



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA – UAPSI

CAMILLA DE MELO SILVA

COM QUANTAS PÍLULAS SE (RE)ERGUE UM MANICÔMIO?
A MEDICALIZAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE
“SAÚDE MENTAL”

CAMPINA GRANDE– PB
2018

CAMILLA DE MELO SILVA

COM QUANTAS PÍLULAS SE (RE)ERGUE UM MANICÔMIO?
A MEDICALIZAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE
“SAÚDE MENTAL”

Trabalho apresentado à Unidade Acadêmica de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande/PB, em cumprimento às exigências parciais para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela de Melo Moraes

CAMPINA GRANDE– PB
2018

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Tereza Brasileiro
Silva, CCBS/UFCG**

S586s

Silva, Camilla de Melo.

Com quantas pílulas se (re)ergue um manicômio? a medicalização nas conferências nacionais de “saúde mental” / Camilla de Melo Silva. – Campina Grande: o autor, 2018.

45 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Profª. Maristela de Melo Moraes, Drª.

1. Medicalização. 2. Medicamentação 3. Conferências Nacionais. 4. Saúde Mental. 5. Análise de Conteúdo I. Autor. II. Moraes, Maristela de Melo. (Orientador). III. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9:615.214 (813.3)

**Responsabilidade técnica - catalogação:
Jônatas Souza de Abreu, M Sc. CRB-4/1823**

TERMO DE APROVAÇÃO

CAMILLA DE MELO SILVA

**COM QUANTAS PÍLULAS SE (RE)ERGUE UM MANICÔMIO?
A MEDICALIZAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE
“SAÚDE MENTAL”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito básico para obtenção do grau de Psicólogo no Curso de Psicologia outorgado pela Universidade Federal de Campina Grande – PB.

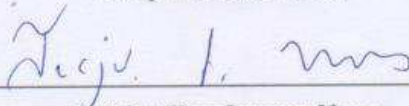
APROVADO EM: 17/12/2018

BANCA EXAMINADORA:



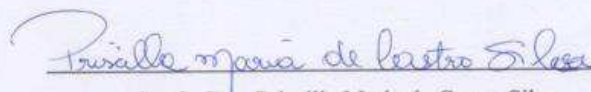
Prof. Dra. Maristela de Melo Moraes

Orientadora – Profa. da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande–UFCG



Prof. Dr. Tiago Iwasawa Neves

Prof. da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande–UFCG



Profa. Dra. Priscilla Maria de Castro Silva

Profa. da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande–UFCG

Campina Grande – PB

2018

Resumo

A Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o processo de Desinstitucionalização vêm sendo historicamente marcados pela superação das internações em manicômios, a construção de estratégias e serviços na/para comunidade, a garantia de direitos e a reflexão sobre os modelos vigentes de atenção às pessoas atendidas nos serviços ditos “de saúde mental”. A partir do fortalecimento de tais processos, o modelo hospitalocêntrico, higienista e medicalizante, é questionado, uma vez que fortalece os processos invalidação e segregação daqueles que fogem da norma e desestabilizam a ordem social que lhes é imposta. O caminho já vem sendo percorrido com o fechamento de hospitais e/ou diminuição de leitos psiquiátricos. Paralelo a isto, são propostos serviços substitutivos que tornam possível a reorientação da atenção e assistência em “saúde mental”. Apesar dos avanços, é necessário atentar para o fato de que a Reforma Psiquiátrica não pode ser reduzida apenas à mudança nas estruturas físicas que aprisionam corpos. Ao contrário, o maior desafio a ser (constantemente) enfrentado diz das práticas manicomiais – e manicomializantes – que ultrapassam as paredes dos hospitais. Os serviços substitutivos e seus profissionais ainda são confrontados em suas práticas cotidianas com o desafio de romper com estratégias terapêuticas advindas do modelo hospitalocêntrico. Nesses espaços, a medicalização emerge enquanto proposta de intervenção central – quando não única – deixando em segundo plano possibilidades outras que digam de uma prática de cuidado pautada na autonomia e nos direitos das pessoas atendidas. A partir disso, este trabalho objetivou identificar de que modo, no Brasil, tem sido discutida (e tensionada) a problemática da medicalização na “saúde mental”. Para tanto, foi realizada uma análise documental, através da análise temática de conteúdo, dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental. A partir das categorias criadas e analisadas, foi possível inferir que apesar de termos avançado com as proposições da Reforma Psiquiátrica brasileira, enquanto movimento não estanque, há muito a ser discutido, tensionado e (re)analisado. O diálogo sobre a medicalização da vida parece estar em segundo plano. A quem interessa tanto(s) silêncio(s)? Os manicômios foram, de fato, derrubados ou seguem sendo fortalecidos? De quais manicômios estamos falando? São questões que emergem e que não aceitam respostas imediatas. Por isso, o convite à reflexão.

