

Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família

Psychotropic drugs and Primary Health Care: the subordination of care provision by medicalization in the context of Family Health (abstract: p. 16)

Psicotrópicos y Atención Primaria de la Salud: la subordinación de la producción de cuidado a la medicalización en el contexto de la Salud de la Familia (resumen: p. 16)

Bárbara Vukomanovic Molck^(a)

<bavukomanovic@gmail.com> 

Guilherme Correa Barbosa^(b)

<g.barbosa@unesp.br> 

Thiago da Silva Domingos^(c)

<t.domingos@unifesp.br> 

^(a, b) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Avenida Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Unesp – Campus de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil. 18618-687.

^(c) Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Este estudo teve como objetivo compreender o fenômeno da medicalização e do uso de psicotrópicos em longo prazo com base na percepção dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF). Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no método autobiográfico e na narrativa do sujeito. Utilizou-se um roteiro para conduzir entrevistas semiestruturadas, realizadas com usuários intencionalmente selecionados. A análise temática possibilitou vislumbrar a incorporação da medicalização nas concepções de vida e de sofrimento dos usuários no contexto da Saúde da Família (SF), perspectiva que vai ao encontro da medicalização social e tem subsídio no modelo biomédico que subordina o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS).

Palavras-chave: Psicotrópicos. Medicalização. Atenção primária à saúde.

Introdução

Esta pesquisa se debruça sobre o fenômeno da medicalização, circunscrevendo-o no cuidado em saúde e tomando-o como categoria de análise para o problema do consumo excessivo de psicotrópicos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A evolução histórica do conceito de medicalização vem provocando sua complexificação, sua ramificação e sua polissemia, situação que justifica a necessária apreensão de um determinado referencial teórico para elucidar as lentes que auxiliarão nossas análises.

Nesse sentido, Conrad¹ tem sido um dos teóricos utilizados na problematização dos dados empíricos oriundos do trabalho em saúde, sob o enfoque de três níveis processuais da medicalização: conceitual, institucional e interacional, definindo-a como o processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, reduzindo-os a doenças ou transtornos diagnosticáveis^{1,2}. Esse horizonte, contudo, tem-se ampliado de tal modo que aponta a ocorrência generalizada de uma “medicalização do social”¹⁻⁴.

No subprocesso conceitual, situa-se a prática médica em seu aspecto político do gerenciar a vida humana, assumindo o papel normativo e pedagógico cuja ação permanente culmina no corpo social. A racionalidade médica, mais evidente no campo da Saúde Mental, atua no caminho de distribuir conselhos, regendo as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade. A cada dia apresentam-se novas rotulações diagnósticas e novas formas de tratamento do sofrimento psíquico, criando termos e definições terapêuticas que se tornaram parte da linguagem cotidiana^{4,5}.

No alinhamento entre a medicalização e o avanço da racionalidade biomédica hegemônica, o modelo de saúde está centrado no reducionismo, no individualismo e na tecnologização^{6,7}. A abertura do saber médico à medicalização de novos espaços, priorizando uma teoria das doenças e da anatomoclínica, apresenta peculiaridades: uma visão do corpo humano como máquina, das doenças como concretas e sem variações em sujeitos e espaços distintos – como questões sociais, subjetivas, históricas e culturais – e da exacerbação do discurso sobre a imperfeição dos corpos. Esse complexo e imbricado sistema dialoga com a lógica capitalista emergente^{8,9}.

Ao visar máxima rentabilidade econômica, a lógica de mercado faz que o humano passe a ser visto como um prolongamento da maquinaria industrial, uma concepção instrumental e mecanicista alinhada à visão médica reducionista⁹. Esse processo encontra apoio na indústria farmacêutica e ignora os contextos dos sujeitos e da coletividade, reduzindo as explicações de problemas e ignorando os fatores sociais, culturais, psicológicos ou ambientais que influenciam o fenômeno da medicalização^{3,4,10-16}.

Em um *continuum*, o processo de medicalização associado ao uso de medicamentos é nomeado medicamentação, e refere-se à prescrição e ao uso de medicamentos como única terapêutica capaz de responder às situações da vida cotidiana. Desse modo, o uso de psicotrópicos, como recurso terapêutico mais utilizado nos serviços de saúde, é uma das consequências mais notáveis da medicalização¹³⁻¹⁶.

Nessa direcionalidade, os psicotrópicos passaram de coadjuvantes a protagonistas dos tratamentos psicológicos e o que se constata nos serviços de saúde são: terapêutica reduzida à farmacologia, com pouca comunicação entre profissionais e usuários; aumento da psicologização dos problemas sociais; ambulatorização da demanda e do uso escasso de tecnologias leves e leve-duras, ou seja, tecnologias relacionais e saberes estruturados¹⁰.

A prevalência de diagnósticos de transtornos mentais na população mundial é de 12%, sendo que mais de 450 milhões de pessoas são acometidas e grande parte desses usuários é atendida na APS. Órgãos internacionais alertam sobre o uso indiscriminado e o controle insuficiente de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. Estudos realizados no Brasil, Europa e América Latina indicam o aumento da utilização de psicotrópicos nas últimas décadas^{5,17-19}.

