serviço¹³. Essa concepção, por mais que perceba o sujeito como tal, ainda o reduz ao seu sofrimento, deixando em segundo plano suas potencialidades e autonomia, aspectos tão necessários quando se trata de AP que visa à criação de vínculos entre sujeito e comunidade.

EIXO 3: MEDICALIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS

Compreende-se a expansão das práticas terapêuticas e antimanicomiais como oportunidade de ocupação de espaços comunitários, existenciais e cotidianos, bem como de transformação e criação de novas articulações a partir de críticas às práticas e discursos que

produzem e são produzidos por parâmetros de normalidade e reducionismos¹⁵. Assim, é preciso que haja uma reconfiguração social de como o sujeito em sofrimento psíquico é percebido, já que, ao defender a ressocialização, é indispensável que a comunidade opere de modo a permitir que tal processo ocorra de forma genuína²³. Defende-se aqui o desmonte dos manicômios mentais que reproduzem a lógica manicomial no cotidiano a fim de liberar essa lógica enclausuradora e livrar as sociedades dos manicômios concretos²⁶.

Nesse sentido, percebeu-se que a busca por uma dita normalidade é recorrente^{11,24,26}. A fim de lidar com as complexidades cotidianas da vida, os usuários, em uso de psicotrópicos, são impulsionados pelo discurso médico a atingirem a suposta normalidade, além de demonstrarem “medo das emoções, das reações, do desequilíbrio, de ‘enlouquecer’”¹¹. Tal elucidação evidenciou a lógica manicomial ainda engendrando representações sociais da figura da pessoa em sofrimento psíquico como alguém que precisa ser protegido da doença e, em última instância, também de si, pela via do tratamento. Proteger e tratar operam pela mesma via, a do controle para governo da vida, de forma individual, e de manutenção da ordem social, de forma coletiva⁷.

Na medicalização, o sujeito é submetido ao discurso biomédico e às normas, regras e parâmetros de vida normalizada e do corpo saudável; são discursos e saberes de poder que operam sobre esses indivíduos como estratégias biopolíticas⁷. O sujeito limitado a terapêuticas psicofarmacológicas perde a autonomia e a liberdade¹⁴, submetido à disciplina torna-se passível de controle do outro, fragilizado em sua potência de resistência diante do sofrimento, inevitável à existência humana¹¹, o que se relaciona com o ideal de loucura e descontrole. Esses aspectos foram identificados por meio de relatos de agentes penitenciários e técnicos de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP); portanto, na percepção deles, os presos

pacientes eram compreendidos como aqueles que poderiam “surtar” a qualquer momento³.

Ao se analisarem discursos de estudantes e profissionais da área da saúde acerca da representação social que se têm do sujeito em sofrimento psíquico intenso, constata-se como a representação do louco está atrelada à ideia de alguém “diferente”, desviante, fora da normalidade; a isso se soma a percepção do sujeito “como uma ameaça e acometido por uma doença de fundamento orgânico, localizada no cérebro”²³. Nesse sentido, percebe-se o desafio de lidar com os resquícios da lógica manicomial, alimentada pelos discursos circulantes que valorizam a dimensão simbólica, política e econômica que atravessa a loucura²⁶.

Populações mais vulneráveis, como a indígena, não escapam dessa lógica, pois de modo recorrente são percebidas como a serem controladas, desequilibradas e/ou doentes. Dessa forma, ao patologizá-las, em vez de potencializar a diferença e os singulares sentidos que o sujeito pode atribuir às diversas formas de existência, ocorre um esforço com o objetivo de enquadrá-lo e controlá-lo – novamente um investimento na docilização do corpo do sujeito entendido como fora da norma²⁶.

Tal lógica perpassa também os DSM e CID, que operam pelo olhar minucioso da loucura e do sujeito em sofrimento psíquico, entendido como aquele que carece ser guiado por caminhos normalizantes que o afastem da periculosidade da insanidade mental que, passível de diagnósticos e tratamentos predeterminados, possa ser modulado e ajustado em um modo de ser e viver digno. Dessa forma, tais manuais de classificação acabam por negligenciar a conjuntura sociopolítico-econômica na qual o sujeito está inserido²⁶.