Palavras-chave: Medicalização; Medicamentalização; Conferências Nacionais; “saúde mental”; Análise de conteúdo.

Abstract

The Psychiatric Reform, the Antimanicomial Struggle and the Deinstitutionalization process have been historically marked by overcoming hospitalizations in asylums, building strategies and services in the community, guaranteeing rights and reflecting on the current models of care for the people served in so-called "mental health" services. From the strengthening of such processes, the hospital-centered, hygienist and medicalizing model is questioned, since it strengthens the invalidation and segregation processes of those who escape the norm and destabilize the social order imposed on them. The path has already been covered with the closure of hospitals and / or the reduction of psychiatric beds. Parallel to this, substitutive services are proposed that make it possible to reorient attention and assistance in "mental health". Despite the advances, it is necessary to look at the fact that the Psychiatric Reform can not be reduced only to the change in the physical structures that imprison bodies. On the contrary, the biggest challenge to be (constantly) confronted is the manicomial - and manicomalizing - practices that go beyond the hospital walls. Substitutive services and their professionals are still confronted in their daily practices with the challenge of breaking with therapeutic strategies coming from the hospital-centered model. In these spaces, medicalization emerges as a proposal for central intervention - when not unique - leaving in the background other possibilities that say of a practice of care based on the autonomy and rights of the people served. From this, this work aimed to identify how the problem of medicalization in "mental health" has been discussed (and tensioned) in Brazil. For that, a documentary analysis was carried out, through the thematic content analysis, of the reports of the National Mental Health Conferences. From the categories created and analyzed, it was possible to infer that although we have advanced with the proposals of the Brazilian Psychiatric Reform, as a non-watertight movement, there is much to be discussed, stressed and (re) analyzed. The dialogue on the medicalization of life seems to be in the background. Who is so interested in silence (s)? Were the asylums actually overthrown or strengthened? What are we insane asylums? These are issues that emerge and do not accept immediate answers. Therefore, the invitation to reflection.

Keywords: Medicalization; Medicamentation; National Conferences; "mental health"; Content analysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	8
MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E MEDICAMENTALIZAÇÃO: O ESTADO DA ARTE	11
CONFERÊNCIAS DE “SAÚDE MENTAL”	16
PERCURSO METODOLÓGICO	20
O QUE (NÃO) VIMOS NO DECORRER DAS CONFERÊNCIAS?	21
GARANTIA DE ACESSO E DISTRIBUIÇÃO	23
SUPERVISÃO E CONTROLE DE SUBSTÂNCIAS E MEDICAMENTOS	24
CONTROLE DA PRESCRIÇÃO	27
FUGA DO MODELO ORGANICISTA	29
A MEDICALIZAÇÃO MASCARA PROBLEMAS	30
CRIANÇAS E ADOLESCENTES	31
CONTROLE DA PUBLICIDADE E PROPAGANDA	32
USO RACIONAL E SEGURO	34
“DESMEDICALIZAÇÃO”	36
MEDICAMENTALIZAÇÃO ENQUANTO ADOECEDORA	36
ACESSO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	37
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: CONTROLE DO ESTADO	38
FINANCIAMENTO E INVESTIMENTOS	39
CAPACITAÇÃO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	40
FUNÇÃO DO FARMACÊUTICO NO MANEJO DE MEDICAMENTO	41
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	41
CONSIDERAÇÕES INFINDAS	42
REFERÊNCIAS	45

APRESENTAÇÃO

Antes de fantasiar o presente trabalho com as devidas vestes acadêmicas, assumo o risco da fuga. Uma fuga-potência que emergiu do encontro dos corpos – o de quem vos escreve e o da pessoa que orientou a feitura deste escrito – que, diante de uma realidade histórico-política avassaladora, se doíam conjuntamente. Corpos assustados. Corpos fragilizados. Corpos que por alguns instantes se viram sucumbir, mas que diante da urgência típica da luta, se puseram, mais uma vez, firmes.

Tornaram-se, pois, corpos-resistência. Corpos-reação. Aqui reagiremos!

Tal fuga diz do deslocamento de uma produção acadêmico-institucional para uma que se propõe político-instrumental. Aqui proponho não a perpetuação meramente teórica do que vem sendo discutido sobre a medicalização da vida e o seu recorte na/da famigerada “saúde mental”, mas uma tentativa, que sabe-se infinda e limitada, de resistência.

Trata-se, pois, de um convite ao debate. Ao movimento.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização vêm sendo historicamente marcados pela superação das internações em manicômios, o consequente fechamento de hospitais e/ou diminuição de leitos psiquiátricos, a construção de estratégias e serviços na/para comunidade, o cuidado ampliado para o contexto social (Rotelli, Leonardis, & Gomes, 2001), a garantia de direitos e a reflexão sobre os modelos vigentes de atenção às pessoas atendidas nos serviços ditos “de saúde mental”¹.