A APS, que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua prioridade para expansão e consolidação, surgiu como aposta e possibilidade para reversão da lógica de Atenção à Saúde, desconstruindo o modelo biomédico e *pari passu* desenvolvendo o modelo da vigilância à saúde e o da promoção da saúde. Organiza-se com o mais alto grau de descentralização, próximo da vida das pessoas, e deve ordenar o fluxo entre os serviços da rede de saúde e o percurso dos usuários, além de proporcionar uma série de tecnologias e estratégias como escuta qualificada, acolhimento e vínculo²⁰⁻²².

Pelo exposto, investigar a problemática do uso de psicotrópicos por meio da experiência dos usuários no contexto da APS contribui com novas perspectivas, concepções e interpretações, que possibilitam uma interlocução ampliada com os referenciais da medicalização. Argumenta-se que é nesse contexto que se encontram os usuários de psicotrópicos, em uma penumbra da zona biomédica sem elucidação diagnóstica, em que se medicalizam os sofrimentos mais gerais da vida. Sendo assim, este trabalho pretendeu compreender o fenômeno da medicalização e do uso de psicotrópicos em longo prazo pela percepção dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo²³ desenvolvido entre julho/2019 e janeiro/2020 em um município localizado no centro-oeste paulista com população estimada de 146.497 habitantes²⁴. Durante a coleta de dados, a APS compunha-se de 21 serviços: duas unidades de Centro Saúde Escola, sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 USF. Assim, 59,76% da população dispunha de cobertura de algum serviço da APS, sendo que 40,50% referente ao modelo Saúde da Família (SF)²⁵.

Selecionou-se uma USF como cenário da investigação, considerando ter sido uma das primeiras inauguradas no referido modelo e o fato de os pesquisadores estarem vinculados à unidade. Acerca da organização, conta com duas equipes mínimas de SF, dividindo a mesma estrutura física. Quinzenalmente, ocorrem reuniões de matriciamento com profissionais que compõem o Núcleo de Apoio da Família (Nasf) – Saúde Mental. Integram o processo de trabalho dessa USF, profissionais vinculados a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Utilizou-se a amostragem intencional²⁶ para seleção dos participantes, elencando os seguintes critérios de inclusão: 1) residir na área de abrangência por pelo menos cinco anos; 2) utilizar antidepressivo, benzodiazepínico, ou ambos, por ao menos cinco anos e prescrito pelo médico generalista da USF; 3) não realizar, durante o período de coleta de dados, acompanhamento psiquiátrico no âmbito público ou particular; 4) não possuir diagnóstico psiquiátrico; e 5) não possuir repercussões cognitivas que inviabilizem a participação na coleta de dados. Foram considerados critérios de exclusão: idade menor de dezoito anos e utilização de psicotrópicos devido a causas orgânicas.

Pretendeu-se com tais critérios garantir vínculo entre os participantes, a USF e seu território, e ratificar a prescrição medicamentosa com base em uma queixa inespecífica que não estivesse relacionada a transtornos mentais graves e persistentes. Foram utilizados prontuários individuais que continham informações sobre os usuários e o histórico de uso de psicotrópicos para identificar aqueles que poderiam ser convidados a compor a amostra.

O convite foi realizado individualmente por meio de ligação telefônica e foi possível observar o interesse em colaborar, dadas a disponibilidade e a não ocorrência de recusas. Ao aceitar o convite, uma data era agendada para realização das entrevistas que ocorreram entre setembro e outubro de 2019. A coleta de dados foi feita pela primeira autora, então residente em SF, em um consultório da USF. Ressalta-se que não havia relação prévia com os participantes. O procedimento era iniciado por uma explicação sobre a pesquisa e as etapas inerentes ao processo investigativo, solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada tendo como base um roteiro para coleta de dados composto de duas partes: um questionário sociodemográfico e clínico com questões fechadas, com o objetivo de levantar informações para caracterização da amostra, e em seguida uma questão norteadora: “Como tem sido sua experiência de vida a partir do momento em que iniciou seu tratamento com uso de medicações psicotrópicas/ansiolíticas?” As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos, foram gravadas em áudio para posterior transcrição integral de seu conteúdo e constituíram o material qualitativo para a análise. Não foram realizadas repetições, retorno das descrições e anotações durante a coleta.

Importa ressaltar que o roteiro e a questão norteadora foram submetidos a um pré-teste no mesmo cenário onde a pesquisa foi conduzida. Fundamentou-se no referencial autobiográfico e na narrativa do sujeito permitindo ao participante expor sua experiência em torno do objeto de estudo estabelecido²³. Essa etapa favoreceu também o procedimento de coleta uma vez que a pesquisadora pôde aprimorar sua abordagem.

A análise se deu concomitantemente à coleta de dados; a interrupção e a quantidade dos participantes foram estabelecidas pois nenhum novo dado surgiu das entrevistas concluídas. A coleta foi encerrada com 14 participantes, possibilitando profundidade e abrangência entre as interconexões do problema investigado²⁷. Desses, 11 eram do sexo feminino e com média etária de 60 anos. O tempo de uso de psicotrópicos variou entre cinco e 53 anos. Quanto ao estado civil, 64% declararam-se casados. Acerca da escolaridade, 35% não completaram o ensino fundamental, 28,5% completaram o ensino

m3dio e 14,28% n3o tinham escolaridade. No quesito cor/raça, 64% autorreferiram-se brancos; 29%, pardos; e 7%, pretos. No que se refere 3 ocupaç3o, 45% declararam-se como donas de casa, sem trabalho remunerado, e a totalidade era do sexo feminino.