Nessa direção, atentou-se para a realidade dos contextos de trabalho dos profissionais da saúde, que, por vezes, utilizam-se da burocratização como uma saída estratégica diante da sobrecarga de trabalho. Além disso,

percebeu-se nuances da ótica autoritária de alguns profissionais sobre os usuários que se reflete no cotidiano do serviço, como na mensuração do tempo do profissional, avaliando que este tem maior importância do que o tempo do usuário que aguarda pelo atendimento. Essa atitude retroalimenta a convenção naturalizada de que o usuário deve esperar pelo profissional (o contrário jamais deve acontecer), fortalecendo, mais uma vez, a ideia de disciplinarização do corpo em um exercício de poder¹⁷.

Nesse sentido, notou-se a resistência de alguns trabalhadores quanto a outras formas de lidar com os usuários e à dificuldade de estabelecer uma dinâmica horizontal em um contexto institucional cristalizado em uma hierarquização. Por isso, é preciso coletivizar a luta pela extinção da lógica manicomial, pois, de maneira individualizada, corre-se o risco de adoecer junto ao sistema que pretende mudar¹⁹. Ademais, reconhecem-se os limites de uma luta individualizada por meio do relato de um agente penitenciário no HCTP que, repetidas vezes, teve de ser afastado do trabalho devido à depressão. Esse profissional disse “ser um sujeito pensante em um meio que lhe é estranho e hostil ao seu trabalho [pois] é como estar enxugando gelo”, o que representa a minoria dos trabalhadores do serviço que se esforça em construir outra relação com os usuários³.

Logo, entende-se como imperiosa a desconstrução coletiva e compartilhada da lógica manicomial, concreta e mental a fim de se promover acesso mais efetivo aos serviços de saúde, não estigmatizando o louco e a loucura, e favorecendo a adesão ao tratamento do usuário, pautando a atuação nos princípios da AP^{2,16,21,27}.

EIXO 4: PRODUÇÃO E GESTÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O cuidado em saúde deve ser integral e descentralizado, potente quanto a desconstruir uma lógica de preponderância medicamentosa

e assistencialista, reconhecendo os limites do próprio campo⁵. O processo de atenção e cuidado em saúde mental é algo gradual e dinâmico, realizado por meio de estratégias de enfrentamento, planejamento do futuro e em corresponsabilização sujeito-serviço, ao mesmo tempo que se consideram as especificidades da vida, redes de apoio e desejos de cada um¹¹.

Cabe ressaltar que, para que esse cuidado seja construído pelos profissionais da saúde a partir dos pilares da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial¹⁹, torna-se urgente desocupar “o lugar de quem tudo pode: poder curar, de saber mais do outro que ele mesmo, poder de entender a loucura, de ter respostas prontas; e de permitir-se experimentar o lugar de estar junto no surto, na produção de sentido, no passeio, na festa, na dor”²⁶.

Entretanto, mesmo diante da existência de políticas públicas de saúde mental, revelou-se como algo recorrente a falta de menções e orientações acerca de ações concretas^{13,15,21,22,28}. Como um dos desafios postos para a efetivação do cuidado antimanicomial, orientado pela lógica psicossocial, foram identificados a fragilidade e os limites de uma formação biomédica medicalizante e excludente de profissionais da saúde, portanto insuficiente para lidar com a complexidade da realidade do cuidado que demanda reflexões críticas e criações de outras práticas possíveis de atenção à saúde^{20,22,28}.

Logo, percebeu-se a insuficiência da formação acadêmica de profissionais para o trabalho com pessoas em sofrimento psíquico intenso²⁰. Por mais que existam ações de qualificação, estas ainda são de curta duração, e os profissionais raramente praticam o recém-aprendido. Assim, recomendam-se supervisões continuadas com profissionais especialistas mais experientes e um serviço de apoio contínuo ao trabalhador. Além disso, destaca-se a relevância de processos avaliativos permanentes com ênfase no protagonismo dos usuários, apresentando os efeitos do processo da reforma psiquiátrica⁵.

