

A aposta na medicação

Rafael do Carmo Teixeira¹⁴⁹

Gleicielly Zoppelaro Braga¹⁵⁰

Resumo:

Por que o Sistema Único de Saúde (SUS) aposta na medicação? Este é o questionamento que norteará o trabalho e no qual o leitor é convidado a se embrenhar enquanto faz sua aposta pessoal na leitura do texto. A importância desta questão se dá a partir do momento em que o gasto público do SUS com medicamentos aumentou exorbitantemente nos últimos anos – em especial com os denominados psicotrópicos, nos quais este artigo enfocará. E, para além, no processo de medicalização em geral, isto é, a transformação de problemas cotidianos em questões médicas. Para o endereçamento destas questões, faremos um ensaio bibliográfico partindo do *analisein* heideggeriano. Ao final, se desvela as medicações enquanto mandingas da modernidade e sendo sua manutenção devido à ausência de alternativas; por isso, a essencialidade da atuação no SUS como uma prática desmedicalizante.

Palavras-chave: Medicalização; Sistema Único de Saúde; Patologização.

Abstract:

Why the Health Care System (HCS) bets in medications? This is the question which the reader is invited to as while makes its bet in the reading of this text. The importance of this question is due to the great increasing of public spent with medications in the last years on the HCS – specially those called psychotropics, in which this article will focus. And, beyond, on the processes of medicalization in general, this is, the turning of day to day issues into medical issues. To address this questions will be performed a bibliographic rehearsal using the heideggerian *analisein*. At the end, it will be found that medications as a modernity mysticism and its maintaining due the absence of alternatives and thus the essentiality of HCS as a demedicalization practice.

Keywords: Medicalization; Unified Health System; Pathologization.

Introdução

Apostar é colocar seu ser a prova – assim pode-se compreender melhor a famosa aposta de Pascal (2003)¹⁵¹. No que se aposta? Naquilo que é mais vantajoso, ou, em que se acredita ganhar, nisto, seu ser está entrelaçado temporalmente entre sua decisão e a conclusão. O jogo de Poker pode ser utilizado como exemplo clássico de aposta, pois é só futuramente que será decidido, porém, sua mão está comprometida desde já. É dessa maneira, neste “terá-sido” que toda aposta é feita. Por que apostar na medicação? Eis uma pergunta crucial para todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Vê-se, claramente, que sua aposta tem sido mesmo esta, afinal, um

¹⁴⁹ Psicólogo do Conselho Tutelar e da Clínica de Saúde Mental de Saguarema, além de mestrando do Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) - UERJ, Fiocruz, UFRJ e UFF.

¹⁵⁰ Docente do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UniFase) e doutorando do Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) - UERJ, Fiocruz, UFRJ e UFF.

¹⁵¹ O autor diz: “‘Deus existe ou não existe’. Mas para que lado nos inclinaremos nós? A razão nada pode decidir: há um caos infinito a separar-nos. É uma partida que se joga na extremidade dessa distância infinita, e em que dará cara ou coroa. Que apostareis vós?” (Pascal, 2003, p. 135-136).

acréscimo de 1.029,67% no valor bruto gasto com medicamentos em psiquiatria pelo SUS foi visto entre os anos 1999 e 2005, segundo Dias e Muhl (2020). Tendo em vista os aumentos das prescrições nos últimos anos, conforme Vilela *et al* (2021), é difícil imaginar um gasto menor hoje em dia. Citou-se as medicações psicotrópicas porque estas serão o enfoque deste texto. Pois bem, se a aposta do SUS tem sido na medicação, será essa aposta a mais vantajosa? Por que é na medicação que se aposta? São questões as quais irão nortear e rodear todo esse texto; rodear, pois, nunca se tratará de respondê-las diretamente, uma questão é uma abertura e enquanto tal deve ser vagarosamente aproximada, e levada ao limite no sentido de que então neste limiar se veja algumas indicações responsivas.