A an3lise dos dados foi pautada no pensamento hermen3utico-dial3tico, concepç3o adotada pela reflex3o interpretativa que se funda na pr3xis e na busca pela compreens3o cr3tica da realidade²⁸. Para an3lise das informaç3es foram realizadas leituras flutuantes e exaustivas do conte3do das narrativas, seguindo tr3s etapas: ordenaç3o, classificaç3o e an3lise final dos dados²⁷⁻²⁹. A an3lise incluiu classificaç3o das falas dos entrevistados, componentes das categorias emp3ricas, s3nteses horizontal e vertical, e confronto entre as informaç3es, agrupando ideias convergentes, divergentes e complementares. A organizaç3o dos dados foi orientada pela an3lise tem3tica de conte3do, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utiliz3veis para permitir comparaç3o com outros textos escolhidos da mesma maneira^{23,28,30}.

A identificaç3o dos participantes foi preservada pela criaç3o de um c3digo alfanum3rico, em que a letra “E” significa entrevistado, seguido de um algarismo que representa a ordem em que a entrevista foi realizada (E1, E2...) ²⁶. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comit3 de 3tica em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista J3lio de Mesquita Filho (057408/2019), conforme preconiza a Resoluç3o Conep n. 466/12³¹.

Resultados e discuss3o

Os resultados suscitaram dados que, relacionados 3 tem3tica da medicalizaç3o, possibilitaram a organizaç3o de duas categorias de an3lise: 1) concepç3o dos usu3rios acerca do uso do psicotr3picos – sinais e efeitos da medica(menta)lizaç3o; 2) a produç3o de cuidado na APS – a relaç3o com o trabalhador e a reduç3o do card3pio de ofertas. As tem3ticas apontam a emerg3ncia da incorporaç3o da medicamentalizaç3o nas concepç3es dos usu3rios quanto 3 utilizaç3o do psicotr3pico no contexto da APS que sustentam a manutenç3o do uso em longo prazo.

Concepç3es dos usu3rios acerca do uso de psicotr3picos: sinais e efeitos da medica(menta)lizaç3o

Uma elaboraç3o discursiva reducionista, que caracterizou a justificativa do uso do psicotr3pico, começ3o centrada no corpo, com 3nfase para dor ou necessidade fisiol3gica. Os dados conotam um posicionamento para a dimens3o biol3gica sem sentido cl3nico, e os sintomas relatados pelos participantes foram: choro, nervosismo, impossibilidade de fazer coisas que antes fazia, pensamentos ruins, preocupaç3es, dificuldade/impossibilidade de dormir, dores no corpo, isolamento, ang3stia e dores de cabeça. Nos relatos dos participantes identifica-se que faziam uso de psicotr3pico, que mantiveram o uso por meio de renovaç3es de receita e que eram atendidos em um serviç3o no centro da cidade, anterior 3 construç3o da USF. Usam termos psiqui3tricos para relatar sofrimentos ps3quicos, como a depress3o, e tamb3m a noç3o de corpo m3quina, poss3vel de ser “consertado”. O problema com o sono e o nervosismo foram os mais citados:

- O problema meu 3 que eu sou assim, eu se preocupo com muito. Eu pego muita coisa, eu n3o sei se controlar. Fico nervosa, da3 faz mal pra mim porque eu tenho problema, a3 ataca tudo, um monte de dor no corpo meu, sabe? Eu tenho problema de coluna, me d3 dor em tudo, sabe? Ataca tudo. Ele falou que 3 problema do nervo, 3 nervoso. Que eu sou muito nervosa. A3 eu s3, quando assim, nessa 3poca eu tava assim eu s3 queria chorar, eu chorava muito. (E4)

- Muita tristeza, chorava muito. A3 eu fui consertando no psiquiatra, l3 no post3o. Consertei l3, consertei tempo l3 com o Dr. J, eu pegava rem3dio l3. (E6)

- Porque eu tive uma depress3o, agora acho que na p3scoa faz um ano, dois anos... vai fazer dois anos j3. (E7)

- N3o tinha sono mesmo, n3o tinha sono pra dormir. A gente passa muito nervo depois a gente fica com problema de doenç3a no corpo, com dor no corpo que fica n3, o nervo sempre pega tudo quanto 3 problema pra gente, n3? (E9)

Essas pr3ticas discursivas sobre o corpo e os sintomas correspondem ao processo da medicalizaç3o social e est3o relacionadas a pesquisas anteriores que apontam a import3ncia de fatores biol3gicos, psicol3gicos e sociais no diagn3stico e no tratamento do sofrimento ps3quico, mas o que ocorre na pr3tica 3 a preval3ncia e a dominaç3o de fatores biol3gicos. Essa l3gica contribui para a medicalizaç3o de situaç3es e emoç3es cotidianas, e aumenta o n3mero de prescriç3es de psicotr3picos com efic3cia question3vel^{32,33}.

Falta de sono, dores citadas como problemas nos nervos e outras fragilidades foram colocadas pelos participantes como defeitos que precisavam ser consertados. O conserto dessa m3quina, representada como corpo, foi colocado como primordial e imediato na manutenç3o de suas responsabilidades cotidianas, suas atividades laborais e funç3es sociais, estabelecidas em detrimento da implicaç3o simb3lica das formas subjetivas de viver e de sofrer^{8,9}.

