

“É só tudo isso”: Os sentidos atribuídos ao sofrimento por profissionais e usuários na Estratégia Saúde da Família

“It’s just all that”: The meanings attributed to suffering by professionals and users in the Family Health Strategy

“Es solo todo eso”: Los sentidos atribuidos al sufrimiento por profesionales y usuarios en la Estrategia de Salud de la Familia

Gabriela dos Santos Melo Bomfim

Daniela Cristina Belchior Mota

RESUMO

Dentre as diversas disputas de perspectivas no âmbito do Sistema Único de Saúde, encontra-se o cuidado às demandas de saúde mental e o que se entende por elas. O objetivo deste estudo foi investigar os pontos de vista sobre o sofrimento através da narrativa de usuários e profissionais, buscando compreender como o sentido atribuído ao sofrimento psicossocial dos sujeitos impacta o cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). Realizou-se uma pesquisa avaliativa participativa a partir da inserção da pesquisadora principal no campo de estudo, viabilizada pela experiência de estágio na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Com base em uma abordagem qualitativa crítica, a triangulação de dados partiu da observação participante; do diário de campo; e do livro-ata das reuniões, no qual eram registrados os matriciamentos e reuniões de equipe. Os resultados apontam angústias conhecidas nos serviços de saúde, que, no entanto, se encontram em um lugar social de deslegitimação por não corresponder a uma descrição nosológica pretensamente objetiva. A mediação pelo diagnóstico tornou-se capaz de conceder benefícios sociais e criar vínculos identificatórios. Questiona-se a construção de uma ordem social dependente do saber biomédico e a redução do cuidado à prescrição medicamentosa, em detrimento de tecnologias leves de cuidado que deveriam ser priorizadas na Atenção Básica. Conclui-se que o resgate da dimensão coletiva do sofrimento subverte o uso do sistema de saúde como instrumento para a manutenção de desigualdades, abandonando ações descontextualizadas para dar espaço ao sujeito integral, restituído do conhecimento sobre sua própria dor.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Saúde da Família

ABSTRACT

Among the various disputes of perspectives within the Brazilian Unified Health System (SUS), mental health care and the understanding of mental health demands stand out. This study aimed to investigate perspectives on suffering through the narratives of users and healthcare professionals, seeking to understand how the meanings attributed to subjects' psychosocial suffering impact healthcare practices within the Family Health Strategy (FHS). A participatory evaluative study was conducted based on the principal researcher's immersion in the field, made possible through an internship experience in Primary Health Care in Rio de

Janeiro city. Drawing on a critic qualitative approach, data triangulation was carried out through participant observation, field notes, and the minutes book of meetings, in which matrix support activities and team meetings were recorded. The findings reveal forms of distress commonly encountered in healthcare services that nevertheless remain socially delegitimized because they do not correspond to a supposedly objective nosological description. Diagnostic mediation became capable of granting social benefits and producing identificatory bonds. The study questions the construction of a social order dependent on biomedical knowledge and the reduction of care to medication prescription, to the detriment of relational and community-based care technologies that should be prioritized in Primary Health Care. It concludes that reclaiming the collective dimension of suffering subverts the use of the health system as an instrument for maintaining inequalities, replacing decontextualized practices with comprehensive, subject-centered care.

Keywords: Mental Health, Primary Health Care, Family Health

RESUMEN

Entre las diversas disputas de perspectivas en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), destaca la atención a las demandas de salud mental y la comprensión de lo que estas representan. Este estudio investiga las concepciones sobre el sufrimiento psicosocial a partir de las narrativas de usuarios y profesionales, buscando comprender cómo los significados atribuidos a dicho sufrimiento impactan la atención en salud en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se desarrolló una investigación evaluativa participativa mediante la inserción de la investigadora principal en el campo de estudio, favorecida por su experiencia en prácticas de Atención Primaria de Salud en el municipio de Río de Janeiro. Desde un enfoque cualitativo crítico, la triangulación de datos se realizó a partir de la observación participante, el diario de campo y el libro de actas de reuniones, donde se registraban actividades de apoyo matricial y encuentros de equipo. Los resultados evidencian formas de angustia conocidas en los servicios de salud que, sin embargo, permanecen socialmente deslegitimadas por no corresponder a una descripción nosológica supuestamente objetiva. La mediación diagnóstica pasó a otorgar beneficios sociales y a producir vínculos identificatorios. Se cuestiona la construcción de un orden social dependiente del saber biomédico y la reducción del cuidado a la prescripción medicamentosa, en detrimento de tecnologías relacionales y comunitarias de cuidado que deberían priorizarse en la Atención Primaria. Se concluye que recuperar la dimensión colectiva del sufrimiento subvierte el uso del sistema de salud como instrumento de mantenimiento de desigualdades y favorece una atención integral centrada en el sujeto.

Palabras-clave: Salud Mental, Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia

1 INTRODUÇÃO: UM NOVO LUGAR SOCIAL?

Em "*Saúde mental e Atenção Psicossocial*", Amarante¹ traça um breve histórico do paradigma biomédico e seus efeitos sobre a assistência. O autor traz a marca da esperança de um novo lugar social para a saúde mental, em um período de profundas mudança na atenção psicossocial. Há algo inegavelmente novo na concepção de saúde e sofrimento, mas também há atualizações de lógicas antigas. Ao longo da obra, destaca-se que a repetição e a

burocratização seriam capazes de transformar o inovador projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) em um reprodutor da concepção biomédica de saúde e doença.

Diariamente, recolhemos nos serviços de atenção psicossocial e, particularmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), as consequências do endurecimento das lógicas de cuidado: a sobrecarga dos profissionais, as consultas resumidas à dispensação de receita, a ambulatorização do cuidado e a diminuição da carga horária de profissionais das Equipes Multiprofissionais (eMulti), que atuam de forma complementar e integrada às demais equipes da Atenção Básica (AB), para dividir o trabalho em ambulatórios. A luta antimanicomial, cuja mais recente vitória inclui a determinação de que todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil devem ser fechados², coexiste com a ascensão de grupos religiosos no setor da saúde, defendendo a expansão das comunidades terapêuticas³ a despeito das diversas denúncias de violações de direitos humanos. Portanto, ao mesmo tempo que se fecham instituições manicomiais, são financiadas entidades fundamentadas no modelo asilar.

O campo da atenção psicossocial e da saúde mental está longe de apresentar uma visão homogênea, sendo marcado por disputas de perspectivas de saúde, inclusive, sobre o que é o próprio sofrimento. Afinal, estamos falando de doenças, transtornos mentais ou sofrimento psíquico? Ou ainda, haveria uma nova nomenclatura para aquilo que é alvo das intervenções biomédicas desde o surgimento dos hospitais tal qual conhecemos?

No âmbito do SUS, os profissionais da ESF são responsáveis pelo cuidado com o paciente, independentemente de possuírem formação voltada para a saúde mental, de modo a garantir a integralidade da assistência conforme os princípios da Atenção Básica⁴. Entretanto, a atuação em campo revela um descompasso entre as diretrizes das políticas de saúde e o cuidado.