Com os avanços do processo de desinstitucionalização, o modelo hospitalocêntrico, higienista e medicalizante, respaldado por uma sociedade disciplinar guiada por saberes que almejam a (super)produção de corpos dóceis, silenciados e

¹ Neste trabalho, o termo e campo “saúde mental” é problematizado à luz do que propõe Mélo (2018), ao dispor que quando isolamos a “saúde mental” num campo específico de saberes e práticas, caímos no engodo do dualismo. Há uma separação entre o “corpo” e a “mente”, “patologia mental” e “patologia orgânica”, assim como, e de maneira preocupante, entre “subjetividade” e “objetividade”. Tal afastamento se coloca, pois, enquanto uma armadilha que captura os modos de enxergarmos tais questões e, claro, o modo como são pensados o cuidado e as práticas profissionais, “criando uma complexa configuração da assistência em saúde que tem consequências práticas nos modos de atendimentos oferecidos nos equipamentos de saúde” (Mélo, 2018, p. 54). As aspas que envolvem o campo “saúde mental”, assumem, pois, a missão de nos fazer retornar, sempre que necessário, a esta reflexão – não em vão, mas enquanto (re)afirmação de algo que não pode ser perdido de vista.

produtivos (Foucault, 2000) – e aqui nos referimos ao saber médico/psiquiátrico – passam a ser enxergados como colaboradores de uma sistemática invalidação de ampla categoria de pessoas (Cooper, 1982). Ou seja, invalidação e segregação daqueles que fogem da norma e desestabilizam a ordem social que lhes é imposta.

No Brasil, paralelo às lutas que fortaleceram o movimento de sua Reforma Sanitária, o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganha força. A Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), assim, resulta dessa luta e se consolida, principalmente, após a aprovação da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de “transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em “saúde mental” (Brasil, 2001). Contudo, não cabe reduzir o processo de tal luta à aprovação da Lei. Não se trata de uma história linear ou simples, mas extremamente complexa e marcada por contradições, jogos de poder e de exclusão – pontos-alvo de críticas geradas pela Reforma.

A RPb, a partir das lutas assumidas pelo Movimento Antimanicomial, em toda a sua pluralidade, conseguiu avançar em sua dimensão político-jurídica, porém é necessário que não percamos de vista o que está para além. A Reforma não se limita apenas ao fechamento de espaços físicos produtores de sofrimento e soterradores de subjetividades. Ela diz da necessária conquista, em constante curso, de direitos e da afirmação da cidadania de um grupo de pessoas que têm suas vidas marcadas pela estigmatização e pela exclusão.

Enquanto proposição de espaços de cuidado e acolhimento, cabe mencionar a implantação do modelo substitutivo de base comunitária a partir da atenção psicossocial ancorado nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e a sua relação com o território. Além desses, emerge, ainda, a necessidade de outros serviços que pudessem dar conta de realidades outras que não seriam encerradas com o fechamento dos hospitais. É o caso dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que “são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (Brasil, 2000).

No entanto, ressaltamos que, embora respaldados por políticas públicas de saúde, e em consonância com os pressupostos da RPb, os serviços substitutivos e seus profissionais ainda são confrontados em suas práticas cotidianas com o desafio de romper com estratégias terapêuticas advindas do modelo hospitalocêntrico. O processo de institucionalização, e aqui é necessário ressaltar, mais uma vez, a pluralidade do mesmo, como afirma Kinker (2017), anula as subjetividades e as torna sombrias. A vida

passa a ser vista como espaço de intervenção. Sobre isso, de acordo com o guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM, 2014), por exemplo, o tratamento baseado em psicofármacos é o mais utilizado nestes espaços, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação – entendidas como práticas eficazes no diálogo com os sujeitos e tecnologias leves (e potentes) de cuidado (Merhy & Feuerwerker, 2009).

Ou seja, mesmo diante dos supostos avanços propostos pelo processo de desinstitucionalização, pela Reforma Psiquiátrica e pelo Movimento Antimanicomial, o tratamento farmacológico segue ocupando um lugar perigoso – por ser central e simplista – que tende a reduzir as possibilidades de expressão e de elaboração, pelos sujeitos, de suas experiências de vida – limitando, pois, a capacidade de agir sobre si e para si (Rodriguez, Perron, & Ouellette, 2008). Há uma retirada brusca do que é singular e pessoal. Há uma confusão sobre o que há dentro de si: não se sabe se o que está ali emergiu a partir de experiências de uma “vida intensamente vivida” ou se foi terceirizado e ali depositado sem grandes opções. Não há escolha: de repente, as paredes do manicômio começam a ser (re)erguidas novamente – se é que em algum momento elas foram, de fato, derrubadas.