Al3m das queixas f3sicas, apareceram tamb3m as psicossociais, relatadas com pouca ou sem relaç3o sintom3tica citada inicialmente. Os dados apontam uma primeira causa biol3gica, que parece concreta, mas o que motivou o uso foram aspectos psicossociais e subjetivos como: luto; excesso de responsabilidade e preocupaç3o com a criaç3o dos filhos; preocupaç3es financeiras e com trabalho; desamparo familiar; problemas conjugais; viol3ncia dom3stica; e dificuldade na adaptaç3o de mudanç3a de cidade. A morte de algum filho, excesso de responsabilidade na criaç3o dos filhos e problemas conjugais foram relatados com maior frequ3ncia.

- Que morreu minha menininha pequena, de cinco meses. A3 eu entrei em depress3o e n3o sa3 mais do rem3dio. Era aquela dor no corpo, era tristeza. Ficava olhando pra l3 e pra c3, nervosa n3? Mas n3o tinha aquela disposiç3o de ir em uma festa, de ter uma igreja, essas coisas. A3 fiquei s3 com essa filha. Sei l3 meu marido bebia, n3o tinha ju3zo, n3? Recebia o pagamento, dava um pouco pra mim, tinha que trabalhar, n3o tinha tempo de ir no m3dico. (E6)

- 3 certo que deve ser da vida da gente porque eu tive uma vida muito tributada porque eu fiquei viuva com tr3s crianç3as pequenas. Criei a menina, emprego n3o arrumava porque n3o tinha estudo, ent3o o que eu fui ser... lavadeira, passadeira e faxineira. Poder fazer serviç3o em casa pra tomar conta das crianç3as, porque na minha 3poca n3o tinha creche. Tr3s crianç3as, e cuidei das tr3s e lutava, passei fome, passava tudo porque o dinheiro da Fepasa tinha m3s que vinha, tinha m3s que n3o vinha, ent3o tinha que trabalhar. Nunca fiz coisa errada, trabalhando e lutando, comecei a lavar roupa e passava, eu levantava quatro horas da madrugada pra passar roupa, lavava durante o dia, de noite passava roupa, fui levando. Depois tive problema nas costas, dor de cabeç3a, n3o conseguia trabalhar de tanta dor de cabeç3a. (E8)

A dicotomia corpo e mente e o corpo como m3quina, pass3veis de serem medicados e consertados^{8,9}, aparecem nos resultados caracterizados sob dois aspectos: 1) tudo ser reduzido ao biol3gico e 2) a medicamentalizaç3o de quest3es psicossociais, principalmente do corpo feminino, e as queixas ligadas a pap3is de g3nero. Quest3es exemplificadas nos discursos como tristeza pela morte de um filho e a falta de ju3zo do marido ou da vida atribulada, sem estudo, sem emprego e com crianç3as pequenas para cuidar.

Estudos realizados no contexto da APS corroboram a preval3ncia do uso de psicotr3picos em mulheres com baixa renda e escolaridade, que desempenham atividades laborais em casa, e portadoras de doenç3as cr3nicas. O alto 3ndice do uso de psicotr3picos entre mulheres ocorre por diferentes motivos, entre os quais: maior preocupaç3o com a sa3de, facilidade em descrever os sintomas e procura por assist3ncia m3dica. Aponta-se tamb3m que alguns m3dicos observam maior vulnerabilidade em mulheres, posicionando-as como fr3geis, mais suscet3veis a transtornos afetivos, mais ansiosas e com melhor relaç3o m3dico-paciente^{34,35}.

As queixas psicossociais relatadas pelas participantes como consequ3ncia dos cuidados e das responsabilidades dom3sticas restritas a elas, somadas ao desamparo pol3tico e social – como falta de creche para os filhos e o trabalho n3o remunerado –, apareceram como fundamento para o uso de psicotr3picos, que teve na relaç3o com o m3dico o silenciamento desse contexto e a explicaç3o reduzida aos sintomas biol3gicos.

O determinismo biol3gico e a conseq3ente falta de escuta das quest3es psicossociais t3m interfer3ncia direta na relaç3o com o m3dico, que 3 de poder e controle³⁴. A influ3ncia do poder sobre a relaç3o m3dico-paciente 3 evidenciada por meio da falta de explicaç3o sobre efeitos colaterais e funcionamento da medicaç3o, da insist3ncia para fazer uso com ameaç3a dos sintomas voltarem, do foco na eliminaç3o sintom3tica, da negaç3o

da possibilidade de depend3ncia, do controle na decis3o de diminuir ou parar o uso, da dificuldade do usu3rio de questionar a conduta mesmo desconcordando e do receio de enfrentar desafios na renovaç3o de receita, caso mude a medicaç3o por conta pr3pria.