Há elementos comuns no que se entende por sofrimento e na forma como este é compreendido, legitimado e vivido pelos diferentes sujeitos que compõem a cena da saúde. Tendo em vista as disputas de perspectivas sobre as demandas de saúde mental no âmbito da ESF e suas repercussões no cuidado ofertado pelos profissionais de saúde, faz-se necessário compreender o que se entende por sofrimento e quais intervenções são vistas como pertinentes. O objetivo deste estudo foi analisar as diferentes perspectivas sobre o sofrimento, por meio da narrativa de usuários e profissionais, buscando compreender de que maneira o sentido atribuído ao sofrimento dos sujeitos impacta o cuidado em saúde, em especial, na ESF. A análise detalhada de casos atendidos nos serviços revelou histórias que se inter cruzam na dimensão de um sofrimento ético-político⁵, que ultrapassa as descrições nosológicas ao mesmo tempo que é profundamente atravessado pela questão diagnóstica.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa participativa, a partir da inserção da pesquisadora principal no campo de estudo, viabilizada pela experiência de estágio na equipe multiprofissional de uma Clínica da Família, unidade básica de saúde composta por equipes de Saúde da Família (eSF), no município do Rio de Janeiro. O estágio teve início em março de 2023 e foi finalizado em dezembro do mesmo ano. Majoritariamente, as atividades realizadas se deram juntamente à psicóloga da eMulti e preceptora de estágio. Entretanto, foi possível acompanhar outras categorias profissionais em diversas atividades, adquirindo, eventualmente, familiaridade com o território, as dinâmicas de trabalho e os próprios usuários do serviço.

Dentre as atribuições da eMulti, constavam interconsultas com profissionais das eSF, consultas individuais, matriciamentos, reuniões de equipe, reuniões gerais, articulações intersetoriais e entre serviços, visitas domiciliares, grupos realizados dentro e fora do espaço da instituição, eventos acadêmicos no campo da saúde, reuniões referentes à área programática, Programa Saúde na Escola (PSE), dentre outras atividades internas e externas. Antes conhecida como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a eMulti pressupõe uma ampliação da estratégia, principalmente das categorias médicas que podem compor a equipe multiprofissional, ainda que permaneçam as atribuições, como atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação com a rede de atenção⁶. A eMulti da referida Clínica da Família era composta por profissionais das seguintes categorias: psicologia, nutrição, assistência social, educação física, fisioterapia, pediatria e enfermagem obstétrica.

O território coberto pela Clínica da Família abrange diferentes níveis socioeconômicos. As eSF, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, se dividem entre territórios mais vulneráveis, em comunidades com operações policiais e presença de atores do tráfico; e territórios com população que detém maior poder aquisitivo, cujos sujeitos acessam mais os serviços e se mostram mais demandantes do apoio dos profissionais. Em diferentes reuniões presenciadas durante o estágio e registradas no diário de campo, a vulnerabilidade das populações surgia enquanto pauta, sob diferentes perspectivas. O cenário do território coberto incluía serviços não diretamente relacionados à instituição, mas cuja atuação permitia pensar possibilidades para a

população adscrita, como vilas olímpicas e organizações não-governamentais, que ofertavam atividades gratuitas ou de baixo custo.

As complexas dinâmicas dos dispositivos de saúde e os efeitos da questão diagnóstica serão explorados através de relatos de atendimentos e experiências presenciadas durante o estágio. A triangulação de dados (Flick, 2013)⁷ incluiu a observação participante; a construção de um diário de campo, produzido de agosto a dezembro de 2023; e o livro-ata das reuniões da eMulti, no qual eram registrados os matriciamentos e reuniões de equipe.

A observação participante foi fundamental para a construção dos dados, permitindo simultaneamente conhecer e participar dos fluxos e dinâmicas que ocorriam no cotidiano do serviço de saúde. A conjugação da participação do pesquisador, ação dos sujeitos observados e situação contextual, tríade da observação participante⁸, possibilitou a reflexão crítica do papel do profissional de saúde no próprio exercício de suas funções. O diário de campo foi recurso importante para registrar questionamentos relativos à experiência de estágio e, sobretudo, casos atendidos em interconsultas e consultas individuais. Por fim, o livro-ata trazia registros das reuniões da eMulti, incluindo matriciamentos e reuniões de equipe, possibilitando também acessar a visão institucional e dos profissionais que compõem o corpo técnico da Clínica da Família, representando suas normas e lógicas de funcionamento. A partir dos dados obtidos, foi construído um recorte de compreensões sobre o sofrimento psicossocial, entendido de maneira geral como a principal atribuição da eMulti, principalmente sob o signo de demandas de saúde mental.

Deste modo, pretende-se a integração de diferentes pontos de vista acerca do sofrimento ético-político, investigando seu lugar social, isto é, de que forma é percebido, vivenciado e manejado por diferentes atores sociais - usuários, profissionais de saúde de diferentes formações e com formação e atuação voltados especificamente para a saúde mental. Como resultado do estudo, o conteúdo acumulado foi analisado e agrupado em 5 eixos temáticos: disputas de perspectivas em saúde; categorias psicopatológicas e diagnóstico; vulnerabilidade social; violência racial e saúde; e mal-estar de gênero e uso indiscriminado de benzodiazepínicos. A discussão acerca dos resultados encontrados em cada eixo temático é enriquecida a partir de recortes de atendimentos realizados pela autora.

No primeiro eixo, “disputas de perspectivas em saúde”, discute-se as nomenclaturas utilizadas na literatura para as demandas de saúde mental. No segundo eixo, "categorias psicopatológicas e diagnóstico", explora-se a ambivalência da relação com o diagnóstico, discutindo sua função de mediação das relações sociais. O terceiro eixo, "vulnerabilidade social", analisa a precariedade das condições de vida enquanto determinante social da saúde,

que impacta na forma como o sujeito se percebe em uma sociedade neoliberal. O quarto eixo, "violência racial e saúde", aponta as nuances entre o diagnóstico de psicopatologias e a dificuldade de separar o sintoma do contexto, sobretudo em sofrimentos oriundos da violência racial. Por fim, o quinto e último eixo, "mal-estar de gênero e o uso indiscriminado de benzodiazepínicos", debate a corporificação de sintomas da desigualdade de gênero e o uso de medicamentos como rota preferencial de tratamento na ESF.

Acerca dos casos elencados para ilustrar os eixos temáticos escolhidos, as informações dos usuários contidas na tabela abaixo foram obtidas a partir dos atendimentos e relatadas no diário de campo, preservando o sigilo e omitindo possíveis elementos identificatórios. Destaca-se que a autora principal esteve presente nos atendimentos e matriciamentos relativos aos oito casos abordados.

Tabela 1 - Relação de casos abordados nos eixos temáticos

Nome fictício	Queixa principal/motivo da consulta	Faz uso de medicação psicotrópica?	Possui diagnóstico realizado por profissional de saúde?
Lara	Aumento dos sintomas de ansiedade	Sim	Sim
Sílvia	Hipótese diagnóstica de esquizofrenia	Sim	Não
Maitê	Desmaios e ataques de pânico	Sim	Sim
Moacir	Comportamento delirante	Sim	Sim
Valter	Autocuidado em saúde mental	Não	Não
Ingrid	Violência sexual e aborto	Não	Não
Daniel	Crises de ansiedade	Sim	Sim
Tábata	Fibromialgia e sintomas depressivos	Sim	Não

Fonte: elaboração própria.

A análise preliminar dos dados revela uma quantidade expressiva de queixas relacionadas a sintomas de ansiedade e depressão, bem como de uso de medicação psicotrópica correspondente, prescrita ou não. Como analisaremos adiante, ambos os dados apresentam compatibilidade com a literatura disponível, que aponta a prevalência de queixas relacionadas aos chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC) e um uso, frequentemente

indiscriminado, de benzodiazepínicos na Atenção Básica, como estratégia privilegiada para lidar com o sofrimento psicossocial.