Porém, a precarização do serviço e a sobrecarga dos trabalhadores da saúde mental são dificultadores para que essas ações sejam efetivadas de maneira satisfatória¹². O que se percebe na prática cotidiana são ações pontuais e não corresponsabilizadas, dificultando um projeto terapêutico e uma luta conjunta efetivamente antimanicomial¹⁶, reflexo da formação de preponderância medicalizante que produz cuidado pautado na especialização e na fragmentação²⁷. Como um dos efeitos dessa fragmentação, citam-se os relatos de profissionais que, por vezes, acabam por lidar mais com as crises, e não com um cuidado contínuo e cotidiano, como deveria ser. Assim, quando necessário, têm que “correr para montar a rede”¹³, o que configura um problema, já que, pelos princípios da atenção psicossocial, ela deveria existir permanentemente.

Por isso, chama-se a atenção para a precariedade estrutural e o adoecimento no trabalho como contribuintes do surgimento nos trabalhadores de mecanismos de proteção que individualizam ainda mais os serviços¹², tais como a burocratização e o uso de condutas retaliadoras com usuários¹⁹. Diante da existência de práticas de cuidado ainda com pouca articulação com o território, evidenciaram-se condições precárias de segurança no trabalho e na comunidade, além da falta de tempo devido à sobrecarga de tarefas, um dos fatores limitantes para ações extramuros e elemento fundamental ao modelo psicossocial²². Apesar disso, as práticas territoriais são percebidas como potentes, pois possibilitam a produção de cuidado nos espaços da vida cotidiana dos usuários, reinserindo-os e fortalecendo vínculos com a comunidade^{15,22}.

Faz-se necessário, portanto, voltar a atenção aos diferentes contextos e realidades, bem como às questões interseccionais que as atravessam de múltiplas maneiras. A exemplo disso, percebe-se que a maioria dos usuários do serviço do CAPSad são homens, assim é possível afirmar que as mulheres sofrem dupla

estigmatização: pelo uso da substância psicoativa e por não condizerem com a performance de feminilidade esperada. Isso pode ser uma das compreensões para o fato de que elas demoram a buscar o tratamento e/ou que o abandonem precocemente⁵.

Notou-se que os aspectos que contribuem para o uso de medicamentos são diversos e afetam todas as classes sociais¹⁸. Porém, em meio aos cotidianos muito marcados por extrema pobreza e/ou situações graves de violência, tem-se o medo de enlouquecer e/ou de que as reações diante do sofrimento e questões vistas como problemáticas sejam consideradas anormais¹¹, fazendo com que uma parcela da população seja afetada de maneira mais específica. Assim, entende-se que o motor do adoecimento também é social.

Com relação à dimensão econômica da gestão de cuidado, houve a diminuição do financiamento aos serviços de saúde comunitários e dispositivos territoriais, ao passo que há o aumento de investimentos em HP, CT e outros equipamentos de grande porte¹⁹.

CONCLUSÃO

A terapêutica de pacientes que apresentam sofrimento psíquico intenso não deve ser composta apenas por medicação, e sim incluir ações interventivas e de cuidado, como o acompanhamento psicológico e a garantia de efetivação de direitos sociais básicos. Para a desmedicalização da vida cotidiana, faz-se necessário o fortalecimento de práticas que desencorajam o uso incorreto ou excessivo de medicamentos, além da compreensão de que diagnósticos de transtornos mentais não definem ou falam por um sujeito.

Assim, esta análise contextualizada não compactua com a lógica da responsabilização individual, tanto do sofrimento psíquico quanto de identificações equivocadas de transtornos descritos nos sistemas diagnósticos. Isso porque

ela aprisiona as subjetividades ao se relacionar direta e indiretamente com o uso banalizado de medicamentos pautados no discurso de possibilidade de aliviar sintomas e manifestações de mal-estar, produzindo o entorpecimento do sentir e a docilidade de corpos disciplinados. Dessa forma, a medicalização como lógica que percorre a manutenção do sistema político econômico de formas de existência utilitárias e obedientes implica desdobramentos diretos e indiretos à sociedade em uma configuração biopolítica dos cuidados em saúde mental.

Encontraram-se mais elementos indicando fragilidades no modelo assistencial do que avanços e implementação da AP. Ademais, no que diz respeito ao investimento de verbas públicas nos serviços de saúde, importa estabelecer uma aliança entre a comunidade e os profissionais da saúde a fim de que estes sejam parte atuante e valorizada na gestão institucional. Acredita-se na necessidade de reflexão, transformação e criação de ações de saúde mental para os trabalhadores da saúde, sem negligência e prejuízos do próprio sistema e de seu modo de produção.