- A3 o m3dico receitou e falou a senhora n3o pode parar com esses rem3dios porque a senhora vai entrar em depress3o se a senhora parar. (E2)

- Ele j3 falou pra mim que se eu n3o conseguir ficar sem eu vou ter que tomar o resto da vida. (E4)

- J3 at3 comentei com ele sobre isso, ah n3o, mas tem que tomar ele disse. Ent3o vou falar o que? Falam que deixa mais calmo, mais tranquilo, a dor de cabeç3a tamb3m. Eu vou responder? Quem sou eu pra chegar no m3dico e falar pra ele: Oh, o senhor t3 errado, as vezes at3... mas vai falar o que? Entendeu? Ent3o... 3 a mesma coisa eu t3 conversando com a doutora aqui eu vou chegar e falar: n3o, a senhora t3 errada? Quem sou eu n3? Ent3o 3 isso que eu digo: se eu ficar sem tomar esse rem3dio eu fico sem dormir, porque o organismo j3 acostumou n3? O outro que 3 pra dor de cabeç3a... ultimamente t3 tendo dor de cabeç3a... N3o t3 servindo pra nada. Esse amarelinho nem sei pra que serve. E essa dor de cabeç3a assim, j3 fiz eletro, n3o tem nada. Mas n3o posso mexer por conta pr3pria, n3? Depois eles n3o liberam mais. (E11)

Os dados apontam a justificativa m3dica para a prescriç3o do psicotr3pico resumida 3 demanda sintom3tica fisiol3gica e 3 centralizaç3o no f3rmaco como prescriç3o, diminuindo a efic3cia de outras alternativas.

Em funç3o da concepç3o mercadol3gica, no aspecto da medicina, h3 um esvaziamento da relaç3o m3dico-paciente. Com a pr3tica m3dica assumindo sua vers3o profundamente t3cnica, com consultas r3pidas e diagn3sticos apressados visando o maior n3mero de atendimentos, h3 uma impossibilidade de escuta qualificada no acolhimento, que gera uma prescriç3o massiva de psicotr3picos e a medicamentalizaç3o dos sintomas^{3,34}.

Os resultados indicam como principal motivaç3o para o uso o “n3o se importar”, ou se importar menos, com situaç3es que antes geravam inc3modo, como uma adaptaç3o aos sofrimentos di3rios, ou por estarem “mais calmos”, ou por conseguirem dormir 3 noite e acordarem mais dispostos.

A medicaç3o foi colocada como bem de consumo e observa-se uma reconfiguraç3o de sua finalidade: se at3 ent3o era usada apenas para remiss3o sintom3tica, agora 3 vista como mediadora de conflitos, como v3lvula de escape ou como adaptativa de um modo de vida sem sofrimento. Essa vida, aparentemente com os sofrimentos suavizados, tamb3m foi colocada de forma discursiva como “ap3tica” e vivida sem intensidade.

O uso pelo “resto da vida” foi colocado como termo t3rgido de simbolismo por reduzir toda a pot3ncia de vida a ser vivida, justificada pelo organismo ter se acostumado com a medicaç3o, por isso sua impossibilidade de retirada, gerando uma cronificaç3o do consumo de psicotr3picos. A relaç3o com o discurso m3dico, sintetizado em: “n3o poder parar” e “se parar vai fazer mal”, 3 uma pr3tica discursiva que naturaliza a alegaç3o para “o resto da vida” e est3 fundamentada no uso que o m3dico faz da autoridade de seu papel profissional para silenciar ou minimizar a autonomia do sujeito.

- Mas ajuda bastante, fico mais calma, mais tolerante, n3? Tem coisas que seriam a gota d'3gua, agora com o rem3dio eu consigo controlar mais um pouquinho. Vamos supor, que nem em casa, o esposo chega reclama de tudo. Antes a gente brigava at3 umas horas, agora ele chega, t3 falando, paci3ncia, n3o t3 feliz amanh3 eu faço e vai levando. Quer dizer ela n3o resolve, mas me ajuda um pouquinho a n3o levar tudo no ferro, n3? Antes o nervosismo eu levava... eu era muito agressiva, a gente brigava direto. Agora continua do mesmo jeito, ele reclama de tudo, eu s3o n3o esquento a cabeça. Ent3o, tanto fez a 3gua subir quanto a 3gua descer, n3s estamos indo. (E13)

- Eu j3 estava assim, n3? 3 muito sono, prazer sexual nenhum. Por mim eu durmo dia e noite, quer fazer alguma coisa fica 3 vontade, deixa eu dormir. O rem3dio ajudou em algumas coisas e piorou em outras. Ent3o, d3 uma balançada, n3? E esse sono que eu n3o entendo, porque tanto sono desse jeito. Ent3o, tem hora que eu fico: e agora? Ou eu fico briguenta e esperta ou eu fico calma e durmo 3 vontade, ning3m me amola, n3o sei. Tem hora que eu penso: ai, desde que me deixe dormir fia que derrube a casa, eu quero dormir. (E13)

- N3o posso nem pensar em nada, se tiver alguma coisa na cabeça bebe o rem3dio pra conseguir dormir. Se começar a pensar, alguma coisa, n3? Que a gente n3o quer pensar, sabe? A gente sabe como 3 que 3, as coisas todas vem e a gente n3o fica com eles na cabeça. O que n3o presta n3s “guarda”, n3? Problema mesmo. (E9)

- Nunca pensei, ainda n3o pensei. 3 que nem eu falei, n3o sei se vou tomar pro resto da minha vida at3 eu morrer ou alguma coisa. (E9)

Os psicotr3picos, na empresarizaç3o da vida e na cultura da ansiedade, s3o os recursos mais r3pidos exigidos na busca pela felicidade plena e na eliminaç3o imediata do sofrimento. Possibilitando que o sujeito se estimule ou se acalme para se manter competitivo, independente e em dia com suas obrigaç3es sociais, as medicaç3es s3o transformadas em vias de adaptaç3o a um modo de vida no qual o bem-estar 3 uma norma que abrange tanto a sa3de quanto o conforto. Medicaliza-se, ent3o, a viol3ncia,

a pobreza e a falta de oportunidades que, desconectadas da exclusão social e de uma vida sem perspectivas, reduzem sujeitos a seres estritamente biológicos, sem contexto, sem cultura e atemporais. A medicalização acaba cumprindo uma tarefa fundamental para a manutenção do que está posto na sociedade³⁶.