Qual é a importância desses questionamentos? Pode-se citar o aumento de 50,34% na prescrição de psicotrópicos em 2020, os sintomas cada vez mais frequentes de ansiedade e depressão em conjunto com as medicalizações destas, segundo Sousa *et al* (2022), o já citado aumento no gasto público com estes medicamentos; podendo também nesta via ser mencionado que os Estados Unidos gastou 25 bilhões de dólares em antidepressivos e antipsicóticos em 2007, segundo Whitaker (2017).

Ademais, como dizem Amarante e Freitas (2017), a epidemia de drogas psiquiátricas é um dos aspectos mais importantes da medicalização do homem no mundo contemporâneo. A medicalização sendo o tornar componentes inerentes à existência humana em designações e nosografias médicas/científicas, isto é, a tendência de considerar as dificuldades da vida cotidiana enquanto problemas médicos, solucionáveis através de medicações, segundo Dantas (2009). Nesta via, vale mencionar que a medicalização interfere e interdita a ação independente dos seres humanos no que tange à sua própria produção de saúde, para Carvalho *et al* (2015). Destarte, os questionamentos postos no parágrafo anterior se colocam como essenciais para se compreender a mola da medicalização e a aposta na medicação, seus efeitos e condicionantes.

Metodologia

Tratar-se-á de um ensaio bibliográfico conforme definido por Minayo (2003) e terá seu desenvolvimento tecido como o traçar e o destrear de uma colcha com o rodear das perguntas postas e as aberturas advindas destas. Como Heidegger (2012) mostra brilhantemente, se trata do *analisein*, conforme descrito por Homero (2002), quando Penélope, ao esperar o retorno de seu marido Ulysses, engana seus pretendentes, passa a manhã tecendo uma colcha, destecendo-a à noite, para que toda manhã recomece o tear. A enganação é porque houvera prometido que

se entregaria a um desses pretendentes assim que a colcha fosse terminada – o que nunca se concretizou.

É nesse movimento que se dará o presente texto, num tecer e destecer de questões e direcionamentos sem os fechar, recomeçando a todo o tempo uma nova colcha. O quadro final resultará nesta colcha que existe na medida em que inexistente, é nesta dialética que se permite a consideração deste método – o caminho é sempre novo, pois, ao fazer, se desfaz. Solicitamos a aquele que nos lê que nos acompanhe nesta caminhada como que num andar pelo interior de uma mata, sem mapa, sem conhecimento prévio. Só resta se embrenhar nesta e apostar que dará em algo. Qual será sua aposta, leitor?

Medicalização e o SUS

Ao se adentrar nesta mata é necessário cautela, atenção, porque sua densidade assusta e por isso antes de nos arremetermos diretamente a questão: “Por que é na medicalização que se aposta?”, primeiramente, se deve melhor localizar a medicalização e do que esta trata. Que seja o tomar do discurso médico pelo cotidiano, quando as ações do dia a dia se tornam questões médicas, foi exposto. No entanto, o que poderia ocasionar tal ocorrência? Por que nossa sociedade é medicalizada? Não nos cabe responder uma questão tão grande senão dimensioná-la. Para o escopo deste trabalho, o foco será na psiquiatria e nos psicofármacos. Assim, é mister mencionar Whitaker (2017) e como este mostra o desenvolvimento do pensamento psiquiátrico em conjunto com o avançar tecnológico dos remédios em geral, de forma que certas medicalizações que não estavam sendo pensadas enquanto direcionadas para tratamentos mentais passaram a ser, após descobertas de determinadas ações não esperadas e futuros testes pouco controlados:

Foram essas as drogas que desencadearam a revolução psicofarmacológica. No curto espaço de três anos (1954-1957), a psiquiatria ganhou novos medicamentos para acalmar os pacientes agitados e maníacos nos manicômios, para a ansiedade e para a depressão. Mas nenhuma dessas drogas foi desenvolvida depois de os cientistas identificarem algum processo patológico ou anormalidade cerebral que pudesse causar esses sintomas. Elas provieram das pesquisas pós-Segunda Guerra Mundial para encontrar pílulas mágicas contra doenças infecciosas, quando os pesquisadores, durante esse processo, tropeçaram em compostos que afetavam o sistema nervoso central de maneiras desconhecidas. Os testes da clorpromazina, do meprobamato e do clordiazepóxido com animais revelaram que esses agentes cerceavam acentuadamente as respostas físicas e afetivas normais, porém o faziam sem causar perda da consciência (Whitaker, 2017, p. 69).

