

## 8 MEDICALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS ALTERNATIVAS

| Michele Zanella<sup>1</sup>; Heloísa Helena Venturi Luz<sup>2</sup>; Idonézia Collodel Benetti<sup>3</sup>; João Paulo Roberti Junior<sup>4</sup> |

### RESUMO

**CONTEXTO:** A regulação do comportamento, baseada na prescrição farmacológica, tem sido usada de maneira indiscriminatória. Uma epidemia de diagnósticos, priorizando e delegando responsabilidade na neurobiologia das crianças e dos adultos desajustados, tem desprezado os aspectos psicológicos, históricos e sociais.

**OBJETIVO:** Discutir as alternativas ao modelo biomédico predominante e à medicalização indiscriminada de crianças e adultos, problematizando e sugerindo possíveis estratégias em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, oferecidas na Rede Pública de Saúde brasileira.

**MÉTODOS:** É um trabalho discursivo, expositivo-argumentativo, que versa sobre um tema específico, ancorado no Método de Leitura Científica, que pressupõe as visões sincrética, analítica e sintética.

**CONCLUSÕES:** Todos os profissionais de saúde devem sentir-se capazes do cuidado em Saúde Mental, além do tratamento farmacológico, visto que, em grande parte dos casos, o que o paciente deseja é empatia e escuta honesta. E se, de fato, muitos dos diagnósticos não são clinicamente válidos, porque são uma forma socialmente construída de medicalizar comportamentos “indesejáveis”, então a sua remoção do DSM não somente é lógica, como também é ética e necessária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicalização; Sistemas de apoio psicossocial; Saúde mental; Serviços de saúde mental

### RESUMEN

“La medicalización y la salud mental: Estrategias alternativas”

**INTRODUCCIÓN:** La regulación de la conducta basada en la prescripción farmacológica, se ha utilizado de manera indiscriminada. Una epidemia de diagnósticos, priorizan y delegan la responsabilidad en la neurobiología de niños y adultos inadaptados, y ha despreciado los aspectos psicológicos, históricos y sociales.

**OBJETIVO:** Analizar las alternativas al modelo biomédico imperante y la medicalización indiscriminada de niños y adultos, problematizando y sugiriendo posibles estrategias en el ámbito de la Salud Mental y la Atención Psicossocial que se ofrece en la Red de Salud Pública de Brasil.

**MÉTODOS:** Se trata de un trabajo expositivo-argumentativo y discursivo, que se ocupa de un tema, anclado en el Método Científico de Lectura y asume las visiones sincréticas, analíticas y sintéticas.

**CONCLUSIONES:** Todos los profesionales de la salud deben sentirse capaces de cuidar en el área de la salud mental, más allá del tratamiento farmacológico, ya que, en la mayoría de los casos, la voluntad del paciente se direcciona hacia la empatía y la escucha honesta. Y si de hecho muchos de los diagnósticos no son clínicamente válidos, ya que se tratan de una forma socialmente construída de medicalización de las conductas “indeseables”, entonces su retirada del DSM no sólo es lógica, sino también ética y necesaria.

**DESCRIPTORES:** Medicalización; Apoyo Social; Salud Mental; Servicios de Salud Mental

### ABSTRACT

“Medicalization and mental health: Alternative strategies”

**INTRODUCTION:** Regulation of behavior, based on drug prescriptions, has been an indiscriminately used resource. An epidemic of diagnoses, prioritizing and delegating responsibility to the neurobiology of child and adult misfits, has despised psychological, historical and social aspects.

**AIM:** To discuss alternatives to the prevailing biomedical model and indiscriminate medicalization of children and adults, problematizing and suggesting possible strategies to be used in Mental Health and Psychosocial Care offered in the Brazilian Public Health Network.

**METHODS:** It is an expository-argumentative and discursive work, which explores a specific theme, based on the Scientific Reading Method that relies on the syncretic, analytical and synthetic visions.

**CONCLUSIONS:** All health professionals should feel capable of providing care in the mental health field, beyond the pharmacological treatment, since in most cases what the patient expects is empathy and honest listening. And if, in fact, many of the diagnoses are not clinically valid because they are a socially constructed form of medicalizing the “undesirable” behaviors; therefore, their removal from DSM is not only logical, but also ethical and necessary.

**KEYWORDS:** Medicalization; Social support; Mental health; Mental health services

Submetido em 20-03-2016  
Aceite em 13-06-2016

1 Bacharel em Psicologia; Especialista em Avaliação Psicológica; Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, Rua Guilherme Gemballa, 13, 89160-000 Rio do Sul (SC), Brasil, michelemz85@gmail.com

2 Enfermeira Psiquiátrica; Mestre em Gestão de Políticas Públicas; Supervisora Clínico-Institucional, Rio do Sul (SC), Brasil, heloisahvl2008@gmail.com

3 Psicopedagoga; Mestre em Letras e em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Integrante do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde Mental e do Grupo de Pesquisa em Rede Internacional; Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, idonezia@hotmail.com

4 Psicólogo; Graduado em Psicologia e em História; Especialista em Metodologia do Ensino de História; Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, 89160-000 Rio do Sul (SC), Brasil, joaroberti@gmail.com

**Citação:** Zanella, M., Luz, H. H. V., Benetti, I. C., & Junior, J. P. R. (2016). Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (15), 53-62.

