



UNICAMP



Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Saúde Coletiva  
Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental e Coletiva

**“Existe remédio pra tudo?”: a medicalização do sofrimento psíquico  
na Atenção Básica.**

Ana Livia Mota Pacciulio

Campinas  
2020

Ana Livia Mota Pacciulio

“Existe remédio pra tudo?”: a medicalização do sofrimento psíquico na  
Atenção Básica.

Trabalho de conclusão do curso de  
Residência Multiprofissional em Saúde  
Mental e Coletiva da Universidade Estadual  
de Campinas.

Orientador: Prof.Dr.Bruno Emerich

Campinas  
2020

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	4
<b>Objetivo e método</b> .....	13
<b>Relato de Experiência</b> .....	14
1. Um ano atravessado pela pandemia da covid-19.....	14
1.1. A urgência de promover novas práticas em saúde mental.....	16
2. As várias faces da medicalização.....	20
2.1. Os prontuários.....	20
2.2. Aproximação e inclusão dos médicos.....	22
2.3 (Re)pensando as ofertas de cuidado.....	27
<b>Conclusão</b> .....	28
<b>Referências</b> .....	31
<b>Anexo</b> .....	34

## *Introdução*

### De onde partimos

A Reforma Psiquiátrica tendo se originado no âmbito da Reforma Sanitária na década de 70, se afirmou como um movimento de caráter democrático e social, com a intenção de produzir melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. Ambos os movimentos citados, partem de princípios e diretrizes semelhantes e almejam a construção de possibilidades de formas mais humanas e acolhedoras de se promover a saúde, sugerindo a ampliação na concepção do processo saúde/doença, o que implica a elaboração de novos modos de atenção que contemplem essa perspectiva (Souza e Rivera, 2010).

A Atenção Psicossocial como proposta paradigmática do processo da Reforma Psiquiátrica, aponta para uma importante ruptura com o modo de olhar e compreender a experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura ou de sofrimento psíquico. Trata-se de uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, que reduz o funcionamento psíquico exclusivamente a processos cerebrais e, portanto, totalmente explicáveis em uma linguagem neurobioquímica e os seus desvios nomeados como transtorno mental. Busca-se, ao contrário, olhar para o sofrimento humano em articulação com o plano da vida. Muda-se o objeto que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida (Yasui, Luzio e Amarante, 2018).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, a Reforma Psiquiátrica encontrou condições propícias para seu desenvolvimento: a implementação de políticas públicas pautadas nas práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular. Assim, com o SUS e as significativas transformações estruturais, conformaram um novo quadro na atenção à saúde e propiciaram a efetivação de uma nova política de saúde mental que reforça a atenção de base territorial, em substituição ao modelo de atenção hospitalar (Souza e Rivera, 2010).

Nesse período da Reforma Psiquiátrica surgem muitas críticas ao modelo biomédico, por sua centralidade na doença e nas atividades curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção. Exatamente essas ações que passaram, principalmente, com a Política de Atenção Básica a serem objeto de uma maior centralidade na política pública de saúde (Yasui, Luzio e Amarante, 2018).

Um dos pontos de atenção da RAPS é a Atenção Básica, caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos; é a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na sua situação e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2012).

Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2012).

No “Manual para Organização da Atenção Básica” é enfatizada a importância desse nível de atenção para a organização e conformação do sistema de saúde. Nele são propostos os instrumentos para sua operacionalização, de modo a se alcançar a reorientação de atenção à saúde por meio de estratégias adequadas às condições locais e municipais. Entre outros pontos, foram ressaltados: o cadastramento e a implantação do Cartão SUS; a adscrição de clientela; a referência para a assistência de média e alta densidade tecnológica; e o acompanhamento e a avaliação das ações e serviços de saúde (Brasil, 1998).

A partir de uma percepção na defasagem da assistência no cuidado dos pacientes com transtornos mentais leves, porém mais prevalentes na população, que não são contemplados pelos CAPS, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a Atenção Básica. As principais diretrizes para esta articulação são: Apoio matricial de saúde mental às equipes de Programa de Saúde da Família (aumentando da capacidade resolutiva das equipes) cuja função consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica (Tanaka e Ribeiro, 2008).

Dessa forma, a Atenção Básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, seja oferecendo tratamento na própria atenção básica ou compartilhando os pacientes ou encaminhando para serviços especializados, como os CAPS por exemplo. (Tanaka e Ribeiro, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do SUS, tornou-se fundamental para o cuidado das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares, com base no trabalho organizado por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham. Em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio ao Programa Saúde da Família – NASF. Entretanto, muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas em saúde mental (Correia, Barros e Colvero, 2011).

Além dos inegáveis avanços com novos arranjos em saúde mental, muitos são os desafios a serem enfrentados no que diz respeito a uma efetiva mudança nas práticas de atenção. Um deles diz respeito à primazia do tratamento farmacológico no conjunto de ações dos profissionais de saúde mental, a tal ponto que muitas vezes o tratamento em saúde mental reduz-se apenas aos psicotrópicos (Onocko-Campos et al.,2013). É neste ponto que me proponho a refletir e aprofundar com este trabalho.

## Medicalização

A partir da década de 1950 houve um crescente interesse por parte de pesquisadores da área médica e das ciências humanas em relação aos temas ligados à saúde. Nesse período, começaram a surgir vários estudos sobre os efeitos do saber médico na sociedade.

*Medicalizar*, em termos gerais sugere medicar, quer dizer, cuidar por meio de medicamentos, ou também exercer a medicina. Contudo, medicalização é polissêmico. Em comum, configura-se como o processo de transformar experiências consideradas

indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins. Por “*práticas afins*”, Freitas e Amarante se remetem às práticas discursivas de diferentes atores que alimentam o próprio processo de medicalização, com destaque para a indústria farmacêutica e de tecnologias de saúde, com o interesse focado para a ampliação do mercado para seus produtos e também para pesquisadores que dão suporte a esse processo a partir de supostas bases científicas (Freitas e Amarante, 2017)

Desde então, pesquisadores na área da sociologia têm buscado discutir a respeito das influências de determinados saberes como a ciência e a medicina no cotidiano dos indivíduos. O avanço desses estudos demonstra que o impacto pode ser observado nos mais singelos comportamentos. O uso de vitaminas, a prática de atividades físicas, bem como o aumento no número de pessoas diagnosticadas com alguma enfermidade a partir de revistas ou reportagens de televisão, corroboram com um estado de patologização da vida (Silva e Canavêz, 2017).

Na raiz desse fenômeno, Zola (1972) caracteriza a Medicina como uma instituição de controle social, dimensionando-a com ordem de grandeza tal como a religião e a lei. Em nome da produção de saúde, a Medicina pode tornava-se (e ainda se torna) um repositório de verdade, um campo no qual juízos eram sentenciados por especialistas que portavam uma objetividade e uma moral supostamente neutras. Nesse contexto, o enfrentamento das doenças assumia ares de uma batalha moral, instigada por uma retórica que imputava responsabilidade e culpa ao indivíduo pelo seu próprio adoecimento. É o que ocorreria, por exemplo, com fenômenos como o então diagnóstico de alcoolismo, o aborto, os “desvios” da sexualidade e o uso de drogas ilícitas, que, ao serem transformados em questões médicas, possibilitaram o controle e a vigilância populacionais por parte das instituições (Carvalho et al., 2015).

O sociólogo Ivan Illich foi um dos primeiros e mais radicais críticos do processo de expansão do saber e poder da medicina sobre a sociedade. Em seu ilustre livro “*Nêmesis: a expropriação da saúde*” (1975), abre a discussão afirmando que a empresa médica é uma ameaça à saúde, aliena a sociedade e impede, através do seu monopólio médico, que o conhecimento seja compartilhado. Em momento posterior, Illich reavalia seu posicionamento a respeito desse fenômeno e acrescenta o papel da sociedade: para ele não se trata, portanto, de um monopólio ou imperialismo da medicina, mas de uma produção de urgência relativa ao auto-cuidado, na qual o cliente, ou cidadão comum, é transformado em uma nova espécie de profissional da saúde (Carvalho et al., 2015).