Assim, entendemos que profissionais de diversas áreas de atuação são convocados, permanentemente, a constituírem práticas de desinstitucionalização com o propósito de atuar conjuntamente diante da complexidade da vida humana e sua existência-sofrimento na relação com o corpo social, superando o paradigma médico-centrado e hospitalocêntrico, anterior à Reforma Sanitária e à implementação do Sistema Único de Saúde, centrado na doença e não em processos de promoção de saúde e seus determinantes sociais.

Diante disso, como não poderia ser diferente, nos sentimos convocadas. Passamos a buscar compreender como tem se dado o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Mais ainda, como tem sido pensado e tensionado. O que tem sido dito – ou, pior, o que não tem sido dito. O que, no Brasil, tem, deveras, sido discutido, de maneira coletiva e documentada, sobre os processos de desinstitucionalização das práticas e dos corpos? O que tem sido colocado sobre medicalização? E a medicamentação? Qual o lugar que o medicamento ocupa nos cuidados (e nos serviços) de (e com a) “saúde mental”?

A partir da leitura dos quatro relatórios das Conferências Nacionais de “saúde mental” – realizadas nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010, respectivamente – e aqui

entendidas enquanto dispositivos que contribuem para o debate aberto e democrático, com participação de diversos atores da sociedade, de temas que englobam a “saúde mental”, buscamos refletir sobre tais questões e assumimos o objetivo de problematizar o fenômeno da medicalização da vida no cenário da (atual) “saúde mental” brasileira.

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E MEDICAMENTALIZAÇÃO: O ESTADO DA ARTE

Diante do surgimento de qualquer sensação de desconforto no corpo – seja ele de ordem física ou emocional – é recorrente a busca por uma ajuda especializada. Um profissional da Medicina ou, quiçá, da Psicologia – além de outras possíveis áreas do dito campo da saúde. Espera-se que tais profissionais deem conta da demanda e coloquem o corpo de volta à “normalidade”, com o perfeito funcionamento de tais questões “patológicas”. Ou seja, à ciência e ao saber entregamos nossas demandas. Colocamos à mesa o nosso corpo-banquete e dele se servem os que sentam ao seu redor. Essa mesa é a clínica.

Desse modo, conforme propõe Foucault (2017), há um saber legitimado cientificamente que coloca a clínica em um lugar de poder. Ela sabe de nós, melhor do que nós. Ela faz, como numa espécie de recorte, o molde do que é ideal e espera que caibamos no mesmo. Trata-se de um estado saudável a ser alcançado – o normal. Se há fuga do que é pressuposto, é preciso que se assuma um estado de assujeitamento à medicalização e o seu olhar clínico – o único que tem condições de nos (re)colocar dentro da normalidade (Foucault, 2017). É, pois, voltando-se para um “tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela [a medicina] forma seus conceitos e prescreve suas intervenções” (Foucault, 2017, p. 38).

Assim, a medicalização, conforme discutem de maneira fortuita Freitas e Amarante (2015), tem se apresentado enquanto um fenômeno que tende a reduzir as experiências humanas e, claro, o próprio ser humano, a questões medicamentalizáveis ou não. A existência passa a ser balizada e controlada pela medicina. O cotidiano é medicalizado para ser normatizado, uma vez que há sempre algo de errado e/ou disfuncional que precisa ser corrigido. Há uma aliança perversa entre a medicina – e aqui destaco a psiquiatria, saber que muito interessa neste trabalho – e a indústria farmacêutica, que encontrou nesta seara um lugar potente para ancorar sua ótica capitalista que produz doenças para seus produtos (Whitaker, 2017).

Dessa maneira, a medicalização adentra na vida social enquanto uma estratégia biopolítica que faz uma gestão equivocada do sofrimento psíquico e, como tal, retira autonomia(s), uma vez que é operativa e desloca do sujeito a possibilidade de cuidar de si, a partir de múltiplos vínculos, e lidar com problemas inerentes à existência humana, sendo tais problemas transformados em mercadoria (Freitas & Amarante, 2015).

A vida da biopolítica, conforme infere Caponi (2016), partindo do conceito foucaultiano, não utiliza enquanto referência a vida de sujeitos que possam escrever a narrativa de sua história. Ao contrário, a biopolítica “se refere a sujeitos anônimos e intercambiáveis, cujas histórias carecem de significação, pois do que se trata é de populações, de corpos substituíveis que devem ser maximizados e aperfeiçoados e não de sujeitos morais e suas próprias ações” (Caponi, 2016, p. 107). É uma estratégia que em nenhuma medida se coloca enquanto ingênua, pois é assumida de modo que, exercendo o governo sobre os outros, a partir de critérios “científicos” e “validados de classificação” e que privilegia formas de intervenção brutais, tal qual a farmacológica; seja possível excluir e silenciar o governo de si (Caponi, 2016).