## INTRODUÇÃO

Os escritos acerca do diagnóstico de tratamentos, aliados a desordens psíquicas, são bastante extensos; parece claro que ficaram ainda mais marcados após o surgimento, em 1980, do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), assim como a hegemonia da medicalização como forma prioritária de tratamento terapêutico utilizado. Além disso, esta versão do DSM foi pensada para categorizar em descrição, e abandonar a psicodinâmica em favor de um modelo biomédico hegemônico de classificação dos transtornos mentais. Os diagnósticos psiquiátricos aparecem quase sempre com base biológica, aproximando o sofrimento psíquico das doenças orgânicas, colocando-os quase como exclusivos de desordens da bioquímica cerebral (Guarido, 2007). A psicopatologia encontra, a partir da criação do DSM III, a cientificidade tão procurada, tornando ainda mais incontestável que os fenômenos psíquicos encontrem sua base na biologia.

Em 1952 foi lançada a primeira sintetização de um psicofármaco para tratamento psiquiátrico (Guarido, 2007). A partir de então, a indústria farmacêutica investe de forma maciça em pesquisas, produção e marketing de novos remédios. Nenhuma surpresa ao nos depararmos com a supremacia da psicofarmacologia sobre o tratamento de sofrimentos psíquicos severos, não se esquecendo dos sofrimentos cotidianos, que vem ganhando um espaço muito maior, ao que se vê.

Os fundamentos diagnósticos do DSM III traziam influências da psicanálise e da psiquiatria social comunitária (Maturó, 2010). Entretanto, os diagnósticos pareciam, pouco a pouco, ganhar mais objetividade, baseando-se em experimentações científicas e perdendo ainda mais a dimensão vivencial, antes predominante nos diagnósticos psiquiátricos. Essa falta de objetividade contida nos diagnósticos psiquiátricos, antes do manual, bem como de dados epidemiológicos, causou sérios prejuízos financeiros às companhias seguradoras de saúde e também aos órgãos comportamentais. Portanto, o DSM III teve papel fundamental na reformulação da psiquiatria, não apenas por apresentar a saída para as disputas teóricas internas e o progresso científico, mas, sobretudo, ele é resultado da presença quase que absoluta da indústria farmacêutica e das grandes seguradoras de saúde (Maturó, 2010). Este manual rompeu, de uma vez por todas, com a psiquiatria clássica, passando a diagnosticar as doenças predominantemente com fundo biológico, definindo e enquadrando, através de número de sintomas e períodos

de tempo, ancorado principalmente na psiquiatria americana, em especial após o surgimento do DSM IV, que possibilitou tornar esse discurso hegemônico no mundo todo (Guarido, 2007).

A medicação passou, então, a ter seu lugar salvaguardado como principal recurso de tratamento para transtornos mentais (Guarido, 2007). Hoje, é largamente influenciada pela mídia e pelas campanhas de marketing, financiadas pela indústria farmacêutica, que socializa e dissemina o paradigma do discurso médico, o qual se mostra como o grande detentor da verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza. Diante destas considerações, o presente trabalho se constitui em um ensaio teórico com o objetivo de discutir o aumento do uso indiscriminado de psicofármacos, a fim de pensar outras estratégias em saúde mental e atenção psicossocial nesses contextos.

## MÉTODO

É necessário ter algo que afeta, que leve a pensar e convoque para trilhar um caminho.

Neste trabalho, de caráter teórico, o que afetou e convidou à discussão, alavancou o debate e fomentou a inquietação dos articulistas foi a patologização e medicalização do cotidiano.

Cada vez mais a relação entre a indústria farmacêutica e a Associação Psiquiátrica Americana (APA) fica mais estreita e tem havido uma tendência crescente nas profissões de saúde mental para interpretar o sofrimento emocional habitual e o comportamento como uma condição médica que pode ser tratada com um medicamento particular.

Assim, cada vez mais os sentimentos e comportamentos comuns estão sendo tratados farmacologicamente; a timidez comum, a tensão normal, a tristeza corriqueira, etc. têm sido consideradas transtornos e medicalizadas. A impressão que existe é de que o sistema de diagnóstico expandiu-se ao ponto onde ninguém mais é normal. Para trilhar o caminho da discussão, pavimentado pela atração por este assunto, foi necessário: a) esboçar questões prévias pertinentes ao tema abordado, b) ler material e proceder a uma investigação, c) fazer anotações e apontamentos relativos às fontes utilizadas, d) recolher informações relevantes sobre este tópico, e) selecionar e ordenar as informações recolhidas, de acordo com sua pertinência e importância.

Submeteu-se o material selecionado ao Método de Leitura Científica (Cervo e Bervian, 2002), que obedece aos seguintes itens:

a) visão sincrética: leitura de reconhecimento para localizar as fontes, com o objetivo de aproximar sobre o tema, já incluindo a leitura seletiva para localizar as informações de acordo com os propósitos do estudo; b) visão analítica: leitura crítico-reflexiva dos textos selecionados para buscar os significados e escolher as ideias principais; c) visão sintética: é a leitura interpretativa. É um trabalho discursivo, expositivo-argumentativo que versa sobre um tema específico, partindo das opiniões/discussões de especialistas. Fundamenta um ponto de vista sobre um tema de interesse científico, porém sem esgotá-lo e sem a pretensão de atingir um grau de certeza sobre a verdade.