Para o autor, medicalização é definida como um processo no qual a supremacia do poder/saber médico sobre a vida dos indivíduos se articula com diferentes vias de atuação, a saber: a via clínica, a social e a cultural. Essas vias, por sua vez, têm como objetivo autorizar e rotular determinadas experiências com o corpo e sobre o corpo. Illich propõe a ideia de uma patologia advinda da atuação da medicina sobre a vida, a qual chamará de iatrogênese (iatros = médico; genesis = origem). Assim, propõe que a “iatrogênese social” corresponde à produção de dependência dos postulados médicos pela sociedade, o que repercute no posicionamento de passividade e perda de autonomia frente à situação de saúde ou doença (Zorzanelli, Ortega e Júnior, 2013).

Outro autor de relevância, cujos estudos sobre a medicalização são contemporâneos dos trabalhos de Illich, é o sociólogo Peter Conrad. Para o autor a definição de medicalização não é unânime, no entanto, a despeito de não possuir uma definição consensual, muitos estudiosos concordam com o fato de ser um processo em que instâncias cotidianas da vida se tornam objetos da jurisdição médica (Zorzanelli, Ortega e Júnior, 2013).

Conrad destaca os três tipos de controle social exercidos pela medicina, quais sejam: o da tecnologia médica, o da colaboração médica e o da ideologia médica. Os três tipos não são excludentes entre si. Aliás, é comum que eles estejam atuando juntos. A tecnologia médica é o tipo mais comum de controle social de acordo com o autor, pois envolve a produção e comercialização de medicamentos para as mais diversas queixas. Desde remédios indicados para controle da doença mental até “desvios” comportamentais na infância. Essa forma de controle teria se popularizado devido à fácil administração dos medicamentos e ao fato deles serem autorizados pelos profissionais da área médica (Silva e Canavêz, 2017).

A colaboração médica se refere às parcerias entre o saber médico e outras autoridades/saberes, como a Justiça. Já a ideologia médica envolve a definição de um comportamento enquanto doença, principalmente por causa dos benefícios sociais e ideológicos que se pode obter. Dessa forma, a ideologia utiliza a autoridade médica através da linguagem, ou seja, adota o vocabulário ou imaginário médico para tratar um determinado problema (Silva e Canavêz, 2017).

## Medicalização do sofrimento psíquico.

Freitas e Amarantes (2017) no livro “Medicalização em Psiquiatria” afirmam que no campo da saúde mental, há um *boom* das psicoterapias que, durante a primeira metade do século XX estavam restritas à psicanálise e às terapias comportamentais. Por outro lado, o surgimento dos psicofármacos é recebido pela sociedade como a descoberta das pílulas milagrosas, as quais foram consideradas na época como a solução definitiva para os problemas psíquicos até então considerados sem cura: as psicoses, e as aflições psíquicas que a medicina havia considerado como neuroses e objeto das terapias da palavra.

A medicalização do sofrimento psíquico segue o roteiro da aliança feita entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica. Apesar de os primórdios dessa aliança possam ser encontradas pela literatura desde a Grécia antiga, ela ocorre de fato a partir da segunda metade da década de 1950. Desde então, vivemos numa época caracterizada pela ideia de que os problemas mentais podem e devem ser curados por drogas. O discurso social dominante de cura atribuído à medicina mental passa a ficar inseparável da ideia promovida pela indústria farmacêutica de que as drogas podem aliviar os sintomas (Freitas e Amarante, 2017).

Essa aliança é consumada porque em comum há o princípio do desequilíbrio químico no cérebro, e que as drogas ajudariam a restaurar o equilíbrio químico, uma vez lá subjaz o mecanismo patológico responsável pela produção dos sintomas (Freitas e Amarante, 2017).

Quer seja para regular as mudanças de humor, melhorar a performance no trabalho, para resistir a situações estressantes, à tristeza provocada pelo luto, aos efeitos traumáticos de determinadas experiências ou para tratar as alterações associadas aos transtornos mentais graves, o uso de psicotrópicos faz, atualmente, parte da vida cotidiana. A eficácia dos psicotrópicos para tratar os transtornos mentais e outras formas de mal-estar é, entretanto, limitada. Seus efeitos secundários, associados a um consumo a longo prazo, são não somente importantes, mas, às vezes, muito negativos. E o que é surpreendente é a falta de espaço para questionar não apenas a amplitude de sua utilização, mas também as hipóteses e concepções do sofrimento que fundamentam sua legitimidade (Barrio, Perron e Ouellette, 2008)

Guarido (2007) analisa as mudanças que ocorreram em relação ao sofrimento psíquico ao longo dos anos e os fatores que contribuíram para tal mudança. Entre os

fatores citados pela autora, estão: a padronização de sintomas trazida pelo DSM, as pesquisas no campo da neurociência que circunscrevem o funcionamento psíquico em bases orgânicas, e o desenvolvimento dos psicofármacos. O reflexo da atuação desses fatores pode ser encontrado na naturalização do sofrimento psíquico, com a perda do significado atribuído aos sintomas e, em articulação com os autores previamente citados, o processo de medicalização da sociedade.

Há, portanto, um movimento na atualidade de culpabilização dos indivíduos pelo seu estado de saúde ou doença. O sentimento de mal-estar, por exemplo, leva o indivíduo a uma busca desenfreada por especialistas que possam, a partir do seu conhecimento, atribuir um nome, um código que identifique ou localize o mal-estar em uma doença. Além disso, que possa ser tratada e curada através das intervenções, tidas como cada vez mais avançadas, do saber médico, ou pela adoção de um novo estilo de vida divulgado pelos meios midiáticos.

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura no século XX, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si -racionalização própria da economia neoliberal. (Guarido, 2007)

Maria Rita Kehl em “O tempo e o cão” (2009) afirma que o aumento assombroso dos diagnósticos de depressão nos países do Ocidente, desde a década de 1970, poderia ser interpretado simplesmente como efeito do empenho da indústria farmacêutica em desenvolver e difundir técnicas de diagnósticos favoráveis ao uso (quando não o abuso) dos antidepressivos lançados a cada ano no mercado. Mas também pode indicar que o homem contemporâneo está particularmente sujeito a deprimir-se. Plenamente apoiados pela ideologia de nossa sociedade científico-mercadológica e pela oferta abundante de antidepressivos, muitos sujeitos buscam em um tratamento exclusivamente psiquiátrico a condição ideal para evitar o enfrentamento com suas questões subjetivas. O mundo contemporâneo demonizou a depressão, o que só faz agravar o sofrimento dos depressivos com sentimentos de dívida ou de culpa em relação aos ideais em circulação.

O recurso ao tratamento farmacológico como único modo de enfrentar as diversas manifestações da dor de viver é alarmante. O projeto pseudocientífico de subtrair o sujeito (sujeito de desejo, de conflito, de dor, de falta) a fim de proporcionar ao cliente uma vida

sem perturbações acaba por produzir exatamente o contrário, vidas vazias de sentido e de criatividade. As estratégias de expansão da indústria farmacêutica merecem destaque não apenas porque tendem a influir o aumento dos diagnósticos, mas principalmente porque difundem uma versão patológica e *medicalizável* de todas as formas de inquietação, oscilação de ânimo e inadaptação à norma que caracterizam a vida e a vitalidade psíquicas (Kehl, 2009).

Nos congressos internacionais de psiquiatria patrocinado pelos grandes laboratórios, mais do que a propaganda de produtos lançados no mercado, o que se divulgam são novos métodos diagnósticos capazes de detectar os menores sinais de distúrbios depressivos. Trata-se de instruir os médicos e psiquiatras a detectar a depressão, assim como outros medicalizáveis, a partir de praticamente todas as queixas de seus pacientes: diminuição de apetite, oscilações de humor, insônia ou excesso de sono, fadiga, pessimismo, desânimo, inapetência sexual (Kehl, 2009).