3 DISPUTAS DE PERSPECTIVAS EM SAÚDE

São muitas as nomenclaturas para as demandas de saúde mental, que por sua vez dizem respeito a diferentes formas de entender e compreender o próprio conceito de saúde. A reprovada noção de doença mental, remetente a uma transposição das noções biomédicas de saúde e doença para o campo da saúde mental, deu lugar a outras terminologias. De acordo com Amarante¹, novas definições como transtorno mental, desordem mental ou ainda portadores de transtorno mental foram adotadas momentaneamente, entretanto, o campo da saúde mental e atenção psicossocial assumiu majoritariamente o uso da expressão “sujeitos em sofrimento psíquico”, pretendendo resgatar a experiência vivida do sofrer.

Apesar da ideia de sofrimento psíquico enfatizar uma experiência que pode ser mais ou menos duradoura, cabe questionar a referência ao psiquismo, como um sofrimento relativo ao sujeito. Alguns atendimentos na rotina de uma unidade básica de saúde permitem lançar uma nova luz sobre essa questão, demonstrando que há algo da ordem social que atravessa grande parte das experiências de sofrimento trazidas pelos usuários. Perrusi⁹ indica mudanças no perfil psicopatológico de clientes e usuários de assistência psicoterápica e psiquiátrica, analisando novas configurações do sofrimento psíquico na contemporaneidade e sua relação com o uso extensivo de psicofármacos.

A hipótese do autor é de que o sofrimento psíquico atualmente foi subsumido à dor, tornando-se universal e adquirindo tanta importância quanto a própria dor somática. À medida que o sofrimento se torna equivalente a uma dor psíquica, sendo reduzido à esta, em uma sociedade marcada pela busca pelo prazer e bem-estar, torna-se possível eliminá-la através do uso de medicamentos. Assim, a generalização do sofrimento psíquico significa que sua presença está em todas as situações e espaços sociais, mas principalmente naqueles relacionados à vulnerabilidade social, apesar da desconsideração de sua sociogênese⁹.

Nesta linha, Cardoso e Campos¹⁰ voltam-se para a formação como um processo de sensibilização para o papel da violência estrutural na produção e agravamento do sofrimento. Traz-se a ideia de um sofrimento social, que envolveria a vivência corporificada da dor e das formas de sofrer nas relações sociais, os modelos culturais e morais que condicionam os sofrimentos dos sujeitos e os discursos que classificam e legitimam as experiências de sofrimento. Aqui, observa-se a introdução da valoração como um elemento essencial na

análise do sofrimento, que deixa de apontar suas origens patogênicas em uma estrutura psíquica própria do indivíduo e passa a indicar uma estrutura responsável pela experiência de angústia e pela forma como o sujeito a entende.

Analogamente, para Kleinman¹¹, o sofrimento inclui o nível individual, mas simultaneamente o transcende enquanto uma representação cultural, experiência transpessoal e personificação de memória coletiva, isto é, o sofrimento é eminentemente social. A exemplo das vítimas de desastres, o autor denuncia um processo biomédico de redução do sofrimento e dor das vítimas a sintomas e queixas de demandantes, em um processo de apropriação que silencia as vozes afetadas e nega suas possibilidades de agência. Esse processo de apropriação é particularmente importante para redefinir as necessidades dos afetados, ocultando demandas por direitos e melhorias da qualidade de vida¹¹.

Tendo isso em vista, passemos ao atendimento cujo relato motivou as principais reflexões no presente artigo. Em interconsulta com a psicóloga da eMulti e a médica da equipe de referência, conhecemos a história de Lara, uma mulher negra, mãe de dois filhos, que retornava com a piora dos seus sintomas de ansiedade. Ela atravessava dificuldades em casa devido ao abandono do marido, sendo preciso lidar com as mudanças de comportamento de um dos seus filhos, que passou a apresentar agressividade na escola e um afastamento em relação à mãe, que Lara atribuiu à proximidade que a criança tinha com o pai. Chorando em diversos momentos da consulta, Lara afirmou se sentir culpada pelo retorno de pensamentos suicidas, embora acreditasse se relacionar à sobrecarga do cuidado com as crianças, ao abandono sofrido e às dificuldades financeiras, que passaram a exigir mais da pequena rede de apoio que possuía. Ao fim de sua fala, marcada por um profundo sofrimento e sensação de desamparo, Lara respirou fundo e concluiu: "é só tudo isso".

A frase, que inadvertidamente buscava encerrar a explicação do aumento dos sintomas, foi marcante e instigante, suscitando diversos questionamentos. O que chama atenção no uso despercebido da expressão foi abrigar um elemento que estava presente em diversos atendimentos, ainda que não fosse assim explicitado: a ideia de que, por mais complexas, desafiadoras e duras fossem as situações enfrentadas pelos usuários, era difícil encontrar um motivo “bom o suficiente” para seu sofrimento, capaz de explicar os sintomas. O que há de comum entre tais vivências que torna tão difícil reconhecer na sua história a legitimidade da sua dor?

Não raro, os usuários relatavam suas histórias e afirmavam não compreender o porquê se sentirem daquela forma, localizando no profissional de saúde a fonte da resposta à angústia vivenciada. Não é sem razão que buscam tal amparo: a construção histórica da psiquiatria

como o saber absoluto sobre o sintoma do louco é explicitada na análise de Birman¹². Na qualidade de transtornos e disfunções, as perturbações são destituídas de seus aspectos temporais e históricos, tornando as queixas do doente apenas úteis para uma operação diagnóstica que defina o medicamento mais adequado para regular o indivíduo. Desconhecendo o que ocorre com ele mesmo, o enfermo torna-se um espectador desapropriado do saber sobre seu próprio sintoma, em um processo de desposseção do sujeito da sua subjetividade na experiência do adoecimento¹².

Entretanto, esta não é a única dificuldade enfrentada no cuidado em saúde mental, que acaba por gerar práticas profissionais distintas da prevenção e promoção da saúde preconizadas pela AB. As equipes de Saúde da Família apresentam dificuldades no cuidado em saúde mental, tanto no que diz respeito à compreensão da função do profissional de saúde na abordagem dessas demandas quanto à falta de preparo em si para o manejo dos casos. Essas dificuldades são atribuídas a diferentes fatores na bibliografia sobre o tema, embora existam poucas mudanças práticas em relação ao volume de produções que debatem os reflexos destes conflitos na assistência⁴.

Dentre as barreiras enfrentadas por profissionais de saúde para a promoção do cuidado integral em saúde mental estão a elevada demanda de atendimentos, desarticulação da rede, ausência de matriciamento, falta de apoio de gestores locais e formações tradicionais que não contemplam a complexidade observada nos serviços¹³. Soma-se a isso o subfinanciamento do SUS desde sua implementação, convertido recentemente em desfinanciamento através da alteração no repasse de recursos aos municípios, que se torna referente ao número de usuários cadastrados nas equipes, em detrimento do número de habitantes, e recompensa o desempenho das unidades.

As lacunas na formação para atuar com demandas de saúde mental também são compreendidas como fator determinante na sensação de impotência dos profissionais deste nível de atenção¹⁴. Nesse sentido, o cuidado em saúde mental demandaria competências que muitas vezes não constam no processo formativo, como recursos afetivos e posturas profissionais voltadas para a escuta.