A escrita está apoiada na sequência previamente apresentada e discute a hegemonia da medicalização como forma prioritária de tratamento terapêutico, a transformação das adversidades humanas em oportunidades para intervenções medicamentosas, a banalização do uso indiscriminado de psicofármacos, a medicalização da infância e possíveis estratégias para enfrentamento, tendo em vista a organização da saúde pública no Brasil.

### ***Medicalização e Multiplicação de Doenças***

A saúde mental é provavelmente o aspecto mais mediatizado da vida humana. Emoções como tristeza e timidez frequentemente se enquadram dentro de um olhar patologizante e podem facilmente ser transformadas em doenças (Maturó, 2010). É difícil acreditar que 6% da população na Grã-Bretanha cumpram os critérios para transtorno depressivo maior e, ainda mais difícil de acreditar, que mais que 5% dos americanos sofrem de transtorno bipolar (Scott; Dikey, 2003). Sem dúvida, tem havido uma tendência crescente nas profissões de saúde mental para interpretar o sofrimento emocional cotidiano e determinados comportamentos como uma condição médica que acompanha um tratamento de medicalização particular.

A psiquiatria clássica sempre encontrou dificuldades para lidar com os fenômenos psíquicos não codificáveis em termos de funcionamento biológico, reservando espaço para a subjetividade (Guarido, 2007). Por outro lado, a psiquiatria atual coloca o sujeito num patamar de submissão ao orgânico e à bioquímica cerebral, creditando ao medicamento como o único elemento possível de tratamento. Em outras palavras, a nomeação do transtorno está intimamente ligada à medicação, visto que os efeitos do medicamento é o que dará validade a um ou outro diagnóstico.

A historicidade, a subjetividade e a etiologia passam a ser desconsideradas na psiquiatria contemporânea e a migração dos diagnósticos, em função da variabilidade dos sintomas, é o ponto alto desta área de conhecimento e diagnóstico médico (Tesser, 2006a).

Cedo ou tarde, todos nós o experimentaremos, já que não somos capazes de dominar a natureza e o nosso corpo. A medicação é a principal promessa de que esse mal-estar seria codificado em doença e tratado por ela (Kamers, 2013). Seria um dispositivo de nomeação dessas inquietações e, para cada uma delas, um fármaco específico de combate. Não é nenhuma surpresa, então, que a infelicidade que mascaramos e fingimos não existir, apareça tão pungente em nossas relações sociais e afetivas. O que houve, na verdade, é a transição da camisa de força para a escravização medicamentosa.

Há diferentes conceitos de medicalização, que nem sempre são compatíveis entre si (Camargo Jr., 2013). Este fenômeno pode ser entendido como uma forma de controle da sociedade; uma consequência inevitável dos processos de transformação social, ou ainda o processo de transformação e do deslocamento de problemas, que antes não eram médicos, que passam a ser considerados doenças mentais para ganhar a atenção destes especialistas. O grande desafio, então, está em examinar concretamente como se dá o processo de expansão dos diagnósticos, expondo a relação de interesses econômicos contrários ao bem-estar social (Camargo Jr., 2013). Ainda, a medicalização é considerada em três categorias: medicalização conceitual, institucional e interacional (Conrad, 2007). A primeira refere-se ao léxico médico, quando usado para definir entidades não médicas, como, por exemplo, “ptose mamária” (inclinação natural dos seios após a gravidez, diagnosticada). A segunda trata da dominância profissional, que acontece quando os médicos têm o poder de orientar o pessoal não médico, como acontece quando gerenciam hospitais, sem ter qualquer título de formação em gestão ou administração de empresas; a terceira está relacionada com a interação médico-paciente, quando o primeiro redefine um problema social tratando-o como um problema – a homossexualidade, a título de ilustração, foi listada como uma patologia no DSM até 1983.

A “farmacologização” como conceitua Camargo Jr. (2013), seria então a transformação das adversidades humanas em oportunidades para intervenções medicamentosas. Ela vem para reforçar a ideia de que para cada mal existe um remédio específico. A sociedade tem criado uma saúde restritiva e covarde, visto que cada vez mais o sujeito se identifica com os padrões

ético-estéticos de bem-estar e de qualidade de vida, com o mínimo de doenças possíveis.

A medicalização está tão banalizada que até mesmo sofrimentos passageiros do indivíduo são medicados de forma irrestrita e irresponsável (Horwitz & Wakefield, 2009). Há hoje no mercado mais de 500 tipos descritos de transtornos mentais, o que sugere que seria muito difícil que qualquer pessoa não se enquadrasse, em algum momento da vida, em algum diagnóstico (Horwitz & Wakefield, 2009). Esse avanço de categorias diagnósticas parece interessar muito mais à indústria do que propriamente a saúde dos pacientes. Qualquer sintoma considerado fora da norma pode ser considerado patológico, e o sofrimento humano vem sendo negado e tratado como mera abstração.

É importante salientar que não se trata de negar os avanços da indústria farmacêutica, tampouco rejeitar sua funcionalidade, mas sim de evidenciar a banalização do uso indiscriminado de psicofármacos, tentando assim libertar as pessoas de diagnósticos indevidos, e de prognósticos bem conhecidos, evitando efeitos nefastos na qualidade de vida delas, contribuindo para a diminuição da segregação, estigma e preconceito que a sociedade traz junto a esses diagnósticos (Guarido, 2007).