A importância dessa discussão para a clínica psicológica está ligada à possibilidade de, a partir do reconhecimento dessa dinâmica, oferecer uma postura crítica, com uma atuação que permita a valorização da singularidade e uma clínica que atue com um *modus operandi* não medicalizante. Essa forma de atuação implica em reconhecer que o exercício da clínica está vinculado aos jogos de poder, ou seja, são espaços privilegiados de produção de subjetividade, como afirma Foucault, onde existem forças que concorrem para a produção de certos modos de viver, saber e de poder. A aliança com forças que compactuam com o discurso tido como hegemônico é que incorre na problemática trazida pelo fenômeno da medicalização, qual seja: a cristalização das demandas em diagnósticos, a exaltação dos “especialismos” no lugar da clínica ampliada e o processo de individualização no lugar da valorização da singularidade (Silva e Canavêz, 2017).

A ampla gama de sintomas presentes nos manuais bem como a forma diagnóstica proposta por eles permitem que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos, possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. A socialização do DSM na formação médica geral permite que clínicos de outras especialidades, que não a psiquiátrica, possam medicar com facilidade seus pacientes. Não se trata de sugerir a manutenção do domínio psiquiátrico nesse caso, mas de revelar a banalização do diagnóstico e o uso irrestrito de medicações como intervenção diante da vida (Guarido, 2007).

## Medicalização dos usuários na Atenção Básica

Em estudo comparativo sobre as condições dos sistemas de saúde mental com 153 países, o Brasil possuía 4,8 psiquiatras por 100.000 habitantes. Países com os melhores índices como Mônaco, França e Finlândia têm 22 psiquiatras. A cidade de Campinas possui 7,2 por 100.000 habitantes apenas na rede municipal, de acordo com dados da secretaria municipal de saúde. Em termos de recursos, somente a rede pública possui quantidade destes profissionais melhor do que 80% das nações estudadas, contudo a qualidade da clínica destes profissionais é outro indicador e não possui relação direta com a quantidade de recursos (Santos, 2009).

O autor se dedicou a estudar o uso de psicotrópicos na Atenção Básica de Campinas, descreve em sua tese que mesmo países com grande número de recursos de médicos psiquiatras à disposição, vivem o problema de altas taxas de medicalização em populações que não apresentam diagnósticos psiquiátricos estabelecidos, como também o oposto: baixa captação de casos merecedores de um tratamento psicofarmacológico. A quantidade de utilização de antidepressivos encontrados nas unidades de saúde de Campinas estudadas é parecida com a bibliografia internacional, 7% a 10% da população adscrita nos centros pesquisados.

Na análise do discurso dos usuários, transparece a carência de seguimentos dos tratamentos ofertados, onde predomina uma política de renovação de receitas mesmo sem a avaliação da equipe assistente.

A falta de proposta de outras formas terapêuticas, pouca disponibilidade para conversar, tirar dúvidas e de seguimentos esparsos ocasionados por uma “política” de renovação de receitas. Ao mesmo tempo, eles reconhecem que apenas os remédios não são suficientes para a multiplicidade de problemas na área da saúde mental e identificam diversas estratégias tanto nos seus bairros como nos centros de saúde que lhes seriam benéficas, mas estranham o fato delas não fazerem parte de seus Projetos Terapêuticos (Santos, 2009).

Os trabalhadores contam o oposto da população, levantando que já existe uma cultura de procura exclusivamente do médico e por soluções rápidas aos seus problemas. Chegam a culpar os usuários como responsáveis em parte pela redução do tratamento da saúde mental à prescrição medicamentosa. Reclamam que, muitas vezes, a medicalização acontece pela falta de tempo dos profissionais de conversar e avaliar o caso, no entanto

apresentam dúvida se teriam condições de sanar todo o sofrimento que lhes chega sem o uso dela (Santos, 2009).

No Brasil, a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde garante a premissa de participação do usuário nas decisões relacionadas ao seu tratamento, contudo ainda é pouco praticada no país. A experiência singular e o significado do uso de medicamentos psicotrópicos, para a pessoa envolvida, raramente são levados em conta. A participação dos usuários nas decisões acerca do tratamento restringe-se, muitas vezes, ao mero relato de seus sintomas, com baixos *empowerment* e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais em relação ao seu tratamento, com pouca apropriação de informação e centralização das decisões nos profissionais de saúde (Onocko-Campos et al., 2013).

Estimular a autonomia e o poder de agir dos usuários e mobilizá-los para que descubram ou redescubram seus interesses e desejos, segue sendo um desafio para o cuidado em saúde mental, um cuidado cujas principais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa (Onocko-Campos et al., 2013).

Por fim, outro ponto fundamental para uma política de uso racional da medicação implica em fomentar posturas de profissionais que ajam como apoiadores dos usuários e não como detentores do conhecimento e decisões sobre suas vidas.

### ***Objetivo e método***

A partir do relato de experiência como psicóloga residente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de grande porte, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a medicalização de usuários que procuram cuidado para o sofrimento psíquico nesta UBS e propor estratégias para a ampliação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. A discussão tem como disparador o levantamento de dados e monitoramento da dispensação de psicotrópicos realizada pelos profissionais do Núcleo da Saúde Mental desta Unidade.

## Relato de experiência

### 1. Um ano atravessado pela pandemia da COVID-19

*“A pandemia que se abateu sobre o planeta pode ser vista como trauma coletivo. Veio sem aviso prévio, nos encontrou sem defesas, tirou nosso chão, quebrou nossas pernas. É um tipo de violência que não conhecíamos, e por isso mesmo é difícil reconhecê-la como tal. Poderíamos denominá-la violência branca, por analogia a angústia branca, termo com que Green descreve o sofrimento psíquico mudo, invisível e silencioso das patologias do vazio.*

*A violência branca – e o correlato trauma branco – é uma violência sem sangue, silenciosa, invisível, mas letal. Do ponto de vista psíquico, produz uma efração não só pelos súbitos efeitos devastadores em nossas vidas, mas também porque é algo que não faz sentido para nós no século XXI: não temos repertório para lidar com isso. Para mim, a pior parte do trauma branco é tentar ficar de pé sobre um chão de areia movediça. Viver diariamente neste grau de incerteza a respeito de tudo é exigir demais do pobre ser humano.*

*O traumático nos obriga a entrar em contato com o desamparo, a vulnerabilidade e a absoluta falta de garantias com relação ao futuro. E certamente deixa marcas, que ficam inscritas em nosso psiquismo. Qual será o destino delas?*

*(...)*

*E quem passou por uma pandemia? Será possível recalcar tudo isso e continuar vivendo tranquilamente, como se não pudessem vir outras a qualquer momento?*

*É possível que as inscrições do traumático não desapareçam nunca. Talvez a consciência permanente de que tudo é efêmero nos ajude a aproveitar e a sentir gratidão pelo que temos. Talvez, ao contrário, a angústia nos impeça de aproveitar o que temos, enquanto temos.*

*Numa visão mais otimista, podemos pensar que há traumas que cicatrizam. Dizem que o tempo cura tudo. Talvez seja possível elaborar e integrar a experiência traumática ao longo do tempo. A vida pode, sim, voltar a ser “como antes”. Em alguns aspectos, pode até ficar mais rica, se pudermos incluir em nosso repertório psíquico o que descobrimos durante o período de crise. Podemos voltar a confiar na estabilidade do mundo, usufruindo desta ilusão necessária para reconstruir nossas vidas.*

*Ou ainda, podemos pensar que a cicatriz pode se abrir a qualquer momento em situações análogas, e nossa absoluta vulnerabilidade pode voltar a nos assombrar quando menos esperamos.*

*Quem seremos depois de tudo isso?*

*Quem viver (!), verá!”*

Marion Minerbo

Como campo para o segundo ano de residência, escolho pela experiência de atuar na Atenção Básica. Fiquei em um Centro de Saúde (CS), localizado no Distrito Norte de Campinas, com abrangência de 57 bairros, sendo referência para 45 mil habitantes. A minha expectativa para o campo na Atenção Básica estava direcionada às ações de prevenção e promoção de saúde mental da população no território, através de grupos terapêuticos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares e práticas integrativas, sempre pautadas na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, como preconizado pelo SUS.