Posteriormente relaxantes musculares desenvolvidos para utilização na psiquiatria, por serem “domesticadores”, viraram “normalizadores do humor”, estimulantes psíquicos

“antidepressivos”, assim sucessivamente com os “antipsicóticos”, diz Whitaker (2017). Portanto, é evidente que a medicalização da sociedade se deu com o avanço do discurso psiquiátrico, comercialização, expansão e lobby para suas drogas.

Pascal Bruckner (2000), afirma que estamos em uma cultura alérgica ao sofrimento. Desde o Iluminismo há uma aposta obtusa no avanço científico e social a ponto de curar todos os males de nossas vidas. É bem esse o mundo prometido pelo discurso psiquiátrico e as suas medicações, não é? De forma que, por viverem em uma sociedade que anestesia e seda os sintomas, o médico e o seu paciente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade: “O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu?”, pergunta Tesser (2006).

Destaca-se que, em meio medicalizado, a dor perturba e desnorteia a vítima, tendo essa apenas o recurso do tratamento médico. Portanto, a medicalização gera um ciclo vicioso de consumo e produção, se torna presa de sua própria falácia. Ao gerar constantemente demanda para si, não consegue suprir esta demanda. Por exemplo: gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões e ferimentos, tristezas e afins passam a ser mais e mais medicalizados, carentes, situações demandantes de prescrição médica. Ou seja, é a bola de neve infundável da demanda espontânea por atenção médica para todos os tipos de problemas. Por quê? Porque a aposta é no remédio, no médico. Não há alternativas. Em suma:

O uso abusivo de medicamentos na atualidade parece ser um dos traços significativos de nossa cultura ocidental, na qual impera a convicção de que o mal-estar, bem como o sofrimento de todo gênero, deve ser abolido a qualquer preço. A medicalização da vida tem se tornado cada vez mais, na sociedade ocidental moderna, um dos caminhos mais eficientes e rápidos para amenizar o sofrimento psíquico e os problemas que nos assolam cotidianamente. Neste sentido, o psicofármaco aparece como uma solução técnica para eliminar nossas inquietações, diante de uma sociedade que nos impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente (Dantas, 2009, p. 564).

Assim, os medicamentos se tornam fórmulas capazes de proteger e melhorar a saúde, são os heróis da atualidade, curam enfermidades e apaziguam nossos sofrimentos. Adquirindo determinada medicação, nos tornamos imunes às mazelas do corpo e acontecimentos da vida, segundo Dantas (2009), ou, ao menos, é assim que parece, e tal é a demanda que chega ao SUS. Ora, então, hoje em dia, quaisquer dificuldades ou mazelas se querem medicar. A demanda é esta. Todavia, antes de aprofundar no Sistema Único de Saúde e sua posição neste imbróglio, cabe o questionamento da efetividade das medicações, o que fazem? Qual a explicação para suas prescrições?

Whitaker demonstra com muita clareza o lobby da indústria farmacêutica a fim de lucro com a venda dessas medicações e o embarque da psiquiatria nesta rota, utilizando-se dos medicamentos para coroar-se efetivamente enquanto ciência, equiparando-se aos demais ramos da medicina. De modo que as pretensões absolutizantes das ciências naturais, em maior especificidade neste caso, as da medicina, norteiam o projeto moderno da compreensão da subjetividade humana enquanto tecnificação, sendo essa reduzida a um complexo de sistemas neuronais que, quando estão em desequilíbrio, originam um processo de adoecimento, segundo Dantas (2009).