A sociedade contemporânea está buscando a substituição da loucura, enquanto representação do encontro do homem com seus fantasmas, pelo significante chamado doença mental, como forma de neutralizar e esconder a dimensão da loucura, entendendo-a como melhor lhe convém (Foucault, 2010). A medicina e as suas técnicas farmacológicas serão as grandes dominadoras da doença mental, deslocando toda a explicação para a entidade biológica, no intuito de que a sociedade possa neutralizar esse sujeito (Foucault, 2010). Nada disso será capaz de extinguir a doença mental, mas deslocará a face da loucura. A medicina até poderá acabar com a doença mental, assim como fez com a lepra, porém, nada poderá suprimir a relação do homem com os seus fantasmas.

### ***As Crianças Não São Poupadas***

Os tratamentos utilizados com crianças passam por um ciclo repetitivo: a escola tem problemas em lidar com a falta de limites, ou com as dificuldades de aprendizagem apresentadas, e pedem ajuda para as famílias (Kamers, 2013). Estas, por sua vez, se sentem incapazes de lidar com os problemas emergentes, o que obriga as escolas a procurar um médico especialista; muitas vezes se veem

forçadas a acionar o conselho tutelar, alegando omissão da família. Outras vezes, a criança é encaminhada ao psicólogo, que não raro também encaminha ao neuropediatra, que prescreve medicamentos largamente conhecidos. Ressalta-se por exemplo, que atualmente, o TDAH é o diagnóstico mais comum das crianças encaminhadas para tratamento psiquiátrico e medicamentoso, por ser considerado um dos principais fatores que prejudicam o desempenho escolar de estudantes. (Meister et al., 2001)

O campo da psiquiatria para adultos se estabeleceu a partir da noção de liberdade individual, quando esta se tornava ameaçadora para a moral vigente, colocando em risco a ordem social. A psiquiatria infantil surge a partir de estudos dos primeiros tratados de psiquiatria, com foco na busca de explicações na infância para as doenças mentais que emergiam na fase adulta, dando estofos para a classificação das doenças mentais hereditárias e adquiridas (Kamers, 2013).

Além do discurso médico, a escola tem papel fundamental na construção da “normalidade” exigida pela sociedade. Ela passa também a regular a inclusão ou exclusão da criança e, como instituição de assistência à infância, age junto ao saber médico-psiquiátrico, medicalizando para tornar a criança “apta” para a sociedade (Kamers, 2013). Não diferente da psiquiatria dos adultos, essa especialidade médica também institucionaliza e segrega a criança e, embora o movimento antipsiquiátrico já tenha avançado muito, as propostas terapêuticas ainda são disciplinadoras, em especial nesta faixa etária (Guarido, 2007).

Diante de estudos apresentados recentemente nessa área, fica claro que houve um deslocamento do olhar assistencial, psicológico e educativo da criança. Então, ela passa a ser entendida sob a ótica da psiquiatria, que hoje se constitui como a principal ferramenta reguladora do normal e do patológico.

Sempre houve a tentativa de buscar explicações da origem da loucura do adulto na criança (Kamers, 2013). A medicina passou a lidar com os desvios comportamentais apresentados na infância, medicando e, assim, normatizando através do fármaco. Na prática, o que tem se observado é uma verdadeira epidemia de diagnósticos e medicalização na infância e, mais uma vez, o psicológico, o histórico e o social são deixados de lado, delegando a explicação do desajuste à neurobiologia, tornando a medicina a grande protagonista da história. Historicamente, a criança foi entendida como um adulto em potencial (Aries, 1981).

Portanto, a medicina toma como principal meta tratar a criança e seu desajuste para que, quando ela se tornar um adulto, tenha plenas condições de exercer suas habilidades intelectuais e morais sem dificuldades. O fato é que a prática médica contemporânea enquadra a criança em um diagnóstico, onde o pano de fundo é o olhar dos pais sobre a “anormalidade” dos comportamentos dos filhos, atribuindo falha do funcionamento cerebral e seus mecanismos e justificando a prescrição do psicofármaco (Kamers, 2013).

Posto isso, o que se vê é um avanço descompensado de novos diagnósticos, diretamente proporcionais ao número de novos fármacos lançados no mercado, levando ao aumento desenfreado de doentes mentais (Barker, 2009). A medicalização da infância tem tomado proporções assustadoras e produzido falsas epidemias: Transtorno Bipolar; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o Autismo. Trata-se de uma clínica reducionista e pragmática, que não se preocupa em buscar alternativas além da criação de novos fármacos capazes de trazer o bem-estar e a normalidade tão desejada (Barker, 2009). Tudo parece ter explicação biológica, genética e neuroquímica, e a medicação por sua vez é a grande reguladora, que detém o controle social antes atribuído a instâncias tutelares sobre a família e a criança. Estas instâncias, agora, autorizam e asseguram a intervenção médico-psiquiátrica sobre as crianças.

O médico assume desde então o papel de agente tutelar das famílias (Kamers, 2013) e a psiquiatria torna-se responsável por reconduzir a criança a sua “normalidade”, aliviando o mal-estar que a loucura causa na sociedade. Já que os pequenos são portadores dos ideais sociais do adulto, eles simbolizam a transição entre o real e o ideal: o ideal de existência adulta, ainda que isso negue o real da infância. Com o advento da psiquiatria voltada para o biológico, as diferenças entre adultos e crianças quase que inexistem, visto que a dimensão histórica não é tida como legítima (Guarido, 2007). A educação tem papel primordial para frear a medicalização infantil, e reconhece que o Ocidente ao invés de refletir e reformular o ensino e a sua estrutura, já que este se constitui como retrógrado atualmente. Mediar, então, significa responsabilizar outro ator, já que o ensino fracassou (Mannoni, 1988)

### ***Possíveis Estratégias***

Os desafios são muitos para a superação do paradigma biomédico.