Ao biologizar e ao medicalizar um problema social como algo natural, inevitável e deslocando sua responsabilidade para fatores individuais, são isentadas as instâncias envolvidas nesse processo. Na medicalização e na conseqüente desresponsabilização social e política, o sofrimento não é visto como uma possibilidade de transformação nas formas de viver e de se relacionar. Nesse contexto, os profissionais da saúde continuarão desempenhando seu papel fundamental, podendo concretizar e operar o autoritarismo da Ciência, perdendo o estranhamento perante as desigualdades^{36,37}.

A produção de cuidado na APS: a relação com o trabalhador e a redução do cardápio de ofertas

Os dados possibilitam afirmar a medicação como resposta *a priori* e praticamente exclusiva aos diferentes impasses subjetivos e ao sofrimento psíquico, sem alternativas anteriores à prescrição do psicotrópico. Em alguns casos foram oferecidos grupos terapêuticos ou psicólogos, mas colocados como um auxílio ao remédio e não como outra possibilidade.

A medicação foi relatada como a única forma de produção de cuidado permanente. Isso indica que a intervenção de Saúde Mental na APS ficou restrita à prescrição medicamentosa, centralizada na figura do médico que se atentou apenas na manutenção da conduta. A necessidade de buscar outras formas de respostas à demanda sintomática foi posta em evidência. As causas psicossociais, experiências de vida e singularidades ficaram em segundo plano, não tiveram relevância ou foram encaminhadas para outros profissionais. Nesse cenário, percebe-se que a resolubilidade do cuidado está restrita à oferta que o serviço disponibiliza para a demanda trazida pelo usuário, no caso: a estabilização de sintomas.

- Procurei ajuda médica, falei: como é que faço, preciso descansar. Aí, vim no médico e ele receitou esse remédio. (E8)

- Eu não falei nada pro médico, ele que deu. Porque quando eu vim aqui eu sempre eu reclamava de dor assim, essa parte da cabeça, doía tudo e eu sempre vinha aqui e reclamava da mesma coisa, do mesmo problema aí ele passou um remédio pra mim dormir. Ele não falou nada, mas eu me sinto bem porque durmo bem à noite, outro dia levanto boa, determinada. (E9)

- Eu já perguntei também pros médicos aqui, até um tempo tratei com homeopatia, ela falou: não dona Maria, a gente não pode tirar o remédio da senhora. A médica falou, esse tipo de medicação tem que ter um acompanhamento por um profissional, tem que ser assistido, não vai fazer essa loucura não, não vou fazer isso com você e você também não vai fazer isso sozinha. (E10)

A ESF, desde sua criação, vem propondo a superação do modelo biomédico hegemônico, substituindo-o por uma nova concepção apoiada na promoção da saúde³⁸. Seus atributos e diretrizes fundamentados no conceito ampliado de saúde, na determinação social do processo saúde-doença, na intersetorialidade, na participação popular, entre outros, sugerem uma direção desmedicalizante. A proximidade com o usuário pode ser uma chance para a reorientação da medicalização e a reconstrução da autonomia, mas, por outro lado, também corre o risco de se constituir como medicalizadora. O próprio ato de receber a receita médica e utilizar o psicotrópico pode atuar de maneira a desresponsabilizar e despolitizar o sujeito em relação a seu sofrimento³⁹.

Sobre o sofrimento mental na APS, o fator de destaque na literatura é a sua medicalização e o uso de tratamento farmacológico em situações muitas vezes dispensáveis para a ocasião. Os fatores que podem explicar esse fenômeno se fundamentam na qualificação inadequada da equipe multiprofissional, que se mostrou um dos principais motivos para a alta prescrição, e uma insegurança de profissionais que repassam os casos para outros níveis de atenção ou para outros profissionais. A falta de preparo para uma escuta qualificada é acentuada pela demanda excessiva e pelo curto período para realização da consulta, dificultando a criação de vínculo entre profissionais e usuários e o desenvolvimento da integralidade²⁰.

Os resultados também indicam uma boa relação com o trabalhador da USF, como “apoio” e respostas para situações de crise, o que aponta a potencialidade que o serviço no território pode proporcionar quando não limitado a prescrições e a renovações.

- Ontem nós fizemos um negócio de bola, essas coisas, sabe? E depois tive que pegar e a última ia fazendo alongamento. Tá sendo bom. Parece que agora tá sendo bom. Porque a gente tá usando a mente pra alguma coisa, a gente fica mais assim... (E5)

- A terapia ajudou muito, porque a terapia tipo, fez eu entender o porque, fez eu colocar as coisas no lugar, entendeu? Me ajudou a me assentar de novo. (E7)

A USF estudada disponibiliza grupos terapêuticos, de exercício físico, de caminhada, de artesanato, entre outros. Quatro entrevistados passaram por psicólogos na própria unidade e uma entrevistada participou de um grupo de Saúde Mental, relatando boas experiências, mas cessaram pela rotatividade dos profissionais ou porque estar na unidade era inviável. Por exemplo, o grupo de exercícios, proporcionado pela atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e por residentes multiprofissionais, também foi citado como positivo para ressignificação do sofrimento.