Assim, a biopolítica possibilita, por exemplo, a classificação do sofrimento e o objetiva – vide o que tem sido feito e retroalimentado a cada nova edição do (quase religioso) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM. A existência é capturada pelo discurso especializado, que reduz o sofrimento ao negativo: falta de serotonina ou noradrenalina. Para isso é dada uma resposta farmacológica, de tal modo que “esse processo nos inibe de exercer plenamente o governo sobre nós mesmos, mantendo-nos no registro da minoridade, da cômoda obediência a mandados externos” (Caponi, 2016, p. 112).

Há um controle daquilo que tem caráter acidental, do aleatório e do que foge à norma, ameaçando a “homeostase social” idealizada – entendida como bem-estar físico, emocional e social. A medicalização localiza uma condição social (ou comportamento individual), tida como indesejável, no campo das patologias (Freitas & Amarante, 2015). Cabe aos especialistas a missão de adequar os humanos ao que é exigido pelo poder, segregando e reprimindo aqueles que se recusam a estar dentro da lei social (Berlinguer, 1976). Assim, o sujeito que perturba a ordem, passa a ser medicalizado e medicamentado para ser aceito – em casa, nos serviços de saúde, no trabalho...

Em um texto sensível e potente, Rodriguez et al. (2008) apresentam um testemunho que emerge como uma forma de retrato do que dissemos até agora e que, ao mesmo tempo, nos faz querer ir além neste “estado da arte”. Neste momento, a

medicalização vai além do processo de psiquiatrização da vida, enquanto postura de domínio de uma existência, e é materializada sob a égide da contenção química pelo medicamento. Há um ser em desencontro com o que foi e o que poderia vir a ser – “se a maré das circunstâncias [psiquiátricas] não tivessem lhe banhado nas águas do equívoco”². Um ser prisioneiro de um saber que lhe diz até onde poderá se movimentar:

A psiquiatria é como uma prisão, como uma prisão química dentro de mim, você não pode ir trabalhar, não pode nada o tempo todo quando você está sob efeito dos medicamentos. Se você quiser um dia sair da psiquiatria e ainda assim quiser tomar medicamentos, você não pode. A suspensão é tão difícil que você fica novamente doente. É preciso que seja um médico que suspenda. Isso faz com que você não tenha liberdade. Tenho a impressão de ter sempre necessidade de ajuda química comigo. Eu (não) era livre. Muitas vezes, eu quis ter minha liberdade para não me sentir prisioneiro (p. 135).

Do mesmo modo, Simas (2018) nos convoca:

O freio mental de um antipsicótico é um dos efeitos mais desagradáveis que pode existir em termos de viver. É difícil descrever, mas ele tem o efeito de forte punição e esta é, com a mais absoluta certeza, a principal razão em reagir. É preciso ser medicado antes de se chegar à necessidade dessas dosagens (p. 43).

A partir dessa reflexão-convite, chamo atenção para uma colocação pertinente – e, aqui, urgente – feita por Dênis Petuco:

Convém citar ainda um outro conceito, que muitas vezes se confunde com a medicalização. Se esta compõe com a doença mental, sem que sejam a mesma coisa, compõe também com a medicamentação. Não é incomum que os dois conceitos sejam confundidos, e que se descreva a medicalização como uma prática que se expressa na prescrição indiscriminada de medicamentos. Mas não: nunca é demais repetir que a medicalização descreve a captura de fenômenos sociais no âmbito da medicina, ao passo que a medicamentação problematiza a posição central do uso de medicamentos nas práticas de cuidado em saúde, bem como o poder da indústria farmacêutica (Petuco, 2016, p. 57–58).

Tal discussão nos é cara por trazer à baila a necessária distinção entre a medicalização, que assume um lugar de fenômeno socialmente construído – aqui enxergado pelas lentes do Construcionismo Social, que, enquanto tal, “ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam,

² Trecho poema que foi declamado pela cantora Maria Bethânia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o82jW6IoGgA>

ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas)” (Gergen, 2009, p. 301), numa perspectiva que busca fazer uma articulação entre as formas compartilhadas de entendimento do modo como existem no tempo presente, como existiram num tempo passado e como virão a existir – e a medicamentação, um dispositivo que emerge como uma espécie de materialização, em consonância com outras práticas, dos sentidos que são produzidos pelo fenômeno da medicalização.

Enxergamos, pois, uma espécie de movimento cíclico, espiralado e perverso: a medicalização, a partir do discurso, produz sentidos que passam a definir e demandar práticas cada vez mais específicas e especializadas que encontram, na medicamentação, uma resposta rápida, rentável e aceita sem grandes questionamentos – ou melhor, sem a possibilidade de ousados questionamentos. Assim, a medicamentação encontra, na psiquiatria, campo com o qual buscamos dialogar – e/ou sobre o qual são lançados os nossos questionamentos – um lugar confortável para se sustentar, e virse-versa.