No entanto, em março, algo completamente imprevisível e inesperado, atravessou nossas vidas em 2020, produzindo a urgência de novas práticas em saúde mental.

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia. Os primeiros casos ocorreram na cidade de Wuhan, na China, em que os portadores da doença apresentaram sintomas como febre, tosse, dispnéia, fadiga, diarreia e sintomas respiratórios, com evolução para insuficiência respiratória em casos mais graves. Sabe-se que a transmissão acontece de uma pessoa doente para outra por meio de tosse, espirro e secreções advindas da saliva, permanece ativo em superfícies e tem alto índice de transmissibilidade, acometendo em sua forma mais grave os idosos e portadores de comorbidades. A principal recomendação para se evitar a contaminação pelo vírus passa a ser o distanciamento social, ou seja, recomenda-se que as pessoas só saiam de suas casas para atividades estritamente essenciais.

A partir desse cenário, as atividades rotineiras no CS foram majoritariamente alteradas, como consultas de rotina e atendimentos em grupos cancelados, priorizando à campanha de vacina, atendimentos de casos graves ou suspeitos de covid-19, pré-natal e retirada de medicamento na farmácia. Sendo assim, foi necessária uma reinvenção dos profissionais da saúde mental de como manter o contato e cuidado com a população durante a pandemia.

### 1.1. A urgência de promover novas práticas em saúde mental

Formou-se um grupo de trabalho com profissionais de outros núcleos para compor com a equipe de saúde mental, composto assim: com as duas residentes de saúde mental, as duas psicólogas, quatro agentes de saúde, uma farmacêutica e um residente farmacêutico. Em conjunto, elaborou-se um lista de usuários através de sistema GEMM (Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos) de todos os pacientes que efetuaram a retirada de medicações psicotrópicas, entre os meses de agosto de 2019 a fevereiro de 2020. Após essa triagem, 1407 usuários foram catalogados e passaram a receber ligações da equipe para o devido acompanhamento.

O objetivo do teleatendimento em saúde mental realizado foi de acessar todos os pacientes que fazem uso de psicotrópicos, com a finalidade de ofertar um espaço de escuta, orientação e cuidado terapêutico durante a pandemia, buscando assim prevenir e amenizar possíveis crises em decorrência do momento atual, além de fazer uma avaliação prévia de quais usuários iriam demandar de um atendimento presencial devido à algum agravamento na condição de saúde mental. A pergunta disparadora das nossas ligações era: *“Como você está se sentindo nesse momento de pandemia?”*

No total, foram executadas 1.135 ligações bem sucedidas e pudemos observar que essa intervenção foi bem recebida pelos usuários, que elogiaram e agradeceram pelo contato. A partir dos teleatendimentos, sentimos a necessidade de estudarmos mais a fundo sobre o coronavírus (questões medicamentosas, certos mitos que se disseminaram na sociedade, sintomas e sinais de alerta) para conseguirmos responder dúvidas dos usuários, pois os questionamentos sobre a pandemia eram recorrentes.

Percebemos assim, que tínhamos um compromisso em disseminar informações verídicas e embasadas na ciência para a população nesse momento em que há tanta exploração midiática a respeito da Covid-19. Notamos que havia grande dificuldade por parte dos usuários em se nortearem, no meio de tantas informações contraditórias e que se atualizam diariamente.

Percebemos diversas queixas relacionadas à intensificação ou mesmo surgimento de sintomas de ansiedade e de episódios depressivos que iniciaram durante a pandemia. Queixas como: dificuldade com relacionamentos intrafamiliares, desemprego e falta de

perspectiva futura, sentimento de solidão, medo intenso de contaminação de si ou de entes queridos, foram as mais recorrentes e que observamos ter relação direta à crise atual.

Nesse momento, percebemos que os teleatendimentos eram uma ferramenta de promoção de saúde mental, no sentido em que ofertamos uma escuta e acolhimento dos sofrimentos. Quando avaliada a necessidade, devido à gravidade do caso, de um atendimento presencial, este era também oferecido ao usuário, bem como a possibilidade de uma visita domiciliar.

Por meio desses teleatendimentos foi possível extrair diversas discussões na equipe, aqui neste trabalho, para fim de entrarmos no tema propriamente proposto para discussão, quero destacar alguns aspectos importantes que foram percebidos pelos profissionais: a quantidade de medicações que os usuários tomam; uma parcela significativa dos usuários que apenas pega a renovação da receita da mesma medicação por períodos bastante extensos, sem a simultaneidade de outras abordagens terapêuticas.

O uso da medicação como única fonte de cuidado foi um fato que a equipe se deparou através dos teleatendimentos e que proporcionou uma autoavaliação significativa dos processos de trabalho e do cuidado aos usuários do serviço. Assim, surgiu a proposta de continuidade para o trabalho de monitoramento da equipe de saúde mental enfocando nesse aspecto, além da elaboração de novas ideias de estratégias para remodelar o serviço quando a pandemia acabar.

Algumas observações foram de comum percepção dos profissionais que realizaram as ligações e se tornaram pautas das nossas reuniões semanais, irei citar brevemente. Muitas pessoas disseram nas ligações que pararam de tomar os medicamentos por conta própria antes ou durante a pandemia, sem passar por uma avaliação médica e quando questionados do motivo, alguns diziam ter percebido a melhora dos sintomas e que julgavam não necessitar mais do medicamento. Outros disseram que o remédio estava causando algum desconforto, então resolveram interromper o uso e alguns usuários que tinham a ideia de que com a pandemia não poderiam passar em consulta, logo deixaram de tomar por não ter mais a renovação da receita.

Observamos que a maioria não demonstrava ter ciência dos riscos de parar a medicação abruptamente, nem que necessitava acompanhamento para interromper o uso. Discutimos também o quanto as psicólogas do serviço conheciam poucos casos daqueles que estavam nas nossas tabelas, constatamos que a maioria dos casos não são

compartilhados entre os profissionais da equipe e raros aqueles casos em que houve uma discussão clínica visando um tratamento ampliado para além da consulta médica.

A farmacêutica trouxe relatos de sua experiência nesses anos na farmácia do Centro de Saúde, em que observava que, se o paciente fosse retirar um psicotrópico, e o medicamento estivesse em falta, o médico renovava a receita com a prescrição de outro psicotrópico “semelhante”. Os que mais a chamaram a atenção foram os antidepressivos, levantamos a hipótese que não havia a compreensão de prejuízo que essa “mistura” pode causar no indivíduo.

A partir dessas pautas levantadas nas nossas reuniões, percebemos a importância de aproveitarmos esse momento em que temos tempo e uma equipe formada para olhar a saúde mental no serviço, de aprofundarmos na temática da medicalização dos usuários da saúde mental. Nesse momento o grupo de trabalho se modificou, compreendemos que era preciso ter interesse pela saúde mental para ficar, já que o intuito seria de se pensar o uso de psicotrópicos já não mais a ver com o momento da pandemia.

A gestão do CS compreendendo a importância do trabalho, sugeriu que um integrante de cada mini equipe que demonstrasse interesse entrasse para o que passou a ser chamado de “Núcleo de Saúde Mental” pois seria de grande relevância representantes de todo o território. Ficando assim composto por: as duas residentes de saúde mental, as duas psicólogas, a farmacêutica e o residente farmacêutico e três agentes de saúde.