Para dar conta desse fenômeno, destaca-se a necessidade de realização de práticas inovadoras direcionadas à produção do cuidado integral, a fim de potencializar a transformação de práticas hegemônicas em saúde e o desenvolvimento de outra conformação clínica.

Busca-se criar condiç3es para uma pr3tica cl3nica capaz de reconhecer as forç3as externas aos sujeitos em cada situaç3o singular, de forma que propicie um compromisso da cl3nica com a m3xima defesa e a produç3o da vida, sem abrir m3o da ontologia das doenç3as e suas possibilidades de diagn3stico e intervenç3o⁴⁰.

Ao contr3rio da compreens3o do funcionamento ps3quico exclusivamente com processos cerebrais e linguagem neurobioqu3mica, pretende-se olhar para o sofrimento humano em articulaç3o com o plano da vida, mudando ent3o o objeto, que deixa de ser a doenç3a. Nesse sentido, a ESF torna-se um elemento essencial para a implementaç3o dessa mudanç3a do modelo⁴¹.

Consideraç3es finais

A an3lise dos discursos possibilitou vislumbrar a incorporaç3o da medicamentalizaç3o nas concepç3es de vida e de sofrimento dos usu3rios no contexto da ESF, perspectiva que vai ao encontro da medicalizaç3o social e tem subs3dio no modelo biom3dico que subordina o processo de trabalho da APS.

Os resultados apontam, com base na experi3ncia dos usu3rios em relaç3o ao uso dos psicotr3picos, o “n3o se importar” com situaç3es que antes geravam inc3modo, uma adaptaç3o aos sofrimentos di3rios apontados inicialmente como uma primeira causa biol3gica, mas representados como aspectos subjetivo-psicossociais. O uso da medicaç3o psicotr3pica apareceu repleto de reca3das, poucos resultados e efeitos colaterais indesejados e, em contrapartida, sem ligaç3o com a sua efic3cia e o questionamento do uso, em uma relaç3o ambivalente e evidenciada na relaç3o de poder e controle m3dico e com poucas possibilidades al3m do uso. Quanto ao processo de trabalho na APS, os dados indicam uma boa relaç3o do usu3rio em sofrimento com o trabalhador do serviç3o. A medicaç3o foi colocada como resposta *a priori*, 3nica forma de cuidado permanente e, praticamente, exclusiva aos diferentes impasses subjetivos e ao sofrimento ps3quico sem alternativas para experimentar antes da prescriç3o do psicotr3pico.

Esses resultados revelam um processo de medicalizaç3o da vida vinculado a um modelo de Atenç3o 3 Sa3de biologicista, centrado na figura do m3dico, na prescriç3o medicamentosa e desresponsabilizada de quest3es pol3ticas e sociais do territ3rio, deslocando sua responsabilidade para fatores individuais.

Estudos na 3rea possibilitar3o ampliar a compreens3o sobre o fen3meno para ent3o ser poss3vel repensar as pr3ticas e o trabalho em sa3de no 3mbito da APS, visando ao cuidado e 3 autonomia e n3o apenas a eliminaç3o sintom3tica desconectada aos modos de viver e se relacionar.



Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Rosana Teresa Onocko Campos

Editora associada

Erotildes Maria Leal

Submetido em

20/03/20

Aprovado em

25/10/20

Referências

1. Conrad P. The medicalization of society. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
2. Camargo KR Jr. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(5):844-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500002>.
3. Birman J. Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.
4. Ferrazza DA, Luzio CA, Rocha LC, Sanches RR. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paideia (Ribeirão Preto)*. 2010; 20(47):381-90. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000300010>.
5. Zorzanelli RT, Cruz MGA. The concept of medicalization in Michel Foucault in the 1970s. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):721-31. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.