A eficácia, portanto, das medicações, se dariam por equilibrar a química cerebral. Dessa forma, uma explicação para a depressão seria um déficit de serotonina e a da psicose uma problemática com a dosagem de dopamina. Para cada um desses transtornos, uma deficiência ou complicação em um neurotransmissor no qual o remédio agiria e equilibraria. Porém, já se demonstrou que a descoberta mesmo dos psicotrópicos se deu por vias alternativas, estavam sendo testados e pensados para outros motivos. Também, para explicação do desequilíbrio químico a ordem foi errônea – primeiramente se descobriu onde as medicações, sendo já utilizadas em pacientes psiquiátricos, agiam e, então, se supôs que se agiam por lá e pareciam surtir efeitos positivos, deveria haver algo de errado por ali. Conforme Whitaker:

Embora essa hipótese [deficiência das catecolaminas e serotonina nas vias neurais] tenha limitações óbvias – nas palavras de Schildkraut, ela foi, “se tanto, uma supersimplificação reducionista de um estado biológico muito complexo” –, estava erigida a primeira pilastra da construção da doutrina hoje conhecida como “psiquiatria biológica”. Dois anos depois, pesquisadores erigiram a segunda: a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia (Whitaker, 2017, p. 77).

No entanto, ambas as hipóteses nunca foram comprovadas e seguem sendo afirmadas tão simplesmente devido ao uso ininterrupto de antidepressivos e antipsicóticos:

Passei os primeiros anos da minha carreira num regime de dedicação exclusiva a pesquisas sobre o metabolismo da serotonina cerebral, mas nunca vi nenhuma prova convincente de que algum distúrbio psiquiátrico, inclusive a depressão, resultasse de uma deficiência da serotonina cerebral, disse David Burns, um psiquiatra de Stanford, em 2003 (Whitaker, 2017, p. 87).

No fim da década de 1980, “estava claro que a hipótese de desequilíbrio químico na esquizofrenia – a de que esta seria uma doença caracterizada por um sistema dopaminérgico hiperativo – havia caído estrondosamente por terra” (Whitaker, 2017, p. 90).

Se a explicação para a prescrição da medicação é uma farsa, para que serve a medicação? Na realidade, Whitaker demonstra com rigor que, mesmo as pesquisas que corroborariam a

utilização de antipsicóticos a antidepressivos, quando analisadas com critérios adequados não apontam nenhuma vantagem na utilização destas em comparação às épocas em que não existiam ou com o grupo controle. Na realidade, conforme diz, e

se desvendarmos uma história de outra natureza – uma história que mostre que as causas biológicas das doenças mentais continuam por ser descobertas, que, na verdade, os medicamentos psiquiátricos vêm alimentando a epidemia de doenças mentais incapacitantes – o que dizer? (Whitaker, 2017, p. 29).

Ou seja, não apenas os psicotrópicos não equilibram a química cerebral como comprovadamente a desequilibram e geram, não apenas por este desequilíbrio, mas pelo discurso geral da medicalização, os próprios transtornos aos quais fingem tratar. Uma lógica perversa onde se vende um tratamento que não trata para um transtorno criado.

Neste ponto, se enquadra o questionamento em relação a posição do SUS neste contexto. É importante destacar que, numa sociedade medicalizada, o sistema de saúde desta será necessariamente demandado a suprir tal situação, isto é, numa cultura cuja demanda por medicação é gigantesca e avassaladora, o sistema de saúde desta será chamado a responder por tal condição. Para tanto, é essencial compreender qual resposta deve ser dada então pelo SUS, ou seja, caberá medicalizar ou combater esta lógica? Que a resposta seja a do combate não simplifica a questão, afinal, quando o usuário vem solicitar medicação devido a seu sofrimento, como agir? O que ofertar? Nesta cultura onde não se tolera o sofrimento e o sistema de saúde é onde se vai demandar a solução deste, o que fazer? É dessa maneira que as medicações são prescritas em sua ampla maioria, pois, de fato, sua única função é esta – arrefecimento sintomático de curto prazo. Diminuição de sofrimento para hoje, nada mais. Conforme diz Tesser:

A vinculação do combate aos sintomas com o saber médico é ambígua. Ela se dá pelo dever ético de sedar a dor e aliviar o sofrimento, como regra geral e arremedo de doutrina médica. No entanto, isso se confunde com o comodismo profissional e com a impotência do saber biomédico ao se defrontar com queixas e sofrimentos não enquadráveis na grade nosológica. Não podendo dar sentido ou interpretação satisfatória aos adoecimentos e queixas, ficando com diagnósticos descritivos, o médico tem de recorrer a noções vagas de somatizações, distúrbios funcionais e/ou psicológicos, com os quais a proximidade do saber da biomedicina é pequena. Tais sintomas são, provavelmente, a maioria do que é relatado pelos pacientes. Daí a válvula de escape da inibição de sintomas, altamente medicalizante e de apelo quase irresistível. Doutra parte, mesmo quando se conseguem definir diagnósticos, muitas vezes, a terapêutica restringe-se ao combate aos sintomas (Tesser, 2006, p. 354).