Há, por parte do saber psiquiátrico, uma fissura pelo diagnóstico e, conseqüentemente, pela medicamentação. Tal fissura se justifica, não de hoje, pela necessária inserção e consolidação da psiquiatria, antes vista como distante, no *hall* das “verdades científicas” do conhecimento médico – algo que fora conquistado a partir de tentativas insistentes de comprovação e medicalização das doenças “da mente” (Cooper, 1982). Uma das obras da literatura farmacológica, que, diga-se de passagem, é lida por todo estudante de medicina, confirma este movimento ao estampar na página inicial do capítulo intitulado “Psicofarmacologia”: “o impacto que os psicofármacos tiveram na terapêutica psiquiátrica foi revolucionário”, escrito por Ross Baldessarini e mencionado por Coser (2010, p. 47).

Whitaker (2017) não mede esforços ao apresentar uma série de questões que dizem da aliança entre a medicina e a indústria farmacêutica. Elas são potentes para fortalecer o debate, uma vez que servem de bússola na reflexão que aqui propomos. De acordo com o autor, a relação entre essas duas entidades que se enxergam, sem falsa modéstia, como detentoras de um poder inquestionável, data da década de 1950, quando a Sociedade Norte-americana de Medicina (AMA) se rendeu, descaradamente, à sua nova aliada.

Essa relação nem sempre se colocou de tal modo, uma vez que a AMA, inicialmente, assumiu um papel de vigilante das drogas que eram produzidas e comercializadas, por pequenas empresas, sem nenhuma fiscalização. Algumas eram

feitas à base de ervas e outras, “de marca registrada” e vendidas sem receita, possuíam ingredientes “secretos” (Whitaker, 2017). Aos poucos, os médicos se tornaram referência por garantirem “o bem” à população – que passou a ter acesso a medicamentos apenas se estes tivessem o seu “selo de garantia” e segurança. Havia um lugar de prestígio e os consultórios começaram a ser um lugar seguro para quem quisesse ter acesso a antibióticos e/ou novos medicamentos (Whitaker, 2017). Aqui localizamos a ascensão da classe médica. Começaram a ser produzidos produtos cada vez mais potentes e a corrida assumida pela indústria farmacêutica estava marcada pela conquista de boa percepção (e recepção) por parte dos médicos.

A postura de “cão de guarda”, pouco a pouco, foi se enfraquecendo, pois os interesses da AMA começaram a dialogar com os da indústria farmacêutica. Inicialmente, em 1952, a Sociedade de Medicina para de publicar o anuário sobre “medicamentos úteis”. Logo depois, permite a publicação e divulgação de remédios que não estavam passando por seu Conselho de Farmácia e Química (Whitaker, 2017). Já não é mais feita a avaliação dos remédios e o orçamento voltado para o Conselho sobre Drogas cai repentinamente. A mudança mais brutal se apresenta com a contestação, por parte da AMA, de uma proposta que visava a fiscalização da indústria farmacêutica. A medicina, e seus representantes, assumiram, por fim, sua relação grotesca – que até hoje perdura – com a indústria farmacêutica. Se uniram e passaram a trabalhar juntas na confecção de novas (e potentes) drogas (Whitaker, 2017).

A mídia – representada por jornais e revistas – passa a ser palco para a divulgação dos produtos e o mercado de fármacos se mostra como rentável para todos os atores envolvidos. “As empresas farmacêuticas tiveram lucros que as transformaram nas ‘queridinhas de Wall Street’” (Whitaker, 2017, p. 72). Os médicos, que controlavam o acesso a receitas, aumentaram exponencialmente seus lucros. O fluxo de troca, nessa relação, se mostra, pois, de maneira muito clara: quanto mais (novos) medicamentos, mais receitas. Quanto mais receitas, mais lucro. E o retorno: quanto mais lucro, mais a necessidade de produção novos medicamentos. Para tal, uma coisa se fazia (e se faz) essencial: a produção de demandas para a (re)produção, logo, a produção de doenças.

Por fim, conforme Whitaker (2017), “era esse o ambiente, na década de 1950, em que as primeiras drogas psiquiátricas foram introduzidas no mercado. O público estava ansioso por saber dos remédios milagrosos, e era exatamente essa a história que a indústria farmacêutica e os médicos do país estavam ansiosos por contar” (Whitaker, 2017, p. 72). Contaram de tal forma que a droga psiquiátrica Thorazine foi exposta pela

Time como “a droga milagrosa de 1954” que, segundo a revista, “tinha um desempenho excepcional”, uma vez que quando consumida, permitia que os pacientes sentassem e mantivessem conversas sensatas como há meses não conseguiam fazê-lo. Além disso, conseguiam comer e dormir tranquilamente (Whitaker, 2017).

