

MEDICALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS ALTERNATIVAS

Michele Zanella¹
Heloisa Helena Venturi Luz²

RESUMO

A fim de possibilitar alternativas ao modelo biomédico predominante, este artigo teórico tem por objetivo discutir através de uma revisão bibliográfica, a medicalização indiscriminada de crianças e adultos, problematizando possíveis estratégias em Saúde Mental e Atenção Psicossocial oferecidas na Rede Pública de Saúde. A medicina tem tratado de desvios comportamentais, antes considerados apenas como problemas cotidianos, como transtornos mentais. Com isso, a indústria farmacêutica nos últimos anos tem feito investimentos pesados em pesquisas, produção e marketing de novos medicamentos, em especial de psicofármacos. A normatização do comportamento, através do fármaco não apenas do adulto, mas também de crianças que estão sendo medicalizadas indiscriminadamente, atua como finalidade maior. Aspectos psicológicos, históricos e sociais são deixados de lado, e o que surge no cenário atual é uma verdadeira epidemia de diagnósticos, priorizando e delegando à neurobiologia a responsabilidade dos desajustes de crianças e adultos. A inversão do modelo biomédico predominante nesse cenário depende muito dos trabalhadores e gestores que atuam na Saúde Pública, a fim de pensar a lógica da medicalização de forma mais consciente e responsável, evitando automatismos e consequentemente encaminhamentos desnecessários e os tão conhecidos diagnósticos segregadores. A consulta pode passar a ser entendida como uma nova possibilidade de diálogo entre usuário e Sistema de Saúde possibilitando novos modelos de intervenção terapêutica e não apenas a reprodução de sintomatologias e consequente medicalização.

Palavras-chave Medicalização social; Sofrimento psíquico; Estratégias alternativas; Saúde Mental; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

In order to offer alternatives to the predominant biomedical model, this theoretical article aims to discuss, through a literature review, the indiscriminate medicalization on children and adults, discussing possible strategies in Mental Health and Psychosocial Care offered by the Public Health Network. Medicine has dealt with inadequate behaviours, once considered only as everyday problems, such as mental disorders. Thus, the pharmaceutical industry in recent years has made heavy investments in research, production and marketing of new drugs, especially psychotropic drugs. The standardization of behaviour controlled by the use of drugs, not only of adults but also children being indiscriminately medicalized, acts with greater purpose. Psychological, historical and social aspects are left out, and what appears in the current scenario is an epidemic of diagnosis, prioritizing and delegating the responsibility of children and adults' misfits to the neurobiology field. The prevailing biomedical model inversion of the in this scenario depends heavily on workers and managers, who acts in public health, in order to think the medicalization logic in a more conscious and responsible manner, avoiding automatized behaviours and consequently unnecessary referrals and the well-known secreting diagnostics. The medical appointment can now be understood as a new opportunity for a dialogue between the

¹ Bacharel em Psicologia (UNIDAVI); Especialista em Avaliação Psicológica (UNIDAVI). Acadêmica do curso de Pós Graduação Lato- Sensu em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UNIDAVI). Endereço eletrônico: michelemz85@gmail.com.

² Heloisa Helena Venturi Luz. Enfermeira Psiquiátrica; Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Supervisora Clínico-institucional. Endereço eletrônico: heloisahvl2008@gmail.com.

user and the health system enabling new models for therapeutic intervention and not just the reproduction of symptomatology and consequent medicalization.

Keywords: Social medicalization; Psychological distress; Alternative strategies; Mental health; Psychosocial Care.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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 (RENATA, 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 (MATURO, 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 (MATURO, 2009). 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.

2. 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 (MATURO, 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).

Hoje o médico é quem define o quão legítimo é o sofrimento (TESSER, 2006a). Se ela está no âmbito das doenças autênticas, imaginárias ou simuladas. É o médico quem define a complexidade da dor e, em meio à perturbação que ela causa, muitas vezes o sujeito aceita o tratamento prescrito e, por conseguinte, o medicamento que está diretamente relacionado a ela. Esse comportamento deixa o sujeito sentindo-se desamparado e impotente frente a sua dor, e coloca no médico, que está estranho a sua dor ou a natureza dela, a responsabilidade sobre a mesma.

O mal-estar é inato à condição humana (FREUD, 1996). Cedo ou tarde, todos nós o experimentaremos, já que não somos capazes de dominar a natureza e o nosso corpo. A medicalização 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 JUNIOR, 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 JUNIOR, 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 Junior (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 aparece com força total, a partir do momento que o sujeito vê a sua capacidade e autonomia de gerir o próprio cuidado, deficitária e em declínio, e isso tende a atingir os vários âmbitos de sua vida (SILVA E TESSER, 2013).

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.

2.1 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; e 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 neuropsiquiatra, que prescreve medicamentos largamente conhecidos³.

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 estofamento 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

³ Ressalta-se 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)

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 proporcional 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.