Almeida *et al.*⁴ ressaltam o receio e insegurança dos profissionais ao lidar com casos de saúde mental devido à ausência de conhecimento técnico e de apropriação das ferramentas de cuidado, oriunda de déficits durante a graduação e dos treinamentos contínuos. Aponta-se também a dispersão e isolamento dos serviços, que prejudica a corresponsabilização do cuidado e a resolutividade da assistência. Quando há formação em saúde mental, habitualmente ocorre em contexto hospitalar ou ambulatorial, que não compreendem

especificidades do adoecimento psíquico na Atenção Básica¹⁵. Com isso, o contato se dá majoritariamente com usuários com transtornos mentais graves e em períodos de crise, gerando estigmatização do sofrimento e criando-se a noção de que os profissionais não estão aptos a lidar com tais questões.

No entanto, o cotidiano na ESF lida principalmente com demandas de pacientes dependentes de medicamentos ou hipersolicitantes por conta de transtornos mentais comuns ou queixas inespecíficas, que demandam acolhimento e consultas não agendadas constantemente¹⁵. Sendo assim, o profissional das eSF deve estar capacitado para o cuidado às demandas de saúde mental, que atravessam a todo momento os sujeitos assistidos pelos serviços.

Centrando a afetividade na análise psicossocial da exclusão, Sawaia⁵ nega a neutralidade das reflexões científicas sobre a desigualdade social. A afetividade, aqui descrita como um sofrimento, é qualificada como ético-política, incorporando as emoções e o sujeito nas análises das ciências humanas. O sofrimento seria a dor mediada pelas injustiças sociais, de estar submetido às múltiplas opressões que atravessam os sujeitos, podendo não ser sentido como dor por todos. Para retratar a ideia de sofrimento ético-político, a autora retoma o "banzo", doença aparentemente sem causa que matava a população escravizada no Brasil, emblemática por indicar que o sofrimento pode gerar uma morte biológica. O banzo seria resultado da tristeza e do sentimento de solidão e exploração devido às ações legitimadas no período escravocrata. O sofrimento ético-político varia historicamente conforme a mediação presente no processo de exclusão social, podendo abranger diferentes categorias e opressões, como raça, gênero, idade, classe, dentre outros, que muitas vezes também se inter cruzam.

O sofrimento ético-político retrata, portanto, a dor que surge do tratamento subalternizado sofrido pelo sujeito marginalizado, em uma vivência da negação imposta socialmente às possibilidades dos sujeitos se apropriarem de suas existências⁵. Não se trata de uma experiência unicamente individual ou social, mas sim do sofrimento do excluído em uma dimensão intersubjetiva, fundamentada na coesão social e na legitimidade social.

O relato de Lara transbordava sofrimento ético-político, pois sua fala revela uma angústia amplamente conhecida no cotidiano dos serviços de saúde, que, no entanto, se encontra em um lugar social de deslegitimação, que não considera sua validade por não se encaixar na nosologia psiquiátrica, notoriamente desimplicada das influências do contexto histórico, social, cultural e econômico dos sujeitos. Por estar ancorado em opressões raciais, de gênero e classe, atravessado pela vivência de exclusão e marginalidade em uma estrutura social desigual fundamentada na noção de que basta vontade para obtenção do sucesso a

despeito das dificuldades enfrentadas e da disparidade de recursos, é no diagnóstico de ansiedade que Lara poderia encontrar a legitimidade constantemente negada do seu sofrimento ético-político.

4 AS CATEGORIAS PSICOPATOLÓGICAS E O DIAGNÓSTICO

No cotidiano de serviços de saúde, há algo que salta aos olhos dos profissionais: o apego ao diagnóstico apresentado pelos usuários. O diagnóstico surgia muitas vezes tão rapidamente quanto o próprio nome do usuário, revelando seu aspecto introdutório, necessário para apresentação e constitutivo do sujeito. A importância atribuída ao transtorno, correspondente ao conjunto de sintomas identificados como a razão do sofrimento vivenciado, ocasionalmente ultrapassava até mesmo o próprio desejo de cura. Por que questionar e buscar outras possibilidades para além do transtorno, que nem por isso são menos dignas de provocar sofrimento, causa tamanho incômodo e reatividade?

Compreender o papel que o diagnóstico passou a exercer na vida dos sujeitos na contemporaneidade é uma tarefa complexa. Exige, sobretudo, um olhar para os contornos históricos de como o estigma do transtorno mental tornou-se uma via de mão dupla, capaz tanto de limitar possibilidades de existência quanto de oferecer uma explicação para o que se sente, indicando um caminho a ser percorrido em direção à “melhora”.

Historicamente, a loucura se infiltra no tecido social pela mediação do controle exercido por ciências como a medicina e a psicologia sobre os corpos desviantes. Rose¹⁶ destaca o papel da psicologia, que se constitui como ciência social através do seu potencial como ferramenta para governo dos corpos, ocupando-se da administração dos indivíduos e construindo normas e expectativas de normalidade. A ética do individualismo e as técnicas de regulamentação tiveram importante papel para que a psicologia pudesse operar a partir de julgamentos que buscavam uma objetividade, neutralidade e efetividade, visando a regulação da existência¹⁶. Essa tarefa de adequação às expectativas sociais de conduta atribuiu legitimidade aos saberes como a psicologia e a psiquiatria, ao passo que também delimitou um lugar específico para aqueles que em determinado momento desviaram da normalidade - sob tutela das ciências da saúde.

Dessa forma, o diagnóstico surge como barganha para concessão de direitos e benefícios sociais, como pudemos perceber no atendimento à Sílvia. A usuária, que há muito tempo sofria com a dificuldade de encontrar um trabalho, desejava o laudo de deficiência mental, para que pudesse concorrer às vagas destinadas às Pessoas Com Deficiência (PcD)

nas empresas. Durante a interconsulta com a médica da equipe de referência, destacou saber que não seria uma inserção fácil, mas a despeito das dificuldades e da possível discriminação que enfrentaria com um diagnóstico de esquizofrenia, seria uma das poucas possibilidades dentro daquilo que é socialmente reservado para pessoas em sofrimento intenso.

Nesse sentido, a análise de Caliman¹⁷ acerca dos biodiagnósticos reforça a relação entre a racionalidade médica ocidental e a obtenção de espaço em um contexto social excludente. Embora frequentemente se pense que o diagnóstico permite uma desresponsabilização dos sujeitos pelos atos cometidos, na realidade estaria em voga uma nova forma de responsabilidade exigida. Uma vez diagnosticado, parte do tratamento é aceitar a mudança de estilo de vida, em uma automodelagem de acordo com as descrições do transtorno e as exigências de tratamento. Os indivíduos frequentemente apresentarão sensação de alívio ao aderirem à narrativa ofertada pelo transtorno pois, do contrário, sem a justificativa biológica, seriam percebidos como culpados, incapazes ou até mesmo problemáticos. O cidadão diagnosticado deve assumir um trabalho contínuo de autoavaliação, uso de medicamentos e modelação da conduta e do estilo de vida, conforme exige o tratamento¹⁷. Assim, Sílvia poderia conquistar um emprego, ainda que sob o estigma do diagnóstico e a necessidade de constante comprovação de que está seguindo a conduta prescrita para o transtorno correspondente.