Descrição da 2ª Fase do levantamento de dados de usuários da saúde mental:

PÚBLICO ALVO: Usuários de pelo menos um desses medicamentos: FLUOXETINA; SERTRALINA; AMITRIPTILINA. A escolha por estes antidepressivos e ansiolíticos se deu pelo desejo dos profissionais do Núcleo de Saúde Mental em se dedicarem a conhecer e compreender as demandas dos usuários que fazem uso desses psicotrópicos. Na percepção da maioria, estes medicamentos são os que mais se destacam por observação na prática clínica como sido prescritos por sinais de sofrimento psíquico muito inespecíficos, além de na primeira fase do monitoramento terem aparecido com alta frequência.

COMO FAZER: Pesquisamos no GEM, desde setembro de 2019 até março de 2020 (1º passo) com o intuito de fazer um recorte de usuários que recentemente retiraram um desses medicamentos, ou seja, que no momento estão fazendo uso. Foram excluídos

os usuários que não tem prontuário na unidade ou que são de convênio e apenas retiram no C.S.

TOTAL: 459 pessoa

Posteriormente foi criada uma Tabela para colocar os dados de pessoa a pessoa e analisar as retiradas desses medicamentos desde 2015. Apresento uma imagem da Tabela original<sup>1</sup>

NOME	SEXO	FF	CARTÃO DO SUS	CONTATO	IDADE	DN	Sertralina					
							1ª Retirada	UI. Retirada	ano	meses	n. de retiradas	n. de compridos
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	76	26/09/1944	21.03.2019	07.07.2020	1	3	7	242
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	71	12/06/1949	10.08.2017	26.06.2020	2	10	2	116
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	23	10/09/1997	18.08.2017	18.03.2020	2	7	7	476
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	65	22/01/1955	09.06.2015	13.07.2020	5	1	12	1356
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	59	31/01/1961	17.08.2015	17.08.2018	2	6	16	680
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	61	02/05/1959	05.06.2015	17.06.2020	5	0	23	2110
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	70	04/07/1950	21.09.2015	07.07.2020	4	9	13	676
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	31	29/11/1988	23.03.2016	01.04.2020	4	0	7	320
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	42	29/05/1978	30.07.2015	27.03.2020	4	7	18	900
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	43	13/02/1977	10.06.2015	30.10.2017	2	4	16	648
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	89	11/02/1931	08.01.2019	16.04.2020	1	3	9	856
[REDACTED]	F	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	27	01/09/1993	13.03.2020	13.03.2020	0	0	1	56
[REDACTED]	M	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	34	23/09/1986	02.08.2017	03.03.2020	2	7	6	392
[REDACTED]	M	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	38	20/04/1982	21.12.2016	31.01.2020	3	1	9	620
[REDACTED]	M	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	31	11/02/1989	10.11.2017	17.06.2020	2	7	10	880
[REDACTED]	M	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	30	12/06/1990	14.03.2016	22.01.2020	3	10	14	950

A partir do preenchimento desses dados, grifamos um a um com cores distintas com o objetivo de fazermos uma classificação e quantificação dos diferentes casos, para assim entendermos o uso desses medicamentos:

**Vermelho:** Usuário que toma a mais de 5 anos algum desses três medicamentos.

**Amarelo:** Menos de 5 anos, porém de forma contínua.

**Verde:** Irregularmente (retirou por uns meses, parou, voltou depois por mais um curto período).

**Azul:** Usuários que retiraram a última vez no mês de julho (mês que estávamos fazendo essa classificação).

Após a tabela estar completa, nosso próximo passo foi o de analisarmos todos os prontuários para buscar informações sobre os casos: queixas/sintomas; se tiveram outras ofertas de cuidado para além do medicamento; quem prescreveu.

Em discussão na reunião do Núcleo de saúde mental, decidimos que seria mais promissor iniciarmos essa análise com os prontuários dos usuários que classificamos como “azuis” pois entendemos que como estão em uso e retiraram neste mês, poderia ser

1 A tabela segue com a seção “Fluoxetina” e “Amitriptilina” na sequência de “Sertralina”.

mais potente iniciar uma intervenção com esses pacientes. Citarei em seguida como foi essa procura pelos prontuários.

Nesse ponto do nosso trabalho, já compreendemos a necessidade de mantermos nossos encontros semanais, sendo assim, as terças-feiras pela manhã, ficou estipulado que seria o momento em que o Núcleo de saúde mental se reuniria para discutir sobre o andamento do trabalho. Esse espaço se tornou uma potência de compartilhamento e aprendizagem multiprofissional.

Como exemplo, gostaria de relatar que em uma dessas reuniões o farmacêutico residente levou material explicativo sobre as diferenças entre os psicofármacos que estávamos realizando o levantamento, os efeitos colaterais, interações medicamentosas e isso alimentou uma discussão importante a respeito do uso desses medicamentos, e assim o grupo avaliou que este espaço poderia ser também de educação continuada para todos os profissionais e que poderíamos escolher temas relacionados à medicalização para estudarmos juntos.

## *2. As várias faces da medicalização*

### **2.1. Os prontuários**

Prontuário é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais. Os usuários dos prontuários são, portanto, os profissionais diretamente envolvidos na prestação do cuidado e na gestão, pesquisadores, docentes, alunos do campo da saúde e o próprio paciente (Vasconcellos, Gribel e Moraes, 2008).

No primeiro momento, decidimos dividir a lista de prontuários entre os membros do Núcleo, para selecionamos durante a semana os casos importantes para a discussão na reunião. Nosso intuito foi o compreender quais eram as queixas, sintomas relatados pelos pacientes e quais os diagnósticos dado pelos médicos que levaram a prescrição de um desses psicotrópicos. Buscávamos entender quem eram esses 460 pacientes.

Porém, ao invés de encontrarmos essas informações, nos deparamos com grave problema: a falta de anotação falta de anotações de qualidade dos atendimentos, é comum ter muitas siglas, abreviações, além de letras de difícil compreensão, o que se tornou um grande empecilho para o trabalho.

Constatamos que os médicos clínicos são os que mais prescrevem estes psicotrópicos, no entanto, não há um relato completo e detalhado da queixa que levou a isso, comum aparecer “*dificuldade de dormir*”, “*estava ansiosa*”, “*refere tristeza*”, “*dor no corpo constante sem causa aparente*”.

Estratégico para a decisão clínica e gerencial do caso, o registro em prontuário é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. Os autores afirmam que a melhoria da qualidade do registro em saúde, mediante incentivo à sua estruturação com campos obrigatórios de forma padronizada, com ou sem a incorporação de sistemas eletrônicos, tem um potencial inequívoco como infraestrutura necessária para a adequação da Atenção Básica e uma organização dos serviços capaz de aproximar-se da integralidade do cuidado, com equidade e acesso universal (Vasconcellos, Gribel e Moraes, 2008).

Importante ressaltar que durante o período relatado, houve a implementação do Prontuário eletrônico do cidadão (PEC) que há esses campos padronizados para o profissional completar, no entanto, não é obrigatório o preenchimento. Pensamos assim o quanto é necessária ações de educação permanente com a equipe, enfatizando a necessidade do preenchimento correto do prontuário para melhoras o processo de trabalho e principalmente para garantir o direito do usuário em ter seus dados de saúde corretamente condensados em um único documento.

Outro fator relevante que observamos nos prontuários é que não há o encaminhamento para os grupos terapêuticos, nem de acolhimento com as psicólogas ou consulta com o psiquiatra com a maioria dos casos. Além de renovações de receita por longo período de tempo, sem alteração de dosagem ou de nova avaliação clínica.

Consideramos assim que isso é a medicalização dos sintomas de sofrimento emocional referidos pelos usuários, não havendo uma investigação diagnóstica nem outras ofertas terapêuticas, o remédio entra como uma oferta para cessar a queixa.

## 2.2. Aproximação e inclusão dos médicos

Entendemos que se queríamos trabalhar o tema da medicalização dos usuários da saúde mental no C.S, os médicos teriam que estar incluídos ativamente. Não bastaria colocarmos em pauta outras propostas terapêuticas, pensarmos em uma abordagem de *desmedicalização* enquanto não houvesse uma mudança na compreensão da necessidade do trabalho multiprofissional e de não precisarem dar respostas medicamentosas ao menor sinal de sofrimento psíquico.