A criança, após o século XIX, passa a ser o lócus na busca das causas da loucura do adulto, e a medicina, por sua vez, passa a ser a principal responsável pela reeducação terapêutica, a guardiã de todo o saber sobre a cura do mal-estar na infância e, consequentemente, na fase adulta. 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. Medicação, então, significa responsabilizar outro ator, já que o ensino fracassou (MANNONI, 2010).

3. 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, 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, 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; 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, 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; SOUZA; LIMA, 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; 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, Souza e Lima (2011) também levantam a importância de grupos terapêuticos e operativos, bem como ações para o desenvolvimento do exercício da cidadania e empoderando os 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, SOUZA E LIMA, 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, 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; SOUZA; LIMA, 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 deixando-o 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, 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, 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 sanitista, 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 serviço de rede, é quase impossível reunir a totalidade de recursos disponíveis para o cuidado em saúde da população (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008). 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, 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, 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, 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, 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. Para tanto, Caçapava e Colvero (2008) destacam a

importância do Acolhimento, pois ele tenta oferecer respostas iniciais a todos os problemas apresentados pelos usuários que procuram o serviço.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicalização é um processo complexo, imbuído no imaginário social, que transforma as vivências em necessidades médicas. Sofrimentos e experiências dolorosas, que antes eram ressignificados no próprio ambiente familiar e comunitário, hoje levam as pessoas a procurarem o auxílio medicamentoso, reduzindo outras possibilidades terapêuticas de se estabelecerem também como legítimas (TESSER, 2010). A visão biomédica entende o corpo como uma máquina, que não varia de pessoa para pessoa, e onde, se há um problema, a peça deve ser substituída e o tratamento administrado é preferencialmente medicamentoso.

O que se observa é que a lógica da medicalização, como principal estratégia de resolução de problemas, tradicional do modelo biomédico, ainda se sobrepõe aos demais procedimentos (DIMENSTEIN, 2009). A óptica fragmentada do cuidado, aliada aos encaminhamentos, reforça esse modelo, favorecendo a “desresponsabilização” em detrimento da corresponsabilização.

Essa acessibilidade, tão desejável para a Atenção Psicossocial, é bastante possível para a ESF, pois o processo de transformação acontece junto à comunidade. Desta forma ela possibilita um trânsito entre o doente e a comunidade, visto que muitos sujeitos se veem institucionalizados dentro de suas próprias casas, e não apenas aquele espaço especializado deveras conhecido pelo mesmo. Através dos vários agentes envolvidos no processo de cuidado, pode haver a inversão de valores, a aceitação e o acolhimento da diferença (SOUZA, 2006).

Posto isto, faz-se possível pensar o rompimento com a clínica médica e, por conseguinte, a medicalização, trazendo à luz os princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, humanização e participação. A ESF, trabalhando nesse sentido, facilita o acesso do CAPS na comunidade, atuando no território, desmarginalizando o doente mental, construindo outros modos de lidar com o mesmo (SOUZA, 2006), já que eles são agentes transformadores e, quando unidos são muito mais potentes.

A inversão do modelo tradicional depende muito de gestores e trabalhadores, para inverter a lógica da medicalização, dos encaminhamentos desnecessários e dos diagnósticos segregadores. Para que essas estratégias sejam efetivas, faz-se necessária a capacitação das equipes, para que estas pensem novas dinâmicas de cuidado e Atenção Psicossocial, sem

precisar recorrer ao modelo amplamente conhecido, dando possibilidades do próprio usuário fazer suas escolhas e gerir o próprio cuidado (SOUZA, 2006). É vital a formação continuada desses profissionais, com o objetivo de minimizar a fragmentação do cuidado (DIMENSTEIN, 2009).

Os serviços ofertados parecem denunciar mais uma vez que a organização social funciona como um anulador de subjetividades e singularidades. A lógica dominante continua tão castradora quanto antes, porém usa disfarces por ser oferecida em instituições com uma proposta contrária a da psiquiatria clássica. Novamente, as práticas se pautam em sistemas de normas e regras, que regulam e orientam a vida dos usuários. Não se pode mais pensar, após tantos anos de luta pelos direitos e autonomia do sujeito em sofrimento psíquico, que haja uma prática sem reflexão, destituindo tais ferramentas de transformação, reduzindo-as a meros dispositivos de ocupação de tempo (DIMENSTEIN, 2009).

É nítida a urgência de consolidação das diretrizes que dispõe a RAPS: promoção da equidade, combate a estigmas e preconceitos – problema este que se vê amplamente exposto pelos próprios técnicos –, garantia de acesso e qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, diversificação das estratégias de cuidado e promoção de educação permanente. Para que tais mudanças aconteçam, os profissionais, cidadãos, sociedade, comunidade, precisam romper o silêncio, que aparece disfarçado de tolerância, um silêncio cúmplice, de obediência e conformismo. Tudo isso parece denunciar a falta de compromisso e ética com a real função das instituições públicas de saúde, para então avaliar se há funcionalidade justificável (DIMENSTEIN, 2009).