Para tanto, há que se pensar em estratégias para que a sociedade não mais se sinta refém da medicação e encontre, na mesma, a única possibilidade possível de tratamento. O ato de cuidar abrange vários âmbitos na vida de um sujeito, em especial sua vida em sociedade, na comunidade onde está inserido, e o sujeito em sofrimento exige novas formas de acolhimento (Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros, e Bezerra, 2009). Essa integração entre sujeito e comunidade parece uma realidade mais palpável quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) entra em cena, uma vez que ela consegue articular esse encontro, por estar em contato direto com todos os atores envolvidos nesse contexto.

Portanto, os problemas de saúde mental devem ser encarados como emergentes pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois ela consegue atuar em diversos lugares onde esses usuários estão inseridos, articulando possibilidades de saúde norteados pelo contexto familiar e cultural do lugar, estabelecendo vínculos e corresponsabilidade com a população, entre outros (Dimenstein et al., 2009). A ESF atua visitando os lares, identificando os laços significativos entre os envolvidos. Essa equipe tem acesso direto às famílias, o que deixa claro que ela tem papel fundamental na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), já que a ideia primeira da desinstitucionalização é também inserir a família no processo de reestabelecimento desse usuário em sofrimento psíquico (Arce, Souza, e Lima, 2011).

As redes substitutivas de cuidado em Saúde Mental devem passar pela atenção básica, com o Apoio Matricial, de forma a corresponsabilizar toda a equipe e todos os níveis de Assistência, pensando estratégias de intervenção com todos os envolvidos nessa dinâmica e, desta forma, aumentar sua capacidade de resolução de problemas (Dimenstein et al., 2009). A ideia principal do Apoio Matricial é o trabalho em equipe, a escuta qualificada e a corresponsabilização, já que ele dá retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, permitindo conhecer melhor a realidade da demanda, para pensar intervenções mais eficazes (Arce et al., 2011).

De maneira geral, a grande demanda em saúde mental baseia-se em produção e renovações de receitas, que dão continuidade ao tratamento medicamentoso, sendo o uso de medicamentos, ainda, a principal referência no tratamento na rede pública de saúde (Carvalho e Dimenstein, 2004), revelando que o modelo biomédico ainda é entendido como poder supremo.

O próprio usuário, muitas vezes, entende que o medicamento é a ferramenta principal na sua busca de cura, e nenhuma outra ação terapêutica parece ser qualificada na busca pela saúde. Isto leva-nos a crer que ainda se está deveras longe de superar o fenômeno da medicalização.

Muitas são as possibilidades de serviços substitutivos com o foco de desmedicalizar, propondo novas possibilidades terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma delas seria desenvolver ações juntamente com os CAPS: consulta-atendimento; visitas domiciliares; grupos terapêuticos e oficinas. Arce et al. (2011) também levantam a importância de grupos terapêuticos e operativos, bem como ações para o desenvolvimento do exercício da cidadania e em ponderando dos usuários para lidar com o sofrimento psíquico. As oficinas podem ter caráter expressivo, geradoras de renda ou de alfabetização, onde a arte é vista como uma terapêutica produtiva e onde se tem espaço para operar transformações de si e do mundo (Cedraz e Dimenstein, 2005).

Os grupos terapêuticos também devem se basear em um espaço de passagem, um lugar onde as coisas possam ser reparadas, ressignificadas, e onde a dificuldade de viver possa ser acompanhada e acolhida. Para tanto, deve-se ter clareza sobre esse dispositivo de tratamento. Estes jamais podem se basear na lógica da produtividade, degradando a singularidade de cada caso, oferecendo segundo Campos (2001) os conhecidos “cardápios fechados”.

Além disso, as atividades educativas em saúde, de promoção e prevenção, desenvolvendo estratégias juntamente com os NASFs, carecem de ações voltadas à Saúde Mental, ficando apenas para a UBS a responsabilidade de orientar os pacientes e familiares (Arce et al., 2011). O CAPS precisa parar de reproduzir formas de existência idealizada, definindo o modo de ser do usuário, para que no acontecer das oficinas não haja a imposição da disciplina e o estabelecimento de uma moralidade, realizados por práticas de vigilância (Cedraz e Dimenstein, 2005). As experiências em Apoio Matricial já existem e podem se consolidar ainda mais se houver uma equipe de referência em Saúde Mental, trabalhando em parceria com a ESF, diminuindo a medicalização e promovendo a equidade e o acesso. O Apoio Matricial seria uma maneira de descentralizar o atendimento em saúde mental e uma nova possibilidade à medicalização, já que orientaria os usuários (Dimenstein et al., 2009).