A força das categorias diagnósticas torna necessário um olhar mais atento para a classificação empreendida pela nosologia psiquiátrica. Segundo Horwitz¹⁸, o sistema de classificação utilizado pela psiquiatria dá grande destaque aos fatores genéticos e bioquímicos como causas primárias das patologias mentais que, por derivarem de desequilíbrios bioquímicos, poderiam ser tratadas com medicamentos correspondentes. Parte importante deste processo é a equivalência das patologias mentais às doenças físicas pois, assim, seus sintomas podem ser igualmente retirados do contexto social e individual para serem estudados e tratados. Isso porque, se compreendemos as categorias diagnósticas dos manuais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) enquanto entidades naturais, que independem dos significados sociais que lhe são atribuídos, seu contexto pouco teria a acrescentar na análise médica.

Para além disso, Bezerra Júnior¹⁹ aponta que as categorias diagnósticas também são capazes de criar roteiros de identificação e designação das experiências de sofrimento, indicando a forma de responder a elas técnica e socialmente. Ou seja, juntamente à dimensão descritiva, sua força prescritiva atua sobre a forma que o sujeito pensa sobre si próprio, interpreta suas emoções e se relaciona com os outros. A rápida difusão de termos utilizados

pela psicologia e psiquiatria acompanhou o movimento da construção dos indivíduos como seres dotados de uma interioridade psíquica²⁰. A descrição pessoal passa a ser realizada em uma linguagem psicológica, com uso de termos como trauma, introversão, hiperfoco ou pensamentos intrusivos, em um movimento de individualização acompanhado da psicologização da vida coletiva¹⁶.

Os termos e traços patológicos passam a permear o imaginário social, construindo não apenas novas formas de falar sobre si, como também de entender a si mesmo e ao outro. Tal efeito performativo na questão diagnóstica seria inerente às práticas de nomeação, tendo sido intensificado pela ampla difusão dos diagnósticos psiquiátricos para o âmbito cultural e pelo acesso facilitado à informação técnica¹⁹. A ideia de performance é crucial para a obtenção do diagnóstico e para compreender seu aspecto coletivo. Caliman¹⁷ aborda o efeito socializante dos biodiagnósticos, pois indivíduos que outrora sofreram os impactos do estigma e da segregação agora podem se unir através de traços, sintomas e outras semelhanças referentes ao diagnóstico que compartilhem. As diferenças internas seriam eliminadas pela classificação psiquiátrica, passando a pertencer ao grupo com o qual dividem dificuldades e conquistas.

Os efeitos dessa forma de compreender o sofrimento e o diagnóstico são perceptíveis na postura profissional, que carece do acolhimento e de escuta qualificada, restringindo-se à assepsia da conduta. A história do usuário torna-se um detalhe diante do saber biomédico sobre o transtorno tido como fundamentalmente orgânico, ou até mesmo deve ser fonte de desconfiança, buscando encontrar a verdadeira causa de sua patologia ou aquilo que ele próprio desconheça sobre o que está sentindo. Resumidos a corpos biologicamente vulneráveis aos transtornos mentais, o diagnóstico surge como capaz de dar sentido ao sofrimento, fornecendo nome, motivo e tratamento para o mesmo. Embora a deslegitimação deste sofrimento seja parte de um contexto mais amplo de iniquidades sociais, os sujeitos agarram-se ao que se apresenta como a única saída, encontrando até mesmo um senso de comunidade e apoio entre pares também pertencentes às mesmas categorias diagnósticas. Constitui-se, assim, um lugar social de descrédito, mas também de mediação pelo diagnóstico, capaz não somente de conceder benefícios sociais e criar vínculos coletivos identificatórios, mas também atribuir legitimidade ao sofrimento ético-político, invisibilizado por seu próprio caráter social.

Adentremos, portanto, em mais algumas das formas pelas quais o sofrimento ético-político emergiu no cotidiano da clínica da família, com seus múltiplos atravessamentos que demonstram a complexidade do trabalho na ESF.

5 VULNERABILIDADE SOCIAL

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, 64,7% dos indivíduos que buscaram algum serviço de Atenção Básica possuíam renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo²¹. Considerando o perfil dos usuários dos serviços de saúde, não raro o sofrimento relatado era atravessado pela precariedade de condições sociais. A vulnerabilidade era expressa não somente através da renda em si, mas também pela precariedade do trabalho, o qual não se pode deixar sob pena de perder o único sustento da família. A vulnerabilidade social está relacionada ao acesso aos meios de comunicação, à escolarização, aos recursos materiais e ao enfrentamento de barreiras sociais, entretanto é fundamental frisar seu caráter relacional, não sendo uma característica absoluta e intrínseca ao sujeito - a vulnerabilidade existe em relação à determinada situação em certo tempo e espaço²².

Em que pese o papel das condições materiais em si, isto é, dos próprios determinantes sociais da saúde, no sofrimento, há um aspecto particular que se revelou nos atendimentos, que dizia respeito ao lugar que o indivíduo passava a ocupar perante outros a partir do momento em que a vulnerabilidade se traduzia em uma fragilização da saúde mental. Isso foi visto de maneira clara no atendimento de Maitê, uma professora que vinha apresentando episódios de desmaios e ataques de pânico ao sair sozinha na rua, acreditando que algo ruim iria lhe acontecer. Durante a interconsulta, a médica da equipe destacou que, embora houvesse iniciado o tratamento medicamentoso, notou uma clara relação dos "apagões" com questões de saúde mental. Maitê relatou não conseguir sair de casa sozinha e que se sentia um fracasso por não ter conquistado o que esperava na sua faixa etária, necessitando de auxílio financeiro da família para complementar sua renda. As dificuldades financeiras e as condições precárias de trabalho, que envolvia o cuidado com crianças, a consumia, pois não suportava necessitar do emprego, que mal era capaz de cobrir suas despesas, ao mesmo tempo que a instituição não ofertava condições adequadas para as crianças. Entre frequentes acessos de choro, afirmou sentir-se um peso e que há anos não saía de casa para se divertir por não acreditar que tinha esse direito, ainda que adorasse dançar.

Na situação em que vivenciam espaços estigmatizadores e vulneráveis, os sujeitos se percebem diferentes em razão da situação de sofrimento que experenciam, assumindo determinadas posições de sujeitos vulneráveis aos olhos dos outros, que por sua vez os percebem como incapazes de exercerem seus papéis sociais, fazer escolhas e tomar decisões²³. Aqui, é fundamental retomar o papel dos ideais neoliberais de sucesso e fracasso e seus impactos na percepção de si e dos outros. Não atingir a independência financeira e estar em

condições precárias de trabalho torna-se responsabilidade exclusiva do sujeito, que por sua vez não teria dado o melhor de si, a despeito de quaisquer desigualdades de condições que inicialmente existissem. Maitê percebia-se como um fracasso, que sequer teria direito à diversão, ainda que cumprisse jornadas extenuantes em seu emprego. Isso porque, se o trabalho leva ao sucesso, então a falta deste deve ser atribuída unicamente ao esforço insuficiente em ir além de si²⁴.

Diante da impossibilidade de reverter a crescente precarização do trabalho ou da mudança de emprego, os profissionais da ESF muitas vezes recorrem ao encaminhamento como principal estratégia de cuidado. Seja para serviços da assistência social ou para a própria eMulti, contrariando a premissa de compartilhamento do cuidado e corresponsabilização, o encaminhamento habitualmente reforça a especialização do cuidado e apaga a função da Atenção Básica no âmbito da saúde mental e suas articulações com outras ações e políticas de saúde²³. Deste modo, a dispensação de medicação para os sintomas torna-se a rota privilegiada de atenção à saúde, em detrimento do acolhimento do sofrimento do sujeito e seu fortalecimento para reivindicação de melhores condições de vida e trabalho.