Estudei o prontuário de uma mulher de 35 anos, que estava nessa classificação dos “*azuis*”. Haviam várias consultas com queixas ginecológicas relatadas (sobre contracepção, dores abdominais, ultrassom, exames hormonais) porém nenhum diagnóstico fechado. A partir de determinado momento, no início de 2019, começa a aparecer escrito apenas “*renovo receita, sertralina*” sem que houvesse nenhuma anotação do motivo. Procuro pela médica que tem feito essas renovações desde o ano passado, inclusive a última agora em julho e levo o prontuário junto, pergunto se ela se lembra o porquê da prescrição já que não tem nada escrito, ela olha o prontuário, procurando suas evoluções, não encontra nenhuma anotação e me diz: “*deve ser porque ela relatou alguma coisa sobre ansiedade no final da consulta, depois que eu já tinha anotado no prontuário e ai acabou ficando*”. Compreendo assim que essa forma de trabalho está sob o prisma de uma escolha clínica, e que se quisermos avançar para uma prática não medicalizante, precisamos repensar essa escolha.

De acordo com Campos (2001) no âmbito dos serviços assistenciais de Saúde, quando chegamos ao aspecto operativo nos deparamos sempre com uma escolha clínica. Chamando, aqui, de clínica às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia a dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. A autora propõem algumas categorias para repensar a clínica.

Clínica degradada: queixa-conduta, não avalia riscos, não trata a doença, trata sintomas. É a Clínica mais comum nos Pronto-atendimentos, mas, também é a de grande parte de nossa atenção à demanda (encaixes ou programadas) em muitos outros serviços. É esta a clínica da eficiência: produz muitos procedimentos (consultas), porém, com muito pouco questionamento sobre a eficácia, ou seja, que grau de produção de saúde acontece nessas consultas? (Campos, 2001).

Clínica tradicional: trata das doenças enquanto ontologia, na sua serialidade, o que há de comum nos casos. Nem sempre trabalha com riscos, está focada no curar, não na prevenção, nem na reabilitação. Intervir sobre o prognóstico dos casos é cada vez menos frequente. O sujeito é reduzido a uma doença, no melhor dos casos, ou a um órgão doente. Contudo, e independentemente de sua ênfase no biológico, podemos reconhecer esta como a clínica dos especialistas (Campos, 2001)

Clínica ampliada: (clínica do sujeito) a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuário (Campos,2001).

Apesar de a clínica ampliada ser a preconizada pelo SUS, termos o acesso à cartilha da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS a respeito da Clínica Ampliada e Compartilhada, pude presenciar na atenção básica esse ano com os usuários da saúde mental uma clínica híbrida entre a degradada e tradicional, em que há a necessidade de se apresentar uma resposta (conduta) para a queixa relatada pelo paciente, e ao menor sinal de sofrimento emocional, um medicamento entra como resposta para cessar essa queixa.

Convidamos a gestora do CS para participar de uma das nossas reuniões, apresentamos nosso trabalho, inquietações, ideias de propostas futuras e pedimos parceria para execução. A conversa com ela foi promissora, foi colocado para nós as dificuldades enfrentadas de acordo com sua vivencia enquanto médica em consultas e agora na gestão. Valorizou o trabalho e afirmou compreender a necessidade de uma mudança em relação à prescrição de psicotrópicos na unidade. A partir disso, chegamos no plano de apresentar nosso trabalho para toda a equipe em reunião geral (que ficou durante todos os meses de pandemia sem ocorrer, voltou pela primeira vez em agosto) e que a cada terça-feira um médico seria convidado a participar das discussões de caso nas nossas reuniões de Núcleo, visando uma aproximação com eles e abrir portas para o diálogo e construção em conjunto.

Além disso, a gestora propôs que partir dessas discussões com os médicos seria reservada semanalmente um período de atendimento na agenda deles para atendimento compartilhado com um profissional do Núcleo da saúde mental, para os usuários que avaliarmos ter mais urgência.

Nos organizamos de forma em que a cada reunião levaríamos para discussão casos que tivéssemos analisado os prontuários na semana anterior, correspondente com a equipe de referência do médico. Foi organizada assim uma escala, sendo feita a alternância entre os médicos das 5 equipes do centro de saúde.

Sendo assim, cada reunião partiu da apresentação do nosso trabalho para médico e abríamos espaço para ouvir a perspectiva deles do uso de psicotrópicos na atuação clínica e discutíamos os casos previamente selecionados. Dessa experiência gostaria de destacar os temas que surgiram com maior frequência trazidos pelos médicos.

Alguns médicos iniciavam a conversa em uma posição defensiva, rebatendo a cada dado que íamos relatando do nosso levantamento de dados, porém, conforme foram percebendo que nosso intuito era de escutá-los e repensarmos juntos outras formas de tratamento para usuários da saúde mental, era possível um diálogo mais aberto sobre o tema da medicalização. Tomamos o cuidado para não apresentarmos uma postura de culpabilização dos médicos da unidade, pois compreendemos que esta questão está para todos os profissionais do centro de saúde, em maior ou menor grau e que a possibilidade de mudança é justamente uma construção em conjunto.

*“É que a gente sente como médica que se não der o remédio a pessoa vai achar que a consulta foi atoa, que não adiantou nada.”*

*“É difícil pra mim ouvir as queixas do paciente e não ter o que ofertar, acabo prescrevendo porque é o que posso fazer”.*

*“Tem vezes que eu sei que o remédio nem vai adiantar muito para o que o paciente está me relatando, mas se não for isso, o que eu vou oferecer de ajuda?”<sup>2</sup>*

Assim como discutido anteriormente, esses trechos de falas feitas pelos médicos demonstram uma dificuldade de não dar uma resposta imediata às queixas dos usuários, e que o medicamento entra justamente como uma possibilidade deles sentirem que estão ofertando o tratamento que está no alcance deles.

---

2 Uso essas falas como modo de narrativa, para ilustrar os diálogos, são frutos da minha memória.

Conversamos que essa sensação pode aparecer justamente por estarmos inseridos em um serviço em que há pouco espaço de compartilhamento de casos, pois as reuniões aconteciam quinzenalmente (antes da pandemia da covid-19) e cada equipe é responsável por mais de 10 mil usuários, sendo assim, insuficiente essas 2 horas quinzenais. O que contribui para cada um trabalhar de forma solitária em um esquema ambulatorial.

Quando perguntamos para os médicos as queixas que mais se sobressaem a respeito de sofrimento psíquico que eles acabam prescrevendo psicotrópicos, o que mais se destacou foram: tristeza e ansiedade.

*“Aparece muito de mulheres que se queixam de dificuldade para dormir ou de tristeza, angústia, essas coisas”.*

*“Acho que de longe o que mais aparece é ansiedade, paciente já parece ansioso até na consulta”.*

O que ressaltamos para todos os médicos é que não é que o Núcleo está propondo que não se use mais psicotrópicos quando receberem essas queixas dos pacientes, mas que utilizem do espaço da consulta para uma escuta mais detalhada do relato desses sintomas e que levem o caso para as reuniões do Núcleo para discussão. Foi unânime dos médicos a concordância nesse ponto, muitos afirmaram que acreditam que o atendimento psicológico nesses casos é mais eficiente ou que sabem que muito do sofrimento vem de questões sociais que os usuários enfrentam e que sendo assim, os medicamentos pouco irão surtir efeito.

Ressaltamos que para além do atendimento psicológico é possível de se pensar o cuidado com esses usuários, pois nosso intuito não é que vire um fluxo de encaminhamento nesses casos, mas que outras práticas possíveis na Atenção Básica podem desempenhar uma função potente de promoção de saúde mental, como práticas de grupo, práticas integrativas, visita domiciliar, acolhimento de saúde mental.