6. Clark J. Medicalization of global health 1: Has the global health agenda become too medicalized? *Glob Health Action*. 2014; 7(1):23998. Doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23998>.
7. Barbosa VFB, Cabral LB, Alexandre ACS. Medicalization and indigenous health: an analysis of the consumption of psychotropics by the xukuru de cimbres indigenous people. *Cienc Saude Colet*. 2019; 24(8):2993-3000. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.22192017>.
8. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. *Microf3sica do poder*. 25a ed. S3o Paulo: Graal; 2012. p. 143-70.
9. Nogueira C. A sociological view on the epistemic privilege of biomedicine: deconstructing the metanarrative. *Saude Soc*. 2018; 27(4):1019-32. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180590>.
10. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui l3 no posto e o doutor me mandou foi pra c3": Processo de medicamentalizaç3o e (des)caminhos para o cuidado em sa3de mental na atenç3o prim3ria. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):61-74. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>.
11. Pelegrini MRF. O abuso de medicamentos psicotr3picos na contemporaneidade. *Psicol Cienc Prof*. 2003; 23(1):38-41. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100006>.
12. Merhy EE. Sa3de: a cartografia do trabalho vivo. 2a ed. S3o Paulo: Hucitec; 2005.
13. Freitas F, Amarante P. Medicalizaç3o em psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
14. Caliman L. Inf3ncias medicalizadas: para qu3 psicotr3picos para crianç3as e adolescentes? In: Caponi S, V3squez-Valencia M, Verdi M. *Vigiar e medicar: estrat3gias de medicalizaç3o da inf3ncia*. S3o Paulo: LiberArs; 2016. p. 47-60.
15. Santos RB, Zambenedetti G. Comprensi3n del actual proceso de medicalizaci3n en el contexto de la salud mental. *Salud Soc*. 2019; 10(1):22-37. Doi: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00002>.
16. Brasil. Minist3rio da Sa3de. Secretaria de Ci3ncia, Tecnologia e Insumos Estrat3gicos. *Uso de medicamentos e medicalizaç3o da vida: recomendaç3es e estrat3gias*. Bras3lia, DF: Minist3rio da Sa3de; 2019.
17. World Health Organization. *Integrating mental health into primary care*. Geneva: WHO; 2008.
18. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalh3es SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazep3nicos no serviç3o municipal de sa3de da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(6):1223-32. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600019>.
19. Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificaç3es nos padr3es de consumo de psicof3rmacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(1):107-14. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100017>.
20. Oliveira A, Luchini D Jr, Fonseca GS, Biesek LL, Silva JKO, Cordeiro JMSM, et al. Sofrimento mental atenç3o b3sica: abordagens da literatura brasileira. In: Ribeiro EAW, Mota AA, Giraldez CG, organizadores. *Conex3es da sa3de mental e territ3rio*. Blumenau: Instituto Federal Catarinense; 2019. p. 23-9.
21. Ara3jo LLC, Oliveira EN, Ara3jo GG, Gomes FRAF, Gomes BV, Rodrigues 3B. Distribuiç3o de antidepressivos e benzodiazep3nicos na estrat3gia de sa3de da fam3lia de Sobral-CE. *Sanare (Sobral)*. 2012; 11(1):45-54.



22. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis*. 2014; 24(1):253-71. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal Cidades: População: Botucatu [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado 23 Ago 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
25. e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 21 Ago 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?sessionId=b41rHT2h+feGxJjd6TwXjk5Y>
26. Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. 2a ed. London: SAGE Publications; 2014.
27. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual*. 2017; 5(7):1-12.
28. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 83-107.
29. Assis MAA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In:
30. Santana JSS, Nascimento MAA. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS; 2010. p. 138-59.
31. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 23 Ago 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
33. Dobbytè S. Under- or overtreatment of mental distress? Practices, consequences, and resistance in the field of mental health care. *Qual Health Res*. 2020; 30(10):1503-16. Doi: <https://doi.org/10.1177/1049732320918531>.
34. Rose N. *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Cambridge: Polity Press; 2019.
35. Medeiros Filho JSA, Azevedo DM, Pinto TR, Silva GWS. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saude*. 2018; 31(3):1-12. Doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7670>.
36. Moura DCN, Pinto JR, Martins P, Pedrosa KA, Carneiro MGD. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. *Sanare (Sobral)*. 2017; 15(2):136-44.
37. Moysés M, Collares C. Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In: Silva ACSS, Coimbra CMB, Monteiro HR, Ruffeil N, Barker SL, organizadores. *Direitos Humanos: o que temos a ver com isso?* Rio de Janeiro: CRP-RJ; 2007. p. 153-68.
38. Lobo AO, Bernstein J. Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-9. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1055](https://doi.org/10.5712/rbmf10(35)1055).



39. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em sa3de: conceitos e desafios para a atenç3o b3sica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(6):1869-78. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
40. Tesser CD. Medicalizaç3o social (I): o excessivo sucesso do epistemic3dio moderno na sa3de. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(19):61-76. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>.
41. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira N Jr, Castro CP. A aplicaç3o da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na cl3nica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:983-95. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.
42. Yasui S, Luzio C, Amarante P. Atenç3o psicossocial e atenç3o b3sica: a vida como ela 3 no territ3rio. *Rev Polis Psique*. 2018; 8(1):173-90. Doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>.

This study aimed to understand the medicalization of the long-term use of psychotropic drugs from the perception of users of the services provided by a Family Care Center. We conducted a qualitative study using autobiographical narrative analysis using semi-structured interviews with services users selected using purposeful sampling. The thematic analysis revealed that medicalization was incorporated into the life concepts and suffering of service users, which is consistent with social medicalization supported by the biomedical model, which subordinates Primary Health Care work processes.

Keywords: Psychotropic drugs. Medicalization. Primary health care.

El objetivo de este estudio fue entender el fen3meno de la medicalizaci3n y del uso de psicotr3picos a largo plazo a partir de la percepci3n de los usuarios de una Unidad de Salud de la Familia. Se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en el m3todo autobiogr3fico y narrativa del sujeto. Se utiliz3 un guion para realizar entrevistas semiestructuradas, realizadas con usuarios intencionalmente seleccionados. El an3lisis tem3tico posibilit3 vislumbrar la incorporaci3n de la medicamentalizaci3n en las concepciones de vida y de sufrimiento de los usuarios en el contexto de la salud de la familia, perspectiva que sale al encuentro de la medicalizaci3n social y tiene subsidio en el modelo biom3dico que subordina el proceso de trabajo de la Atenci3n Primaria de la Salud.

Palabras clave: Psicotr3picos. Medicalizaci3n. Atenci3n primaria de la salud.