O Apoio Matricial e o NASF possibilitam o fortalecimento das equipes de ESF e devem ser pensados como estratégias de Educação Permanente em saúde, a partir de reflexões críticas e atuação comprometida, de modo a efetivar politicamente uma rede de cuidados, considerando as várias facetas do sofrimento e adoecimento psíquico, superando, assim, a hegemonia médica no encaminhamento, concretizando vínculo do usuário com os outros atores da rede, formando vínculos maiores com os familiares são características essenciais para o estabelecimento da Atenção Psicossocial (Arce et al., 2011). Portanto, se as equipes estiverem completas e os NASFs participarem do Apoio Matricial, pensando em conjunto com o CAPS, poderiam trazer mudanças reais sem a tão conhecida sobrecarga das equipes.

Ao contrário do que se pensa essa nova maneira de programar o fluxo da Saúde Mental não estaria desresponsabilizando o CAPS, e sim o deixando mais próximo do usuário, uma vez que estaria descentralizando o cuidado. Haveria então uma divisão de responsabilidades com os profissionais da atenção básica, onde o maior beneficiado seria o doente (Dimenstein et al., 2009). O que se está lançando aqui é um projeto terapêutico envolvendo as várias equipes adequadas para atender a demanda de cada caso. É nesse sentido que o Apoio Matricial trabalha, na perspectiva do cuidado compartilhado, em rede, onde o CAPS seria o principal articulador. Esta é uma maneira de explorar os diversos saberes, e permitir a construção de práticas coletivas acerca da saúde mental, privilegiando a corresponsabilização, pois somente com a integralidade do atendimento é que se pode alcançar a promoção de saúde, mudando a perspectiva inicial de doença (Dimenstein et al., 2009).

Souza (2006) propõe a ideia de clínica ampliada, pensando a mudança de paradigmas que norteiam o modelo assistencial convencional. Para tanto, deve-se trabalhar na perspectiva de desconstrução do modelo, trazendo à luz da realidade novas formas de trabalhar a saúde, pensar a doença, o contexto e o próprio sujeito. Desta forma, trabalhar em equipe interdisciplinar, ampliando os espaços para além do consultório e sala de procedimentos, atender os usuários em casa, junto da família, na rua, na escola, ou seja, no território. Para a autora, faz-se mister trabalhar na construção de sujeitos com consciência cidadã, já que a luta pela saúde é de todos nós. Para que possibilidades mais humanas e acolhedoras do cuidado aconteçam efetivamente, é necessário trabalhar na perspectiva de clínica ampliada.

Entende-se por clínica as práticas de profissionais que trabalham com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção, o que coloca em primeiro plano o planejamento em saúde. Para que este planejamento se torne eficaz no dia a dia, e para que promova as mudanças necessárias, ele deve, de forma imprescindível, fazer uma interlocução com a clínica. Entretanto, a clínica deve sair desse status reducionista, e de caráter sanitarista, e passar a praticar a prevenção e promoção de saúde, tirando esse saber da hegemonia médica (Campos, 2001).

Apesar dos avanços, em diversos lugares, ainda não se oferecem alternativas terapêuticas ao tratamento, além dos conhecidos medicamentos e da tradicional internação vez por outra. O asilamento vem sendo substituído, ainda que muito lentamente, por serviços substitutivos como: CAPS, NAPS, Hospitais Dia, equipes de saúde mental em ESFs, etc. (Campos, 2001). Infelizmente, é muito comum ver esses novos serviços sendo dissociados da sua real intenção: o da integralidade.

A política nacional de saúde mental vem reforçando a ideia de território para substituir os serviços tradicionais, promovendo a diminuição dos leitos psiquiátricos e a ampliação de propostas de atenção psicossocial. Desta maneira a psiquiatria se vê obrigada a mudar o paradigma de tratamento da doença mental, para pensar efetivamente na promoção da saúde mental (Souza, 2006). A atenção psicossocial desta forma adota o princípio de saúde como direito, visando à garantia de serviços mais acolhedores e dignos, mais singulares e responsáveis para o portador da doença.

Os CAPS surgiram no Brasil na década de 80, baseado no modelo italiano de Centros de Saúde Mental, com a proposta de pensar o cuidado no território, os vínculos e um acolhimento digno, com olhar voltado para o sujeito e sua subjetividade, bem como para espaços de inclusão e solidariedade, em detrimento das práticas médicas tradicionais. Hoje o CAPS representa a articulação de saúde entre o sujeito e o território, um serviço substitutivo ao modelo assistencial largamente conhecido. Ele veio também para desmistificar a ideia de loucura presente no imaginário social. Ele centra-se na atenção integral ao portador de sofrimento, produzindo maneiras diferentes de entendimento da loucura, que não apenas a segregação (Souza, 2006).

A ESF e o CAPS representam uma possibilidade real de inserir a loucura e o portador de sofrimento psíquico na sociedade e nós vamos, enquanto cidadãos, ressignificando as relações do cotidiano.

A ESF tem o poder de levar para a comunidade, para o território, novas formas de acolhimento, possibilitando o trânsito para espaços até então desconhecidos e pouco seguros para a loucura. Desta forma, a ESF amplia as possibilidades do CAPS, responsabilizando outros atores pelo cuidado, pois ela ainda continua sendo a principal referência para a população em geral (Souza, 2006). Promover a saúde exige a intervenção nesses contextos onde o sujeito em sofrimento está inserido e, para tal, a ESF tem possibilidades imensuráveis, por seu caráter democrático.