6 VIOLÊNCIA RACIAL E SAÚDE

Embora seja uma temática comumente negligenciada nos serviços de saúde, a questão racial é essencial para a construção e execução de políticas públicas em saúde. Há sempre a tentativa de atribuir o sofrimento racial a outros fatores, como disparidades econômicas ou percalços interpessoais, sem, no entanto, nomear situações de violência e discriminação racial pelo que de fato são. Contudo, não considerar a influência de fatores raciais na gênese e na experiência do sofrimento é negar a própria determinação social da saúde.

Em um dos matriciamentos realizados pela eMulti, foi abordado o caso de Moacir, um jovem negro que apresentava delírios caracterizados por uma violência extrema. Anteriormente um ator do tráfico, a construção delirante de Moacir trazia elementos desta vivência, fazendo emergir um debate sobre a presença ou não de realidade – e ainda, validade - em sua narrativa. Como abordado anteriormente, a tentativa de separar o sintoma do contexto social tem um papel importante na alienação do sujeito do seu próprio sofrimento, autorizando os processos de destituição de si na medida que enxerga o sujeito sob a perspectiva da doença e da disfunção.

Os delírios estão profundamente relacionados ao contexto e a vivência do sujeito, à medida que sua estrutura é pensada e produzida para se relacionar com o mundo, trazendo

elementos que se vinculam à interpretação do sujeito da realidade, aos elementos culturais, territoriais e afetivos. O delírio é um fenômeno estruturado, que possui uma função para o sujeito: sua construção permite localizar-se no mundo enquanto sujeito ativo, sendo necessário não se limitar à descrição de fenômenos psicopatológicos que estariam à parte do indivíduo, mas buscar abordar a verdade transmitida pelo sujeito do delírio²⁵. Buscar desfazer-se dos atravessamentos da violência e da pobreza nas construções que os sujeitos fazem na relação com o meio denota uma escuta profissional condicionada, também, pela violência, no apagamento da experiência singular. Mais do que tentar identificar e distinguir elementos reais e fantasiosos, contextualizar o sofrimento de Moacir no cenário de violentas operações policiais na comunidade em que residia e de genocídio da população negra possibilita resgatar a dimensão do sujeito onde anteriormente só se visualizava o delírio.

O caráter desumanizante da racionalidade médica e do racismo é mascarado sob a pretensa objetividade do encontro entre um profissional de saúde e um usuário. A rapidez da rotina de trabalho, combinada à noção convencional de que se tratam corpos e órgãos dificulta o olhar atento a processos que podem ser vistos como intrínsecos ao indivíduo que busca o serviço, quando na realidade estão ancorados em um sofrimento racial. O não reconhecimento do racismo nas condições de saúde é exemplificado no paralelo empreendido na obra de Fanon²⁶, acerca do aparecimento de varizes em um trabalhador cuja jornada dura dez horas em pé. Se afirmarmos que as varizes surgem pela fragilidade da parede venosa e que o trabalho é uma mera condição favorecedora, a responsabilidade do empregador é ínfima. De maneira semelhante, podemos pensar que a análise que não considera o papel do racismo na produção e manutenção de adoecimentos, retira a responsabilidade pelo seu estado de saúde da estrutura e a direciona ao campo individual.

Nesta linha, atendemos algumas vezes Valter, em interconsultas, consultas individuais e em demanda espontânea, isto é, sem agendamento prévio. Tratava-se de um homem negro, de postura extremamente enrijecida, cujo relato da própria história se deu inicialmente de forma mecânica, almejando a maior objetividade possível, semelhante a um relatório técnico. Olhando fixamente para frente, sem alteração na postura, narrou ter buscado a Clínica da Família por ter sido internado com uma condição renal aguda que exigiu cirurgia, tendo sido alertado pelo médico do hospital de que precisava se cuidar. Referiu-se a todo momento à necessidade de retomar o controle de sua situação e arcar com sua responsabilidade consigo e com sua família, ao mesmo tempo que podíamos identificar pequenos pontos de ruptura por ter voltado o olhar, de alguma forma, para o cuidado de si. Era preciso estar bem para que pudesse seguir provendo para sua filha e para a ex-mulher, com quem, segundo o próprio,

teria um dever a cumprir. Em determinado momento, interrompe bruscamente seu relato e irrompe em choro.

Campos²⁷ discorre sobre a distância que homens adultos mantêm de práticas de prevenção e cuidado da saúde devido a construções sociais sobre masculinidade, tornando-os mais vulneráveis às questões de saúde. A associação da fragilidade e do cuidado ao feminino, bem como da invulnerabilidade e superioridade da força física aos homens leva a maior resistência dos homens de buscar serviços de saúde, especialmente de Atenção Básica. Quando adentram o sistema, habitualmente o fazem por serviços de média a alta complexidade, com maior gravidade, tal como a cirurgia de emergência que iniciou o processo de autocuidado de Valter.

Para além de fatores de gênero, em comparação aos homens brancos, homens negros possuem piores condições de escolaridade, renda, trabalho, habitação, acesso a saneamento básico e bens de consumo, sendo a taxa de mortalidade de homens negros maiores, desde óbitos por transtornos mentais, doenças infecciosas e parasitárias, quanto por causas externas, como homicídio²⁸. De acordo com o autor, a suscetibilidade e vulnerabilidade social e programática da população negra permite que os agravos pelos quais são acometidos sejam entendidos como fatos políticos, permitindo uma visão crítica sobre desigualdades raciais e sua interface com a saúde.

8 MAL-ESTAR DE GÊNERO E O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Aprofundando as relações entre interseccionalidade e saúde, é indispensável abordar a influência das questões de gênero no sofrimento dos usuários dos serviços, assim como sua relação com o uso de medicação psicotrópica como resposta privilegiada dos profissionais às suas demandas. Embora muito frequente nos relatos de mulheres, há também a necessidade de um olhar para as masculinidades, particularmente aquelas que destoam da masculinidade hegemônica socialmente imposta aos homens. Este era o caso de Daniel, usuário que, em um primeiro momento, fazia acompanhamento na clínica por ser soropositivo. Com queixas de ansiedade e uma alergia na pele correlata, conhecemos Daniel em uma consulta na qual esclareceu que, embora fosse homossexual, sua família não tinha conhecimento disso, tampouco que morava com seu namorado.

Daniel era comunicativo e não costumava apresentar dificuldade em falar sobre sua relação com o parceiro. Entretanto, foram necessários alguns encontros para que, enfim,

detalhasse a relação com a família e expressasse suas preocupações sobre sua sexualidade. Em determinada consulta, expôs o sentimento de obrigação em ser o “filho masculino”, pois seu irmão já era abertamente homossexual. Portanto, via-se na obrigação de assumir uma performance mais masculina e esconder sua sexualidade. Daniel reconhecia a influência de suas questões familiares no surgimento ou piora da alergia em sua pele, no entanto frequentemente afirmava acreditar que havia outros fatores clínicos envolvidos. Tendo em vista a problemática do diagnóstico, fica claro que por mais que haja o reconhecimento da influência de fatores sociais, emocionais e políticos na expressão do sofrimento, ainda há algo que falta para que tudo faça, de fato, sentido - um diagnóstico.