A ausência de senso crítico dos profissionais acerca de suas práticas reforça ainda mais o padrão de normalidade socialmente desejado (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). Deste modo, a loucura só pode se expressar dentro de padrões legais, de conveniência, daquilo que é passível de ser controlado e corrigido. Dentro da perspectiva da medicalização, estar bem significa a remissão de sintomas. Parece ficar claro para o usuário, a ideia de que o medicamento tem lugar privilegiado no tratamento, ideia esta reforçada pelos próprios técnicos e que precisa urgentemente ser superada.

A consulta não precisa ter como fim a receita médica, já que ela pode significar novas possibilidades de diálogo entre usuário e Sistema, novas interpretações e possibilidades terapêuticas, um novo olhar sobre as condições desse sujeito (TESSER, 2006b). O sintoma pode ser um sinal de alerta para algo conhecido ou não do sujeito, e desligar esse sinal pode

ter um efeito alienante e de dependência dos fármacos, lidando com o sujeito, que, em hipótese, é o único capaz de decidir sobre sua vida e seu sofrimento.

É preciso ter cautela, uma vez que a proximidade com a ESF pode tanto ser uma estratégia importante para a desmedicalização e reconstrução da autonomia do doente, ou potencializar a sua força medicalizadora (TESSER, 2006a). Para que isso não aconteça, faz-se necessário a constante reflexão e reorganização do “*modus operandi*” de cada ator envolvido nesse processo. Neste sentido, entender o paciente não como um corpo estático, material, com uma disfunção cerebral claramente definida, mas como um desdobramento, uma existência situada já envolvida em um mundo social de complexidade irreduzível – um envolvimento que permite que o paciente experimente, sinta e dê sentido ao seu sofrimento emocional.

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 isso, 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 romper e 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. Mascaram 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.

Cuidar é, antes de tudo, olhar com carinho. Acolher, compreender e ajudar. Cada um de nós, enquanto cidadãos, comunidade e especialmente enquanto profissionais da saúde, temos o dever de olhar com carinho para o paciente em sofrimento psíquico. Corresponsabilizar mostra-se urgente, e empoderar o sujeito em sofrimento mais ainda, e para isso é preciso informar e conscientizar. 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.

Enquanto profissionais, romper essa lógica significa não mais colocar como principal objetivo a produtividade, porque o cuidado transcende isso, ele 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 desses trabalhadores. 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 por consequência do fármaco. Pensar a promoção de saúde mental perpassa pela ideia de territorialidade. Empoderar cada um de nós, pertencentes ao território como capazes e responsáveis pelo cuidado daquele que sofre. Cada um de nós, profissionais de saúde, pode e deve sentir-se apto e capaz desse cuidado, sem necessariamente ter de passar pelo consultório médico, visto que, em grande parte dos casos o que o paciente deseja é empatia e escuta honesta.

REFERÊNCIAS

ARIES, P. **História Social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. Fátima de; LIMA, M. da G. A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, pp. 541-560, 2011.

BARKER, K. Medicalization, multiplication of diseases, and human enhancement. **Salute e Società**, n.8, 2009.

CAÇAPAVA JUNIOR, C. L. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, dez; 29(4), pp. 573-80, 2008.

CAMARGO JUNIOR., K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(5):844-846, 2013.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, pp. 98-111, 2001.

CARVALHO, L. de F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia, Natal**, v. 9, n. 1, pp. 121-129, 2004.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 5, n. 2, set. 2005.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: Johns Hopkins U.P.; 2007.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental . **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, pp. 63-74, 2009.

FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, Trad., Vol. 21, pp. 73-148). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, pp. 151-161, 2007.

HORWITZ, A., WAKEFIELD, J. The Medicalization of Sadness. **Salute e Società**, 8, pp. 49–66, 2009.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 18, n. 1, abr. 2013.

MANNONI, M. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

MATURO, A. Bipolar Disorder and the Medicalization of Mood: An Epidemics of Diagnosis? In: Mukherjea A. (ed.). **Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches**. London: Emerald; pp. 225–42, 2010.

MATURO, A. Médicalisation, marketing pharmaceutique et inégalité sociales. **Revue Sociologie Santé**, pp. 177–86, 2009.

MEISTER, E. K.; BRUCK, I.; ANTONIUK, S. A.; CRIPPA, A. C. de S.; MUZZOLON, S. R. B.; SPESSATTO, A.; GREGOLIN, R.. Learning disabilities: analysis of 69 childrens. In: **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, pp. 338-341, 2001.

SILVA, E. D. C.; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cad. saúde pública** 29. pp. 2186-2196, 2013.

SOUZA, A. C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 10, pp.703-710, 2006.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern ‘epistemicide’ in health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, 2006a.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, 2006b.

TESSER, C. D., NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva** 15, pp. 3615-24, 2010.