Ademais, dentro do próprio Sistema Único de Saúde, como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁵², o uso de psicotrópicos é avaliado como fundamental para o tratamento, afirmam Dias e Muhl (2020).

Aqui se faz mandatório mencionar alternativas e possibilidades a serem implementadas ou que já foram, de alguma maneira, experimentadas dentro do SUS. Dentre estas, as Rodas de Diálogo (RD), conforme Dias (2017), baseadas no chamado Open Dialogue, segundo Aaltonen; Seikkula; Lehtinen (2011), no qual o enfoque está em última instância na medicação, a princípio partindo-se da fala e da escuta do paciente em surto. Tal qual o trabalho com as oficinas de ouvidores de vozes, segundo Tavares *et al* (2018). Enfim, todo e qualquer trabalho onde se trate de efetivamente dar voz e escuta aquele que está em surto ou sofrimento sem uma tentativa sumária de tamponamento destes a partir da medicação.

É importante mencionar também as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), aprovada pela Portaria GM nº 971, de 03 de maio de 2006, as quais, enquanto Políticas Públicas, foram pensadas no sentido justamente de uma ampliação de práticas do SUS, a fim de saída da lógica medicalizante; no mínimo, de que houvesse uma expansão de possibilidades de atuações para além da medicalizante. Contudo, o que se encontra normalmente é que as PICS se tornaram mero maquinário técnico na roda medicalizante.

Assim, é bem evidente que, no cotidiano do Sistema Único de Saúde, são poucas as alternativas à lógica absolutista de apostar na medicação, e com a crescente demanda é bastante conturbada a prática efetiva da desmedicalização (em oposição a medicalização, em alternativa à medicamentação). Quando se está na ponta e em relação direta com os colegas e usuários, ao se deparar com um surto ou um grande sofrimento, como não encaminhar a um psiquiatra sem passar por negligente? Como não medicar sem negligenciar? A estrutura já é toda pensada em conceitos e articulações medicalizantes. A fim de ampliar este debate, abaixo se exemplificará com alguns casos fictícios, mas baseados no cotidiano da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs).

Uma aposta distinta

Será necessário resumir estas histórias a fim de que não excedam a sua função neste texto. O primeiro caso: que se imagine um usuário com diagnóstico de psicose e epilepsia (quantos diagnósticos de epilepsia são dados somente após o eletroencefalograma?). Por quê? Soa evidente, sofria de crises epiléticas com algumas constâncias no decorrer de sua vida. O

¹⁵² Dispositivo criado com a Lei Antimanicomial de 2001, a fim de que os pacientes com transtornos psiquiátricos fossem tratados de forma distinta da lógica institucionalizante.

enfoque para nós bastará no momento em que adentra no que ninguém tardaria a denominar uma depressão profunda. Mal saía da cama, se higienizava e alimentava apenas com auxílio. Afirmava não querer viver sem a companhia de um antigo companheiro abusivo. Situação limite, o que fazer?

Primeira coisa que passa na cabeça de todos é avaliar medicação. Essa já demonstrada mandinga da modernidade. E, claro, isso evidentemente passando pelo psiquiatra. Emergência psiquiátrica ou avaliação psiquiátrica em território se tornam as únicas alternativas de uma situação cujo único contorno se chama depressão grave. Por quê? Poderia, afinal, ser normal seu estado. E se tivesse um histórico de demandar tutela, acentuado pelos períodos de longa internação? Não haveria remédio que daria conta de sua condição, tampouco, que a desencadeasse. O que se poderia oferecer? O necessário: tempo. Para que lidasse ela mesma com suas dores e questões. Vale o questionamento se haveria alguma medicação no mundo que poderia tê-la tirado da cama antes ou a fazer se higienizar, a avaliação psiquiátrica constituindo um teatro, a fim de que ninguém olhe, de fato, para o cerne da situação.