Porém, o caso que talvez tenha sido um dos atendimentos mais difíceis do ponto de vista de articulação intersetorial necessária e confronto com a falta de preparo profissional foi o de Ingrid, uma mulher negra que havia descoberto uma gestação indesejada, fruto de violência sexual. Após confrontar o namorado, Ingrid, que já era mãe, descobriu que este havia trocado seus anticoncepcionais durante semanas, ainda que ela houvesse deixado claro que não tinha o desejo de ter mais filhos. Durante a interconsulta com a enfermeira da eSF, ficou claro que Ingrid ainda não compreendia o que havia acontecido como uma violência sexual, embora exprimisse grande sofrimento e não saber como proceder diante da situação. Desejando realizar o abortamento, buscou a clínica, sem, no entanto, conseguir acesso ao procedimento de maneira legal. A profissional de enfermagem alegou que buscaria mais informações, mas que provavelmente não seria possível obter acesso ao procedimento, devido ao entendimento legal generalizado – e incorreto – de que o aborto legal só seria autorizado em caso de estupro no qual houvesse penetração forçada.

Houve a tentativa de articulação com outros profissionais da clínica e foi realizado contato com a maternidade da área programática, buscando saber sobre as possibilidades de realização do aborto legal. Para além da negativa, uma das preocupações que emergiu de profissionais na articulação com outros setores e serviços seria de que a usuária entrasse para a estatística de mortalidade materna. Mais do que as consequências físicas, psicológicas e sociais de uma gestação resultante de uma violência sexual, que por sua vez dificilmente seria legitimada como uma violência e, portanto, resguardado o direito da vítima de acesso ao aborto seguro e legal, a rigidez institucional reduziu o sofrimento de Ingrid ao número que poderia se tornar ao ser acometida por uma das mais graves consequências do aborto ilegal no Brasil. Foi ainda indicado, por uma das profissionais, que procurasse por inconsistências no relato de Ingrid, pois não seria possível ter certeza de que estaria dizendo a verdade.

Abordando como se constrói a verdade do estupro no acesso ao aborto legal, Diniz *et al.*²⁹ apontam que ocorre uma duplicidade de guardiões da lei penal e da imoralidade do aborto, levando os profissionais a assumirem práticas de inquérito das mulheres que acessam os serviços com esta demanda. Ainda que seja expressamente contrário à ética dos serviços de saúde assumir a função de determinar a veracidade do relato, uma vez que legalmente o testemunho da mulher é suficiente para o acesso ao aborto legal²⁹, essa prática segue sendo comum nas unidades. Cabe destacar que as mulheres mais vulneráveis à interrupção de uma gravidez de modo inseguro são negras, jovens, com filhos e de baixa renda³⁰, aumentando também a probabilidade de complicações do aborto.

O não entendimento de que a troca não consentida do anticoncepcional era uma violência, impedindo o uso do método contraceptivo de escolha, não apenas impediu o acesso ao direito, mas dificultou a oferta do acolhimento adequado ao sofrimento de uma gestação fruto de violência sexual. O profissional de saúde, ainda que não possua formação específica em saúde mental, deve estar capacitado para lidar com aquilo que o sujeito que busca o serviço traz, ofertando escuta qualificada e acolhimento, isto é, reconhecer a fala do outro como legítima e singular necessidade de saúde³¹.

A negação de direitos é uma das faces do racismo e de seu impacto nas iniquidades de saúde. Quando no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, identifica-se o direcionamento da necropolítica aos corpos de mulheres negras, com histórico de violências e abusos sexuais e negação do direito à vida através da desassistência nos serviços de saúde³².

Diante de “só tudo isso”, um alívio: a promessa de que os psicofármacos apaguem a dor do sofrimento ético-político, tornando a prescrição da medicação a solução aos impasses na Atenção Básica, a despeito da redução das ferramentas de cuidado aos remédios. Tal resposta aos desafios enfrentados pelas eSF para o cuidado em saúde mental contrariam a proposta da criação do Programa de Saúde da Família para superação da tradição medicalizante³³. Como consequência, há um uso inadequado de benzodiazepínicos, particularmente na AB, onde é favorecido pela pouca apropriação do cuidado em saúde mental pelos profissionais, pela fragmentação do cuidado, pela sobrecarga com outras questões de saúde consideradas prioritárias, por dificuldades relativas aos recursos terapêuticos e pelo pouco investimento em formação específica¹⁴. Assim, contribui-se para o aumento do número de usuários que buscam o alívio de sintomas que poderiam ser cuidados com recursos terapêuticos alternativos, gerando uma imbricação entre medicação e sujeitos limitante das possibilidades de vida para além do remédio³⁴, bem como o apagamento das raízes sociais do sofrimento.

A prática profissional corroborou com os dados existentes na literatura: o uso abusivo de benzodiazepínicos, por períodos superiores ao curto prazo indicado na bula, era majoritariamente feminino. Em consonância, Simões-Barbosa e Dantas-Berger³⁵ sinalizam a dependência de psicofármacos como uma alternativa para sustentar uma situação social problemática, apagando as influências do gênero no sofrimento. A prevalência do uso de benzodiazepínicos entre mulheres demonstra a medicalização daquilo que as autoras denominam como um mal-estar de gênero, isto é, os sintomas oriundos de um sofrimento ancorado na desigualdade e na violência de gênero em uma estrutura patriarcal e machista. Os psicotrópicos cumpririam a função de uma mordalha química, atuando como calmantes que permitem o exercício das funções conforme silenciam os sintomas indesejados, classificados em transtornos como a ansiedade e a depressão.

Perrusi⁹ aponta que a hegemonia dos valores biomédicos no campo da saúde mental biologiza o processo saúde-doença. A captura do sofrimento pela biomedicina é mediada pelo uso de psicotrópicos como principal escolha de tratamento, cuja eficácia garantiria a legitimidade do processo de biologização do sofrimento. Com isso, opera-se a subsunção do sofrimento à dor, ou seja, este passa a ser compreendido apenas nos limites de suas manifestações sintomáticas, passíveis de serem solucionadas através da medicação.

Ainda que a psiquiatria tenha promovido a equiparação dos transtornos mentais às doenças físicas, o estigma acerca da doença mental permanece, privilegiando os adoecimentos com evidentes causas orgânicas. No atendimento individual de Tábata, foi possível observar a materialidade da dor física, como forma ainda mais incisiva de trazer legitimidade ao sofrimento experienciado. De início, foi constatado pela usuária que havia um diagnóstico de fibromialgia, notoriamente predominante em mulheres³⁶. A todo momento, Tábata enfatizava suas dores físicas, tão incapacitantes que pensava em renunciar ao cuidado com a filha para que ela morasse com o pai, priorizando seu bem-estar. Ao relatar suas dificuldades, sempre ressaltava estar fisicamente incapacitada, como modo de atribuir legitimidade ao sentimento de desânimo e isolamento social. Para além dos contornos de gênero, constata-se a fragmentação da saúde física, compreendida como uma entidade à parte e mais legítima, em concordância com as noções de separação de corpo e mente. Ao sujeito fragmentado, resta localizar no diagnóstico as origens físicas e mentais de um sofrimento, sobretudo, social.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS: REINTEGRANDO A SAÚDE

O percurso empreendido no presente trabalho desvelou uma grande separação dos sujeitos de seu próprio sofrimento, desdobrando-se em uma abordagem descontextualizada e desimplicada dos profissionais de saúde. Ao discorrer sobre o processo de expropriação da saúde e iatrogênese social, isto é, os efeitos da intervenção médica na ordem social, Illich³⁷ aponta a medicalização das categorias sociais como uma forma de controle social pelo diagnóstico. A iatrogênese, em suas diferentes formas e modalidades, compromete a autonomia dos indivíduos, destituindo-os de sua capacidade de entender e cuidar de sua própria saúde à medida que são submetidos aos cuidados médicos, sobretudo através de intervenções medicamentosas. O uso do diagnóstico como barganha para atribuir legitimidade ao sofrimento ético-político tem cumprido um papel importante na construção de uma ordem social dependente do saber biomédico, expropriando a saúde à medida que apaga os contornos históricos e sociais dos sintomas e destitui os sujeitos de suas possibilidades de articulação para luta por melhores condições de vida.