Sem articulação nos serviços de rede, é quase impossível reunir a totalidade de recursos disponíveis para o cuidado em saúde da população. Portanto, parece que o principal desafio do SUS, no território, seja a construção dessa rede, com vistas a melhoria da qualidade de vida dos que estão em sofrimento psíquico, pensando o cuidado sem estigmas. A ideia de clínica ampliada precisa ser disseminada, pensando novos modos de cuidado e inovando a prática médica, para então desconstruir essa clínica hegemônica e retrógrada existente (Tesser, 2006b). A ESF tinha como principal função romper essa tradição medicalizante, apoiando-se na ideia de promoção de saúde. Porém, não houve uma reorganização na formação dos profissionais, em especial da classe médica para sustentar tal modelo. Não foi pensado também, estratégias para lidar com a demanda espontânea existente nesses espaços. Para tanto, a Política Nacional de Humanização pensou maneiras de solucionar essas lacunas e, então, apresentou a proposta de Acolhimento (Tesser, Neto, e Campos, 2010).

Dessa forma, haveria a descentralização da organização tradicional do Sistema, apenas em agendas e procedimentos, passando a viabilizar o cuidado, a escuta atenta e ética, uma postura empática e respeitosa ao usuário, através do Acolhimento (Tesser et al., 2010). Essa proposta não deixa de lado os atendimentos prioritários e avaliação de riscos e vulnerabilidades. O Acolhimento propõe um vínculo maior entre usuário e serviço, onde a pessoa procura espontaneamente pelo Sistema, é ouvida, sua demanda é processada e, então, é pensada de forma conjunta a resolução do problema, quando há.

A ideia principal do Acolhimento seria tirar do médico a prioridade do atendimento, passar a responsabilidade para outros profissionais, colocar o usuário em contato com as diversas possibilidades de cuidado, que não apenas o medicamentoso, desta forma ampliando a clínica, apresentando outras respostas para o sofrimento (Tesser et al., 2010).

Em geral, a demanda espontânea acaba sendo orientada para o atendimento médico, que ainda tem a prioridade na diagnose. Entretanto, avaliar os riscos e vulnerabilidades, a escuta, orientação, cuidado e resolução de problemas podem ser feitos por toda a equipe de saúde. Se a grande maioria da demanda espontânea acaba medicalizada, o Acolhimento se mostra então uma estratégia possível para o contrário (Tesser et al., 2010). Ela empodera outros profissionais, que têm mais contato e conhecimento do contexto do paciente. Isso, consequentemente, faz com que a abordagem do problema seja ainda maior, ofertando outras possibilidades terapêuticas, que favorecem a desmedicalização. A lógica do encaminhamento para outros profissionais, que precisam reiniciar o atendimento, facilita a fragmentação do cuidado e por isso deve ser evitado.

## CONCLUSÕES

O desenvolvimento do DSM-5 resultou em amplos comentários críticos, ressaltando a importância dos diagnósticos na governança da vida social. Uma análise cuidadosa pode ajudar a mapear suas múltiplas dimensões, permitindo que se compreenda e se questione sobre os pressupostos em torno dos quais os diagnósticos são construídos, bem como sua colocação e utilização. Tais análises e questionamentos podem direcionar a atenção para preocupações e questões que são pouco “audíveis” e para vozes que não têm sido ouvidas.

Então, um foco renovado sobre a utilização das categorias diagnósticas, e sobre uma expansão na esfera do discurso público, que inclua vozes que raramente são ouvidas, pode fornecer uma base mais potencialmente centrada no paciente e orientada para a prática de afirmações normativas sobre concepção e execução de sistemas de saúde mental. Afinal, em uma perspectiva foucauldiana, a psique é importante demais para ser deixada somente na responsabilidade da psiquiatria, já que esta área o conhecimento é atualmente incapaz de fornecer um serviço eficaz para muitos que são medicalizados por sofrimento. É preciso que se investiguem as causas que desencadearam os diversos tipos de sofrimento. Muitos deles necessitam de novas abordagens.

A psiquiatria não conseguiu melhorar os níveis médios de felicidade e bem-estar na população em geral, apesar de enormes gastos em drogas e manuais de psicoterapia psicotrópica. Entretanto isto não traz nenhuma surpresa, já que psiquiatria, com certeza, tem se empenhado em ajudar as pessoas com transtornos mentais, e não tem sido sua meta salvar a humanidade.

É importante esclarecer que não se pretende afirmar que os argumentos sobre a capacidade de diagnósticos que formam a base para a medicalização do comportamento “normal” são redundantes; nem se pretende sugerir que trabalhos extremamente relevantes sobre o uso dos diagnósticos ainda não foram realizados. Entretanto, um trabalho crítico, que cuidadosa e criteriosamente interrogue a realização e o significado das categorias de diagnóstico, continua a ser vital e certamente contribuirá para debates sociais e clínicos mais amplos, que podem refazer as realidades que emergem. Vale salientar que as entidades responsáveis pelos diagnósticos clínicos são poderosas: elas moldam a sociedade e a subjetividade dos indivíduos e é por esta razão que deve haver preocupação com o que tais entidades são e fazem.