Não tardou muito para que a Thorazine fosse considerada em um grau de importância desproporcional. Tais drogas davam respostas rápidas ao que se era esperado, uma vez que transformavam seres humanos em pessoas “sadias” e “racionais”. “O *New York Times*, numa série de reportagens em 1954 e 1955, chamou o Thorazine de pílula ‘milagrosa’, que levava a ‘paz de espírito’ e a ‘liberdade da confusão’ a pacientes psiquiátricos” (Whitaker, 2017, p. 73). Outras drogas ganharam espaço. Passaram a possibilitar o tratamento não apenas de “psicóticos internados”, mas também de “neuróticos ambulatoriais”.

Essa história não tem fim – ao contrário, parece se renovar numa espécie de *loop* infinito.

É sobre ela que (também) nos dispomos a falar, uma vez que estão inseridas nas discussões sobre a medicalização. Tais questões, por fim, são aqui colocadas de maneira que possam servir de pano de fundo para uma leitura atenta dos relatórios das Conferências Nacionais de “saúde mental” que foram realizadas, até o momento, no Brasil. É enxergando, minimamente, a dimensão do fenômeno da medicalização que pretendemos assumir o ato de navegar nesse oceano, nada Pacífico, chamado “saúde mental”. É, por fim, identificando a problemática megalomaniaca da medicamentação que almejamos sair de um lugar de angústia para nos localizarmos num lugar de potência. Ora estaremos assumindo a medicalização enquanto norteadora (central) da reflexão, ora estaremos mencionando – como numa espécie de demarcação – a medicamentação.

O tráfego está anunciado, pois.

CONFERÊNCIAS DE “SAÚDE MENTAL”

Para que seja possível avançar com o trabalho, consideramos importante localizar nosso ponto de partida, assim como um “sobre o que” estaremos falando. Desse modo, dispomos abaixo, de maneira objetiva, uma breve contextualização das Conferências Nacionais de “saúde mental” (CNSM). As informações foram retiradas dos relatórios, no momento de suas apresentações iniciais, onde estavam dispostos os

períodos nos quais se deram os encontros, as temáticas que foram abordadas e das quais emergiram todos os encaminhamentos, os quais nos dispomos analisar, e a quantidade e delimitação dos atores sociais que se fizeram presentes em cada uma.

Realizada do dia 25 ao dia 28 de junho de 1987, em Brasília, a Primeira Conferência Nacional de “Saúde Mental” (I CNSM) emergiu em um contexto histórico de grande potência. A Reforma Sanitária se mostrava fortalecida e a Reforma Psiquiátrica, embora já estivesse em curso, enquanto crítica ao modelo hospitalocêntrico, desde a década de 70, passava a ser uma realidade e uma proposição político-ideológica no Brasil. Havia um fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores de “saúde mental” e o processo de desinstitucionalização estava em curso: já não era mais suficiente pensar o cuidado sob a ótica do encarceramento e da exclusão.

Conforme consta em seu relatório final, a I CNSM aconteceu enquanto um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CSN) – um grande marco histórico, representado pela Reforma Sanitária, com as importantes mudanças que dela transcorreram. O setor Saúde passa a ser revisto não apenas em sua dimensão administrativa e financeira, mas conceitual. A saúde torna-se um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 1986). Além disso, é da VIII CNS que emerge, enquanto proposta institucional, o Sistema Único de Saúde (SUS).

A I CNSM, contou com a participação de 176 delegados que foram eleitos nas chamadas Pré-conferências Estaduais, além de outros segmentos representativos da sociedade brasileira. Esta foi guiada por três temas centrais, a saber: a) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; b) Reforma sanitária e reorganização da assistência à “saúde mental”; e c) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental (Brasil, 1988). As discussões realizadas, assim como os encaminhamentos que delas emergiram, confrontaram as contradições existentes entre o discurso científico e o discurso político em vigor, propiciando, assim, um intenso processo de elaboração de propostas que objetivaram a inserção das ações de “saúde mental” nas ações de saúde em geral (Brasil, 1988).

Neste momento, por fim, é problematizado o modelo médico-psiquiátrico vigente e reconhecidas as limitações das práticas de “cuidado” voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico. As práticas são colocadas em cheque e percebidas enquanto potencialmente adoecedoras e onerosas para os ditos “doentes mentais”, assim como para a sociedade como um todo.

Conforme apresentado em seu relatório final, a II Conferência Nacional de “saúde mental” (II CNSM) ocorreu na cidade de Brasília, entre os dias 1 e 4 de dezembro de 1992 e teve como tema “A reestruturação da Atenção em saúde mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania”. Sua Comissão Organizadora contou com representantes dos segmentos envolvidos na reestruturação da atenção em “saúde mental” e na reforma psiquiátrica brasileira: associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, prestadores, governos e entidades da sociedade civil (Brasil, 1994),

Antes da II CNSM vir a ocorrer em sua etapa nacional, foram feitas 24 conferências estaduais e antes delas 150 conferências municipais ou regionais, em todo o país. A estimativa é de que 20.000 pessoas estiveram envolvidas durante as três etapas. O relatório ainda aponta que a repercussão nos meios de comunicação aumentou o alcance dos debates que aconteceram na Conferência (Brasil, 1994).