Outro caso: uma usuária sem nenhum diagnóstico fechado, porém, que também sofria de convulsões e crises epiléticas. Por ser usuária intensa de álcool, até certo ponto, as suas crises foram correlatadas ao abuso deste. Carbamazepina foi prescrita. Pois bem, outra coisa curiosa, essa usuária convulsionou por mais de 10 minutos sem nenhuma sequela neurológica e o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), ao chegar e a avaliar, julgou desnecessário sequer a levar na maca, fazendo-a andar até a ambulância, com claro menosprezo à situação experimentada. Seria negligência do SAMU ou o factível de que, organicamente, não tinha nada demais? Poderia o álcool e sua prescrição responderem por seu sintoma? Estava medicada quando ocorreu esta crise; havia utilizado álcool, mas em baixa quantidade. Em diversas outras oportunidades, usou de forma mais substantiva sem ter nenhuma crise. Porém, o que se escutava era necessidade de avaliação psiquiátrica, rever medicação e tratamento para o abuso etílico. Ninguém escutava a usuária, claro.

No último caso, gostaríamos de aproveitar para esboçar toda uma lógica do pensamento psiquiátrico/medicalizante. Acompanhou-se um usuário para consulta psiquiátrica e o foco era um laudo, requisito legal para as mais diversas categorias de direitos. Era curioso seguir os questionamentos e perceber, em cada pergunta, sua motivação e prescrição futura. Por exemplo: “Sente-se triste? Ansioso? Quanto?”. Bastava, ali, apenas um sim para que os antidepressivos e os benzodiazepínicos entrassem na jogada. É esse o escopo do pensamento e questionamento psiquiátrico – para tristeza: sertralina, fluoxetina e afins; para ansiedade: clonazepam, diazepam e outros benzodiazepínicos; para delírios e alucinações: risperidona, olanzapina e demais

antipsicóticos. Porém, cuidado! Se há mania no histórico e no presente, nada como um lítio ou semelhante para resolver. É isso, nada além, para cada fala um remédio. Para cada grito um tampão. Para cada sintoma um silenciamento. E qual para quem? Isso vai depender da própria experiência do profissional e o que se adequar ao paciente. Cada médico com sua preferência, cada paciente com seu metabolismo. E a cesta básica de medicações do SUS mediando essa relação. Laudo, evidentemente, dado de acordo com os sintomas relatados.

Em suma, o medicamento funciona como um mecanismo repressivo, requisitado pelos profissionais como uma forma de controle, para que o paciente aja o mais próximo de uma expectativa de normalidade, conforme Cunha (1986). É o que aponta todos os casos acima. No entanto, o que poderia ser feito? Acreditamos que, no que tange ao nível de Políticas Públicas, esse problema não é novidade para elas, afinal, as existentes já possuem dificuldades e mesmo impossibilidades de serem executadas. Não há política pública que dará conta da medicalização e da aposta da medicação. Todavia, acreditamos que a partir de uma Educação Continuada com enfoque na desmedicalização e com uma alteração na própria lógica estrutural dos serviços é possível, ao menos, se entrever uma aposta distinta da medicação e da medicalização.

Nos casos figurativos, criados a partir de situações experimentadas no cotidiano das RAPs, demonstrou-se os equívocos do pensamento psiquiátrico e de como a rede psicossocial acaba se tornando uma refém deste raciocínio. Em cada um deles, entretanto, houve uma visão distinta. Mesmo com as imperfeições da rede psicossocial e de sua própria demanda pelo atendimento psiquiátrico e medicação, houve uma abertura para que fosse possível visualizar, distintamente, cada um dos acontecimentos – que se enxergasse a falha nas medicações e suas explicações mesquinhas.