Ao final do percurso desta pesquisa avaliativa, foi iniciado um grupo na Clínica da Família em parceria com um Centro de Convivência. Inicialmente pensado para usuários de medicação psicotrópica, optou-se por uma abordagem diferenciada: o foco não poderia ser a doença ou a medicação, considerando a rigidez e o apego dos usuários ao uso de psicotrópicos. O objetivo do grupo era pensar possibilidades de vida para além da clínica e, assim, discutíamos temas como lazer, bem-estar, autocuidado e cultura, organizando passeios e estimulando a retomada de atividades que traziam prazer. O olhar para si e a formação de vínculos dentro do próprio grupo permitiam que os usuários, inclusive aqueles tidos como problemáticos e com vínculos frágeis com a instituição de saúde, se sentissem confortáveis para expressar suas angústias, como o fato de nunca terem ido ao cinema ou terem deixado de exercer atividades que anteriormente lhe faziam bem. O destaque para a produção de vida partiu da escolha metodológica de retirar o foco da doença, retomando o lugar do sujeito que sofre como centro do acolhimento e das intervenções. A multiplicidade de ferramentas de cuidado neste nível de atenção deve ser apropriada pelos profissionais de saúde, transformando a lógica de cuidado anteriormente resumida à prescrição, em detrimento das tecnologias leves.

O não reconhecimento do papel de fatores como a pobreza, a violência, as desigualdades e as iniquidades sociais no sofrimento ético-político dá continuidade ao processo apontado por Martín-Baró³⁸, de um fazer em Psicologia que mantém a dependência

dos povos ao localizar no indivíduo a fonte do sofrimento. Atribuir legitimidade ao sofrimento sem necessariamente vinculá-lo ao diagnóstico, validando-o enquanto fruto de uma complexa rede de opressões que podem se intercruzar, possibilita superar a cumplicidade dos profissionais de saúde às injustiças sociais que afligem os sujeitos e coletividades. Ao não individualizar um sofrimento coletivo, subverte-se o uso do sistema de saúde como instrumento para a manutenção da ordem estabelecida, abandonando a proposta de ações descontextualizadas para dar espaço ao sujeito integral, restituído do saber sobre seu próprio sofrimento ético-político.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p.
2. Conselho Nacional de Justiça (BR). Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Diário da Justiça Eletrônico/CNJ*. 2023 fev 27.
3. Altino L. Criticadas por psiquiatras e incentivadas por Bolsonaro, comunidades terapêuticas para dependentes químicos serão ampliadas pelo governo Lula. *O Globo* [Internet]. 2023 set 29 [cited 2024 Mar 16]. Available from: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/09/29/criticadas-por-psiquiatras-e-incentivadas-por-bolsonaro-comunidades-terapeuticas-para-dependentes-quimicos-continuam-no-atual-governo.ghtml>.
4. Almeida DR, Soares JNC, Dias MC, Rocha FC, Andrade Neto GR, Andrade DLB. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online)* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 22];12:454-9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1053048>.
5. Sawaia B. Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia B, organizadora. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 97-118.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*. 2023 maio 22.
7. Flick U. *Introdução à metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Penso; 2013. 256 p.
8. Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica da observação participante na Saúde Coletiva. *Physis (Rio J)* [Internet]. 2013 [cited 2024 Mar 16];23(2):511-29. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>.
9. Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Soc* [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 16];27(1):139-60. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015017>.

10. Cardoso FM, Campos GWS. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 16];25(4):1251-60. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.10852019>.
11. Kleinman A. Everything that really matters: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. *Harv Theol Rev* [Internet]. 1997 [cited 2024 Mar 16];90(3):315-36. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0017816000006374>.
12. Birman J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: Quinet A, organizador. *Psicanálise e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 21-9.
13. Carneiro MP, Veras LM, Fernandes CSGV, Vieira MCS, Rios GBM, Costa LB. Avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária objetivando a redução de estigma aos transtornos mentais. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 20];17(44):2766. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2766](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2766).
14. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 20];35(6):e00097718. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00097718>.
15. Chiaverini DH. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. 236 p.
16. Rose N. Psicologia como uma ciência social. *Psicol Soc* [Internet]. 2008 jun [cited 2024 Mar 22];20(2):155-64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000200002>.
17. Caliman L. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. *Cad Subjetividade (PUCSP)* [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 22];1:112-9. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cadernossubjetividade/article/view/38495/26164>.
18. Horwitz AV. A proliferação das patologias mentais. In: Horwitz AV. *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press; 2002. p. 1-315.
19. Bezerra Júnior B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Zorzanelli R, Bezerra Júnior B, Costa JF, organizadores. *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2015. p. 9-32.
20. Rose N. Como se deve fazer a história do eu? *Educ Real* [Internet]. 2001 jul [cited 2024 Mar 22];26(1):33-52. Available from: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/53991>.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
22. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2014 mar [cited 2024 maio 12];17(1):69-84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.
23. Tonin CF, Muniz Barbosa TA. A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social. *Tempus Actas Saude Colet* [Internet]. 2018 [cited 2024 maio 12];11(3):50-68. Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281>.
24. Ehrenberg A. *The weariness of the self: diagnosing the history of depression in the contemporary age*. Quebec: McGill-Queen's University Press; 2010. 378 p.
25. Briggs R, Rinaldi D. O sujeito psicótico e a função do delírio. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2014 set [cited 2024 maio 12];17(3):416-30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p416-3>.

26. Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA; 2008. 194 p.
27. Campos DS. Direitos sexuais e reprodutivos no campo das masculinidades: uma breve revisão. *Rev Praia Vermelha* [Internet]. 2019 [cited 2024 maio 27];29(1):255-76. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/article/view/14943/14721>.
28. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2005 jan [cited 2024 maio 27];10(1):71-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100013>.
29. Diniz D, Dias VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev Bioet* [Internet]. 2014 [cited 2024 maio 27];22(2):291-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010>.
30. Goes EF, Menezes MS, Almeida MCC, Araújo TVB, Alves SV, Alves MTSSB, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [cited 2024 maio 27];36:e00189618. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 16 p.
32. Saraiva VCS, Campos DS. A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 [cited 2024 maio 27];28(9):2511-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.05182023>.
33. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 [cited 2024 maio 28];15:3615-24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.
34. Pereira EL, Cortez LCA, Fontes FF, Silva MFS. Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica. *Rev Polis Psique* [Internet]. 2021 [cited 2024 maio 28];11(2):51-71. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2021000300004.
35. Simões-Barbosa RH, Dantas-Berger SM. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2024 jun 10];33(1):e00120816. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120816>.
36. Souza JB, Perissinotti DMN. The prevalence of fibromyalgia in Brazil: a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. *BrJP* [Internet]. 2018 out-dez [cited 2024 jun 10];1(4):345-8. Available from: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>.
37. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975. 164 p.
38. Martín-Baró I. *Psicologia social para a América Latina: o resgate da psicologia da libertação*. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2011. 320 p.