A partir dessas reuniões, a cada caso buscamos ofertas condizentes com as necessidades observadas pelos profissionais. Realizamos vários atendimentos compartilhados médico da equipe-profissional do Núcleo para fazer uma nova avaliação do uso da medicação e do estado mental do usuário. Fizemos visitas domiciliares em casos que observamos que era preciso conhecer o ambiente, o contexto e outros membros da casa para dar continuidade na construção do caso clínico. Propomos discutir caso e atendimento compartilhado com o psiquiatra da unidade em casos de usuários que

utilizavam mais de um psicotrópico, ou que tínhamos hipótese de ser um caso mais grave de transtorno mental.

Esse ano uma médica do centro de saúde se propôs a começar a realizar atendimento de práticas integrativas: acupuntura, auriculoterapia e homeopatia. Ela afirma que tem a formação já há um tempo e que era difícil pela rotina do trabalho conseguir conciliar as consultas com essa proposta. Foi com a chegada de novos médicos da unidade e a reorganização que o serviço passou com a pandemia que ficou estipulado que ela poderia ter agenda para essas práticas.

A partir disso, alguns casos que discutimos incluímos a oferta de alguma dessas práticas integrativas, principalmente nos que estavam relacionados a queixa de ansiedade e dor física, que foram muito bem recebidas pelos usuários. Estabelecemos uma boa parceria de trabalho com esta médica.

O último tópico frequente nas nossas reuniões com os médicos que gostaria de enfatizar foram os relatos de usuários que demandavam exclusivamente do medicamento, que diziam que não tinham o menor interesse em outra oferta.

*“Tem paciente que se bobear briga feio comigo se eu disser que não vou prescrever remédio. Chegam já pedindo por um remédio dizendo que nada funciona mais pra sua questão, fica difícil de negociar assim”.*

*“Teve um lugar que eu trabalhei antes daqui, também um posto de saúde, que minha colega foi ameaçada por um usuário quando ela não quis renovar uma receita de antidepressivo porque ele não tinha nenhum sintoma de depressão e a receita anterior nem era de médico do SUS. Deu até polícia no posto. Tenho medo as vezes de brigar com paciente desde aquele dia”*

*“A mas eu até tendo as vezes dizer que o remédio não vai adiantar, sabe que eles fazem? Vão em outro e conseguem”.*

Discutimos a importância de com esses pacientes que já procuram o médico na intenção de ser medicado ou aqueles que já são medicados há um tempo e demonstram resistência em falar da retirada, que a abordagem seja feita no intuito de explicar para o usuário como funciona a indicação para o medicamento. De forma simplificada que a população geral possa entender, mas é relevante que o usuário tenha acesso à essas informações e possa tirar suas dúvidas na consulta.

Além disso, de propor outras coisas, que não seja um não prescrever por si só, mas que haja uma proposta de cuidado e que o intuito desse trabalho do Núcleo e da presença nos médicos nas reuniões é justamente essa: pensarmos o cuidado dos usuários do Centro de Saúde para além dos psicotrópicos e atuarmos em conjunto com novas abordagens para evitar a medicalização.

Alguns médicos solicitaram auxílio dos profissionais do Núcleo para fazer essa abordagem, citarei dois casos para ilustrar: Uma mulher, 35 anos, usa Fluoxetina desde dezembro de 2019, sem estar escrito o motivo no prontuário, a partir de então não passou mais em consulta, há apenas a renovação de receita e retirada. A médica da equipe pediu então que eu a atendesse para entender o caso para discutirmos, e o relato da paciente foi: *eu tenho problema de pressão alta, cheguei um dia no posto com a pressão muito alta que não baixava e eu disse que sou muito ansiosa, aí me receitaram o remédio, mas queria dizer que não adiantou viu, eu ainda sou ansiosa. Mas agora eu to mal é porque minha mãe faleceu faz dois meses e nisso sei que o remédio não pode me ajudar.*

Esse caso foi um exemplo de pacientes que apesar de não verem melhora ou mesmo sentido no uso do psicotrópico, ficam com receio de questionar o médico e continuam a tomar. Na nossa conversa ficou claro que ela estava passando por um processo de luto e estava em sofrimento psíquico devido à isso, mas a prescrição do medicamento era anterior a esse fato e ela mesma não tinha percepção de melhora. O desfecho foi que a usuária passou em consulta com a médica da equipe, parou de tomar a fluoxetina e iniciou acupuntura na unidade para tratar a ansiedade.

### 2.3. (Re)pensando as ofertas de cuidado

Chegamos em um momento do nosso trabalho que pensamos em escrever sobre as propostas para promoção e prevenção de saúde mental dos usuários da unidade, de forma a legitimar a existência de outras formas de cuidado. Mas para isso nós chegamos a um questionamento: não é melhor conhecermos de fato quem são esses mais de 400 usuários antes para criamos propostas, para que sejam condizentes com a demanda do território? Como fazer isso já que pelos prontuários percebemos que há pouca informação de qualidade e que é impossível atendermos todos individualmente?

Elaboramos assim um novo protocolo de perguntas para fazermos por ligação. Nesse o objetivo são de conhecermos os usuários e termos dados estatísticos para sustentar nossas propostas futuras.

Elaboramos em conjunto nas reuniões do Núcleo as perguntas que entendemos serem pertinentes para esse objetivo, e organizamos uma forma de ficar padronizada as ligações, diferentemente da primeira fase do monitoramento por teleatendimento que fizemos que eram perguntas abertas que geraram respostas muito destoantes.

Chegamos em um protocolo que se inicia com questões sobre caracterização do usuário: raça, sexo, escolaridade, idade, profissão. Depois queríamos saber qual a compreensão do paciente a respeito do tratamento medicamentoso: para que foi prescrito o psicotrópico, por qual médico, qual a última vez que passou em consulta, quanto tempo de uso, se foi receitado em serviço público ou privado. Por fim, compreender se o paciente já tentou outro tratamento para a queixa/sintoma: se já fez psicoterapia ou se faria, se conhece as práticas integrativas e se já praticou alguma. Em anexo o protocolo está na íntegra.

Para isso, buscamos sobre quais são as práticas integrativas preconizadas pelo SUS e quais estão disponíveis do território. Fizemos uma lista de todas elas e dividimos entre os profissionais do Núcleo com a incumbência de pesquisar sobre como funciona, para que a prática é indicada e se tem disponível em Campinas. Foi uma reunião muito interessante pois foi um momento de compartilhamento de saberes e de aprendizagem para todos os membros.

## Conclusão

Nos anos 50, surgiram os primeiros medicamentos psicotrópicos, a partir de fármacos que tinham outros objetivos, mas tinham como efeitos colaterais alguma ação psíquica. Logo seriam o início de uma verdadeira revolução no tratamento de doenças mentais. As teorias subjacentes a essa mudança postulariam que as doenças mentais seriam resultados de “desequilíbrios químicos” no cérebro, principalmente nos neurotransmissores, e que as novas drogas, capazes de restaurar esse equilíbrio, seriam o tratamento necessário.

A partir disso, os tratamentos medicamentosos prometeram uma resposta simples à questão do sofrimento mental, onde na verdade poderíamos imaginar uma gama complexa de fatores psíquicos, sofrimento e afetos em conflito, agora teria uma possibilidade de volta à normalidade.

A partir da experiência desse monitoramento e desse levantamento de dados que trouxeram de disparador a questão da medicalização dos usuários da saúde mental não é um fenômeno isolado e sim multifatorial, portanto para evita-la exige igualmente diferentes atores. Portanto, o aumento no consumo de medicamentos psicotrópicos deve-se a um conjunto de fatores, entre eles, ao crescente número de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, ao ingresso de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas para psicotrópicos já existentes.