Ao nos depararmos com a quantidade de diagnósticos e sintomas que o DSM traz a cada nova revisão, parece muito difícil qualquer pessoa ao longo de sua vida não se enquadrar em algum tipo de transtorno. Ainda parece muito distante o momento em que estaremos livres para sofrer, de forma autêntica e legítima, sem com isso sermos enquadrados em um número descritivo. Amparar e autenticar a hegemonia da biomedicina é o que a sociedade de forma geral faz. E para romper esse processo é preciso informação e conscientização, a fim de quebramos essa lógica, e para tanto, cada um de nós tem responsabilidade frente a isso. Não mais se pode permitir o controle da sociedade através do fármaco, e menos ainda o oportunismo frente ao sofrimento humano da indústria farmacêutica e médica para estabelecer-se no mercado.

É preciso, também, tirar das mãos exclusivas do médico a responsabilidade de dimensionar e validar o tamanho do sofrimento psíquico vivenciado pelo sujeito, nos mais diversos momentos de sua vida. Cada um de nós tem o direito e o dever de escolher o tratamento mais adequado em cada caso, seja ele medicamentoso ou não. Mascarar a dor é opcional, e esconder-se atrás de um diagnóstico tampouco a diminuirá. Portanto, faz-se urgente dissolver os manicômios velados disfarçados de “tratamentos”, para não mais sermos reféns da primazia medicalizante. Romper com essa lógica é, antes de tudo, encarar os nossos monstros há muito escondidos, ter a coragem de admitir o “fracasso” frente a algumas adversidades da vida, para então ressignificar essas passagens de um modo mais saudável e autônomo. A normatização da vida acontece quando essa liberdade de escolha é assegurada e permitida às pessoas e não transformando a dor em epidemia de diagnósticos.

O mal-estar é necessário na sociedade, porque é através dele que nos tornamos conscientes e temos a possibilidade de cobrar as mudanças desse modelo tão nefasto que tanto persiste.

O presente trabalho, essencialmente, questiona a legitimidade de muitos diagnósticos que definem o status atual de transtorno mental para vários fenômenos ora medicalizados. Está claro que os parâmetros destes transtornos e seus sintomas requerem mais escrutínio por parte de profissionais de diferentes áreas e se, de fato, muitos destes diagnósticos não são clinicamente válidos, porque são uma forma socialmente construída de medicalizar comportamentos “indesejáveis”, então a sua remoção do DSM não somente é lógica, como também é ética e necessária.

Cuidar é, antes de tudo, olhar com carinho. Acolher, compreender e ajudar. Cada pessoa, enquanto cidadão, comunidade e especialmente enquanto profissionais da saúde, tem o dever de olhar com carinho para o paciente em sofrimento psíquico. Corresponsabilizar-se mostrar-se urgente e, mais ainda, empoderar o sujeito em sofrimento; para isso é preciso informar e conscientizar e politizar os cidadãos para que estes também busquem e lutem por seus direitos, pela escolha consciente, por maneiras mais saudáveis e eficazes de cuidar da sua saúde mental. Cuidar é oferecer e exigir dignidade e humanização do atendimento, honrando a singularidade de cada um.

Isso significa não mais colocar como principal objetivo a produtividade, porque o cuidado exige a sutileza da escuta qualificada, do toque, do olhar. Praticar, de forma legítima os princípios do Sistema Único de Saúde, priorizando a equidade e a integralidade, tão falhos na prática do dia a dia, em função da rotina desgastante dos trabalhadores da saúde.

Uma ação comprometida exige uma rede de cuidados bem estabelecida, responsabilizando todos os atores envolvidos nela e, dessa forma, descentralizando o poder do cuidado que hoje é quase que exclusivo do médico e do fármaco. Pensar a promoção de saúde mental passa a ideia de territorialidade. Empoderar cada pertencente ao território para ser capaz e responsável pelo cuidado daquele que sofre. Cada profissional de saúde pode e deve sentir-se apto e capaz desse cuidado, visto que, em grande parte dos casos, o que o paciente deseja é empatia e escuta honesta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aries, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.

Arce, V. A. R., Sousa, M. F., e Lima, M. G. (2011). A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: Contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 541-560.

Barker, K. (2009). Medicalization, multiplication of diseases, and human enhancement. *Salute e Società* (8).

Camargo Jr., K. R. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 844-846.

Campos, R. O. (2001). Clínica: A palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.

Carvalho, L. F., e Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.

Cedraz, A., e Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: Modalidades desinstitucionalizantes ou não?. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 5(2), 300-327.

Cervo, A. I., e Bervian, P. A. (2002). *Metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Prentice Hall.

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins U. P.

Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., e Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em unidades de saúde da família: Experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.

Foucault, M. (2010). *Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria, psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161.

Horwitz, A., & Wakefield, J. (2009). The medicalization of sadness. *Salute e Società* (8), 49-66.

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165.

Mannoni, M. (1988). *Educação impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Maturo, A. (2010). Bipolar disorder and the medicalization of mood: An epidemics of diagnosis? In A. Mukherjea (Ed.), *Understanding emerging epidemics: Social and political approaches* (pp. 225-242). Emerald Books.

Meister, E. K., Bruck, I., Antoniuk, S. A., Crippa, A. C. S., Muzzolon, S. R. B., Spessatto, A., e Gregolin, R. (2001). Learning disabilities: Analysis of 69 children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59(2B), 338-341.

Souza, A. C. (2006). Ampliando o campo da atenção psicossocial: A articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10, 703-710.

Tesser, C. D. (2006a). Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 61-76.

Tesser, C. D. (2006b). Medicalização social (II): Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 347-362.

Tesser, C. D., Neto, P. P., e Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: Um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3), 3615-3624.