É uma abertura, porém, é preciso ir além. Essa abertura, esse olhar, somente poder-se-á realizar a partir da escuta efetiva dos usuários e na aposta de sua própria capacidade de lidar com suas questões – que não há tamponamento possível para as mazelas que sofrem, porém, que esse sofrimento é partícipe de suas vidas, sendo necessário lidar com ele; são casos fantasiosos, porém, indubitavelmente correlatados à situações corriqueiras na Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, para que essa escuta possa gerar frutos é mandatório ao SUS poder ofertar e incentivar justamente o que se denominou desmedicalização. Apostar em outra coisa que não o já injustificado remédio.

Considerações finais

Segundo Dias e Muhl (2020):

Com o surgimento e expansão da psiquiatria biológica, desde os anos 1990, existe a formulação de um discurso explicativo do sofrimento mental que passa a ser entendido como um processo originalmente biológico ou orgânico, ligado ao desequilíbrio de neurotransmissores. Esse modelo interpretativo do sofrimento está alinhado às práticas de intervenção psiquiátrica e à expansão da indústria farmacêutica. Esse discurso é adotado pela mídia e pela população em geral, o que produz uma ordem moral e o estabelecimento de um conjunto de normas sociais e valores. Isso se dá na medida em que entidades médicas adotam o modelo explicativo da neurobiologia e passam a instituir como padrão das boas práticas a adoção do sistema diagnóstico baseado em inventários de sintomas, indicação de uma determinada psicoterapia ou indicação de hospitalização, sempre associada ao uso de medicamentos (Dias; Muhl, 2020, p. 68).

Surge, então, um modelo explicativo de caráter neurobiológico, também fundamentado na resposta de grupos de sintomas aos medicamentos, conforme Dias e Muhl (2020). Portanto, no tecer e destecer uma trama se ativou e reativou, no que tange à medicalização, prescrição de remédios e seus ritornelos – se a aposta nestes é efetivamente vantajosa e por que se apostam nestes –, que acabaram por gerar rodeios entorno do discurso médico/psiquiátrico, sua lógica e alternativas a sua hegemonização. Hegemonização esta que seria produto de um epistemicídio, conforme Santos (2000). Isto é, conforme expõe Tesser, com a morte “de outras formas de saber e fazer entrelaçadas com valores, tecnologias, modos de vida, culturas e sociedades diversas das vigentes na sociedade moderna europeia ou, recentemente, norte-americana” (Tesser, 2006, p. 69). Tratando-se, dessa forma

de um processo colossal de epistemicídio progressivo de saberes e estilos de pensamento em saúde-doença, mais ou menos estruturados, e de práticas diluídas nas culturas, populações e subculturas, importantes para o manejo autônomo dos problemas em saúde-doença, agora em rápida transformação ou extinção parcial. Um processo cuja consequência é a homogeneização – pautada pela heteronomia – dos saberes/práticas em saúde-doença (e modos de vida em geral) (Tesser, 2006, p. 71).

Ou seja, toda uma história de tutela do paciente a partir de prescrições e destruição de quaisquer outras formas de tratamento. Assim:

Da nossa vida em meio a jornada
Achei-me numa selva tenebrosa
Tendo perdido a verdadeira estrada
Dizer qual era é coisa tão penosa
Desta brava espessura a asperidade
Que a memória a relembra inda ruidosa
Na morte há pouco mais de acerbidade
Mas para o bem narrar lá deparado
De outras coisas vi, direi verdade
(Dante, 2002, p. 25-26).

Encontramo-nos, então, nesta selva, ao perder a verdadeira estrada, tendo passado pela tenebrosidade da compreensão do que esta representa – a sociedade medicalizada e nosso papel nela. Porém, como o poeta demonstra, para o bem narrar, dirá a verdade. É a verdade que é necessária cuidar a fim de que a medicação não a recubra, retomando a verdadeira estrada, a fim de que a mata/selva não permaneça ruidosa e esquecida. Se a verdade é da pateticidade da medicação, o verdadeiro caminho não pode ser prescrevê-la. Portanto, se nosso caminho foi o *analisein*, cabe destacar que Ulysses retornou à sua pátria após dezessete anos e Penélope seguia tecendo e destecendo a sua colcha diariamente. Ademais, se o leitor apostou conosco e se embrenhou nesta mata, percebeu que o encontrado não foi uma saída, porém, uma trajetória com toda sua espessura e asperidade, com uma compreensão dos caminhos extraviados nesse matagal, a fim de que neste andar possa haver mudanças no caminhar – que a memória cuide da verdade sem algum apagamento epistemológico, tamponamento medicamentoso e geração de transtornos.