A utilização de outras estratégias não muda a lógica do modelo por si só, é preciso uma mudança na concepção do modelo biomédico, da clínica voltada para remissão de sintomas. As possibilidades de outras formas de cuidado são as mais variadas e a Atenção Básica é um terreno propício para a maioria delas. Por estar no território próximo ao usuário, pela possibilidade de acompanhamento do usuário a longo prazo e de sua família, as possibilidades de se estabelecer uma clínica ampliada em que o usuário é colocado no centro do cuidado em sua integralidade, muito além de uma queixa isolada, é o caminho para um tratamento não medicalizante.

O trabalho do Núcleo, durante todo o ano de 2020 se deparou com um cenário de muitos obstáculos postos pela pandemia da covid-19. A impossibilidade de oferta de grupos, a diminuição das visitas domiciliares, de consultas presenciais e até das reuniões de equipe colocaram barreiras que estavam para além do nosso desejo de ultrapassar. Porém, foi um momento propício para a construção no Núcleo da Saúde Mental e de todo o trabalho que foi desenvolvido nesse ano.

Ficou evidente que para se pensar saídas da medicalização é necessário o trabalho em equipe, o olhar multiprofissional para os casos e que se saiba quem são esses usuários e qual a demanda deles. Já caminhamos muito mas ainda tem-se muitos questionamentos e entraves. A finalização da residência irá diminuir três participantes do Núcleo. O pós-pandemia irá exigir uma “normalização” das agendas e do ritmo da unidade. Esses são possíveis obstáculos para a implementação das propostas que estão sendo elaboradas a partir do protocolo de ligação que está em execução até o presente momento.

Porém é inegável os avanços, a formação e legitimação em si do Núcleo é uma delas. Ter agora profissionais designados a pensar a saúde mental na unidade já é um legado que fica deste ano. A sensibilização para o tema feito com os outros profissionais e a gestão, as trocas de saberes que tem sido possíveis aproximou os trabalhadores a respeito do tema da medicalização.

Concluo afirmando que as práticas em saúde mental estão em constante luta por espaço e por legitimação do cuidado integral do usuário. Por isso a importância de enxergarmos o caminho já percorrido e as conquistas para vermos quais são ainda as resistências e obstáculos que existem. Seguimos na luta pelos direitos dos usuários, por um tratamento humanizado e pelo fortalecimento do SUS.

## Referências bibliográficas

Brasil (1998). *Manual para a organização da atenção básica*. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil (2005). *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil (2012). *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde: Brasília.

Carvalho, Sérgio R., Rodrigues, Camila de O., Costa, Fabrício D. da, & Andrade, Henrique S.. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269.

Correia, V. R., Barros, S., & Colvero, L. A. (2011). Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1501-1506.

Freitas, F., Amarante, P. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

Gazignato, E. C. S., & Silva, C. R. C. (2014). Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 38(101), 296-304.

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

Kehl, M. R.. *O tempo e o cão: A atualidade das depressões*. São Paulo: Editora Boitempo, 2009.

Onocko-Campos, Rosana Teresa, Passos, Eduardo, Palombini, Analice de Lima, Santos, Deivisson Vianna Dantas dos, Stefanello, Sabrina, Gonçalves, Laura Lamas Martins, Andrade, Paula Milward de, & Borges, Luana Ribeiro. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898.

Rodriguez, L. M. B.; Perron, N.; Ouelette, J. N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko-Campos, R. T. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 125-151.

Santos, D. V. D. dos. (2009). *Uso de psicotropicos na atenção primaria no distrito sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clinica ampliada* (DISSERTAÇÃO Mestre em Saude Coletiva). Campinas, SP. Retirado de <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311882>

Silva, L. M., & Canavêz, F. (2017). Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, 17(3), 117-129.

Souza, A.C., Rivera, F. J. U., (2010). A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 4(1),105-14.

Vasconcellos, Miguel Murat, Gribel, Else Bartholdy, & Moraes, Ilara Hammerli Sozzi de. (2008). Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (Suppl. 1), s173-s182.

Yasui, S. L., Cristina A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190.

Zorzanelli, Rafaela Teixeira, Ortega, Francisco, & Bezerra Júnior, Benilton. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868.

Anexo

**PROTOCOLO DE LIGAÇÃO**

1. Formulário preenchido por

- Lilian
- Ana Livia
- Maria Paula
- Beth
- Marisol
- Ellen
- Vilma
- Matheus

Identificação do paciente

2. Nome do paciente

---

3. Data de nascimento

---

4. Número do prontuário - FF

---

5. Equipe

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

6. Endereço

---

7. Profissão

---

8. Raça / cor

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Ignorado

9. Sexo

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer

10. Escolaridade

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental (1º GRAU) Incompleto
- Ensino Fundamental (1º GRAU) Completo
- Ensino Médio (2º GRAU) Incompleto
- Ensino Médio (2º GRAU) Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Mestrado e/ou Doutorado
- Não sei informar

11. Atendimento bem sucedido?

- Sim
- Não

## Medicamentos

12. Que medicamentos o paciente utiliza?

PREENCHER BASEADO NA PLANILHA

- Sertralina
- Fluoxetina
- Amitriptilina

13. Você sabe para que usa esse medicamento?

QUANDO A RESPOSTA FOR SIM, SELECIONE A OPÇÃO "OUTRO" E ESCREVA O MOTIVO QUE O USUÁRIO DESCREVEU.

- Sim
- Não

Outro:  \_\_\_\_\_

14. Há quanto tempo faz uso desse medicamento?

\_\_\_\_\_

15. Qual foi o profissional prescritor?

- Psiquiatra
- Clínico
- Outro:

16. O serviço onde o profissional te atendeu era:

- Público
- Privado

17. Lembra há quanto tempo foi a última consulta?

18. Quais os horários e quantos comprimidos você toma?

19. Percebeu diferenças desde quando começou a usar essa medicação?  
QUANDO O USUÁRIO RESPONDER SIM, SELECIONE A CAIXA "OUTRO" E ESCREVA QUAIS DIFERENÇAS ELE DISSE TER PERCEBIDO.

Sim

Não

Outro:  \_\_\_\_\_

20. Percebeu algum benefício desde quando começou a utilizar essa medicação?  
QUANDO O USUÁRIO RESPONDER SIM, SELECIONE A CAIXA "OUTRO" E ESCREVA QUAIS BENEFÍCIOS ELE DISSE TER PERCEBIDO.

Sim

Não

Outro:  \_\_\_\_\_

21. Você já pesquisou na internet sobre essa medicação?

Sim

Não

22. Você lembra o que achou sobre essa medicação na internet?

RESPONDER APENAS SE O USUÁRIO RELATAR TER PESQUISADO.

## Tratamentos não medicamentosos

23. Já participou de consultas com psicólogos? E se não, você participaria?

- Sim
- Não, não participaria
- Não, mas participaria.

24. Você sabe o que são práticas Integrativas?

EXPLICAR AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS PARA O USUÁRIO E COMO PODEM SER UTILIZADAS NO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO.

- Sim
- Não

25. Você já participou de alguma pratica integrativa? Teria interesse em participar?

- Sim, já participei
- Não, não participei mas participaria.
- Não, não participei e não quero participar.

26. Se já participou, fez uso de quais práticas?

- Acupuntura
- Apiterapia
- Aromaterapia
- Arteterapia
- Auriculoterapia
- Ayurveda
- Biodança
- Bioenergética
- Cromoterapia
- Constelação familiar
- Dança circular
- Homeopatia
- Lian Gong
- ditação
- Movimento Vital Expressivo
- Musicoterapia
- Naturopatia
- Osteopatia
- Quiropraxia
- Reflexoterapia
- Reiki
- Shantala
- Terapia Comunitário Integrativo
- Yoga

### **Estado Geral**

27. Como você vem se sentindo?

DEIXAR O USUÁRIO FALAR TODAS AS QUEIXAS QUE APRESENTA, MESMO QUE NÃO SE RELACIONEM AO TRATAMENTO DE COM ANTIDEPRESSIVOS.

28. Você tem alguma sugestão para o seu tratamento?

29. Observações sobre o atendimento