Por fim, indica-se a importância da constituição de uma agenda de pesquisa que aprofunde delineamentos e recortes diversos sobre as temáticas tratadas no presente estudo, bem como que se avance na superação dos limites deste texto.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Este estudo contou com o auxílio de bolsa de iniciação científica financiada pela Fundação Araucária (FA).

REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Freitas F. Medicalização em psiquiatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. 146 p.

2. Cavalcante DM, Cabral BEB. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. *Estud Psicol.* 2017;22(3):293-304. doi: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170030>
3. Félix-Silva AV, Soares GP. Processos de subjetivação em arte e saúde mental em um manicômio judiciário. *Psicol Ciênc Prof.* 2021;41(spe4):1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003212322>
4. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. 123 p.
5. Duarte MVG, Barros GS, Cabral BEB. Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? *Saúde Debate.* 2020;44(127):1151-63. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012715>
6. Dalgalarrodo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 505 p.
7. Foucault M. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2010. 452p.
8. Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & Contexto Enferm.* 2019;28(e20170204):1-13. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.
10. Aguilar ML, Campos RTO, Dorigatti AE, Fonseca FG, Madureira RM, Nascimento JL. Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em Medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2014;38(1):113-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100015>
11. Filardi AFR, Mendonça SAM, Oliveira DR. O ser humano é assim, sofre, mas alguns dias são piores: a percepção dos pacientes para o início do uso dos medicamentos psicotrópicos. *Psicol Est.* 2021;26(e46557):1-13. doi: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v26i0.46557>
12. Affonso PHB, Bernardo MH. A vivência de profissionais do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde: uma acolhida desamparada. *Trab Educ Saúde.* 2015;13(1):23-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041>
13. Onocko-Campos RT, Passos E, Palombini AL, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM, et al. Gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(10):2889-98. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
14. Ferrazza DA, Rocha LC, Luzio CA. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerais.* [Internet]. 2013 [citado em 24 mar. 2023];6(2):255-65. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200008&lng=pt&tlng=pt
15. Constantinidis TC, Cid MFB, Santana LM, Renó SR. Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS. *Trends Psychol.* 2018;26(2):911-26. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-14Pt>
16. Bezerra IC, Morais JB, Paula ML, Silva TMR, Jorge MSB. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde Debate.* 2016;40(110):148-61. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611011>
17. Caminha ECCR, Jorge MSB, Pires RR, Carvalho RRS, Costa LSP, Lemos AL, et al. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. *Saúde Debate.* 2021;45(128):81-90. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112806>
18. Filardi AFR, Passos ICF, Mendonça SAM, Ramalho-de-Oliveira D. Medicalização da vida

- nas práticas vinculadas à Estratégia Saúde da Família. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2021;24(2):421-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p421.10>
19. Santos DVD, Federhen C, Silva TA, Santos IR, Levino CA, Onocko-Campos RT, et al. A gestão autônoma da medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). *Saúde Debate*. 2020;44(esp.3):170-83. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E315>
20. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “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 Comun Saúde Educ*. 2014;18(48):61-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>
21. Lima LT, Surjus S, Pereira EM, Lauria BC, Thomé AM. Articulações GAM em Santos e a partir de Santos. *Rev Polis Psique*. 2020;10(2):122-42. doi: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.103710>
22. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab Educ Saúde*. 2019;18(1):1-18. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>
23. Sousa PF, Maciel SC, Medeiros KT. Paradigma biomédico X psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Temas Psicol*. 2018;26(2):883-95. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt>
24. Barbosa VFB, Caponi SN, Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saúde Soc*. 2018;27(1):175-84. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170233>
25. Cescon LF, Capazzolo AA, Lima LC. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde Soc*. 2018;27(1):185-200. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170376>
26. Oliveira EA, Martins CP. Sobre práticas de medicalização e “loucura”: algumas reflexões (in)disciplinadas. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(1):101-13. doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.747>
27. Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2019;29(3):1-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>
28. Meirelles MCP, Kantorski LP. Ação comunicativa: um olhar sobre processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(9):4183-92. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.16342020>