Todavia, não é a partir deste texto tão somente que nos será possível realizar as análises e críticas necessárias, ou mesmo fazer frente à medicalização da sociedade; será necessário bem mais do que dezessete anos de tecimentos e destecimentos. Devemos, tão apenas, fazer coro à desmedicalização e enfatizar que o SUS precisa efetivamente adotar práticas desmedicalizantes, a fim de conseguir contornar as demandas que lhe aparecem. Que cada um que se embrenhou nesta selva conosco possa, a partir de então, repensar a sua própria aposta. Nada menos, nada mais, fazer uma aposta distinta da medicação é o que este texto traz e quer demonstrar: uma via outra para a saúde e o SUS, e que cada profissional de seu quadro assuma a responsabilidade, indague a sua própria aposta.

Referências

- AALTONEN, J; SEIKKULA, J; LEHTINEN, K. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The Incidence Of Non-Affective Psychosis and Prodromal States. **Rev. Psychosis**, vol. 3, n. 3, p. 179-191. 2011.
- ALIGHIERI, Dante. **Divina Comédia**. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- AMARANTE, P; FREITAS, F. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2017.
- BRUCKNER, P. **La Euforia Perpetua**: Sobre el Deber de Ser Feliz. Barcelona: Ensayo Tusquets, 2012.
- CARVALHO, S.R.; RODRIGUES, C.O.; COSTA, F.D.; ANDRADE, H.S. Medicalização: Uma Crítica (Im)pertinente? **Physis – Rev. de Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 4, p. 1251-1269, Rio

de Janeiro, 2015.

CUNHA, M. C. P. **O Espelho do Mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DANTAS, J. B. Tecnificação da Vida: Uma Discussão Sobre o Discurso da Medicalização da Sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 563-580, Rio de Janeiro, 2009.

DIAS, M. J. F. Open Dialogue: Uma Experiência no Brasil. **Rev. Diversitates**, vol. 9, n. 3, p. 97-110. Rio de Janeiro, 2017.

DIAS, M. K.; MUHL, C. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. **Rev. Argum.**, vol. 12, n. 2, p. 60-74, Vitória, 2020.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2012.

HOMERO. **Odisseia**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASCAL, B. **Pensamentos**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

SANTOS, B. S. **A Crítica da Razão Indolente**: Contra o Desperdício da Experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUSA, A. C. O.; CAVALCANTI, D. R.; CAMPOS, J. V. Uso de medicamentos psicotrópicos dispensados em central de abastecimento farmacêutico. **Rev. Cereus**, vol. 14, n. 3, p. 124-134, Gurupi, 2022.

TAVARES, D.H.; ALDRIGUI, L.B.; UBESSI, L.D.; ALMEIDA, M.D.; SILVEIRA, P.B.; JARDIM, V. M. R. As Vozes Que Voltam: Dos Encontros Com As Pessoas Que Ouvem Vozes. **Rev. Journal Of Nursing and Health**, vol. 8, n. esp., e. 188419, 2018.

TESSER, C. D. Medicalização Social: O Excessivo Sucesso do Epistemicídio Moderno na Saúde. **Rev. Interface**, Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 9, p. 61-76, Botucatu, 2006.

TESSER, C. D. Medicalização Social: Limites Biomédicos e Propostas Para a Clínica na Atenção Básica. **Rev. Interface**, Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 20, p. 347-362, Botucatu, 2006.

VILELA, L.S.; OLIVEIRA, S. S. R.; FERNANDES L. A.; VELOSO, R. B.; SANTOS, G. B. Perfil de Prescrição de Medicamentos Psicotrópicos: Um Estudo Comparativo Sobre a Administração Destes Fármacos. **Rev. Com. Ciências Saúde**, vol. 32, n. 4, p. 41-52, Itajubá, 2021.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma Epidemia**: Pílulas Mágicas, Drogas Psiquiátricas e o Aumento Assombroso da Doença Mental. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2017.