A II CNSM aponta mudanças em seu modo de organização do trabalho, pois a partir de então as Conferências contam com a participação efetiva dos usuários, por meio de depoimentos pessoais, intervenções culturais e a defesa de seus direitos, há uma modificação nas relações estabelecidas entre os participantes (Brasil, 1994).

É possível perceber que as ideias apresentadas na Conferência centram-se na rede de atenção em “saúde mental”; transformação e cumprimento das leis; direito à atenção e direito à cidadania. A II CNSM é um marco na Reforma Psiquiátrica de nosso país, seu relatório final foi publicado pelo Ministério da Saúde e utilizado como diretriz oficial para reestruturação da atenção em “saúde mental” no Brasil (Tenório, 2002).

A III Conferência Nacional de “saúde mental” (III CNSM) aconteceu do dia 11 ao dia 15 de dezembro de 2001, em Brasília. Essa, enquanto continuidade do que já estava em curso e vinha sendo discutido nas Conferências anteriores, se mostra alinhada com as proposições do que fora discutido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e proposto para o ano de 2001, com o tema: “Cuidar sim, Excluir, não” (Brasil, 2002). Além disso, em conformidade com as propostas locais de fortalecimento e construção do SUS, a Conferência também traz consigo o lema, presente em seu título, “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” e os subtemas para debate: a) Financiamento; b) Recursos Humanos; c) Controle Social; d) Acessibilidade; e e) Direitos e Cidadania (Brasil, 2002).

Cabe mencionar que a III Conferência aconteceu depois de menos de um ano da aprovação da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, que diz da proteção e os direitos das

pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em “saúde mental” (Brasil, 2001). A Reforma Psiquiátrica estava a plenos pulmões e o Movimento Antimanicomial se fortalecia cada vez mais, o que fez com que o Plenário do Conselho Nacional de Saúde solicitasse ao Ministro da Saúde a convocação da III CNSM (Brasil, 2002).

Até a data da Conferência, foram realizadas 163 Conferências Municipais e 173 Microrregionais e Regionais. Nos locais onde não aconteceram esses pré-encontros, foram realizadas plenárias das quais emergiram pontos a serem levados para Brasília. Nas pré-conferências estaduais, supõe-se a participação de cerca de 30.000 pessoas – e aqui é importante destacar a participação efetiva de familiares e usuários. Os encontros estaduais, por sua vez, contaram com a voz de 20.000 pessoas. Na Conferência Nacional, foram inscritas, regularmente, 1480 pessoas, além de cerca de 220 pessoas que participaram de algumas atividades (Brasil, 2002). Além destas, a III CNSM contou com a presença de participantes internacionais que foram convidados, além de representantes da OMS e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).

Apesar dos avanços já apresentados nas demais Conferências, conforme apontam Heidrich, Berndt e Dias (2015), a III CNSM é a primeira que traz, diretamente, a Reforma Psiquiátrica e que a conceitua, assim como se detém a um item específico para tratar da desinstitucionalização – com subitens de igual pertinência (e urgência), sendo eles: “Superação do modelo asilar”, “Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos”, “Serviços Residenciais Terapêuticos” e “Trabalho e geração de renda” (Brasil, 2002).

Há, pois, um avanço no modo de se pensar a Reforma, compreendo-a não apenas enquanto implementação de leis e propostas, mas num movimento não estanque de mudanças das/nas práticas cotidianas que atravessam as relações institucionais nos serviços e, para além dessas, as relações interpessoais que findam por definir modos de se enxergar os sujeitos e suas experiências.

A quarta e mais recente Conferência Nacional de “Saúde Mental” – Intersetorial ocorreu em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010, tendo como tema “saúde mental” direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. No total, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios, contando com 46.000 pessoas envolvidas durante suas três etapas (Brasil, 2010).

Buscando responder à complexidade e ao caráter multidimensional dos temas e problemas do campo, e com o intuito de procurar meios de consolidar os avanços e enfrentar os desafios existentes, pela primeira vez uma CNSM foi intersetorial. Seu relatório final faz muitas referências aos anteriores, apontando o que foi alcançado e reivindicando o que não foi efetivado até então. O texto trata também das dificuldades de organizar a Conferência a nível nacional e das tensões do processo de organização das etapas municipais, regionais e estaduais.

A Conferência alcançou grandes conquistas, dentre elas, talvez a mais importante, o aprofundamento e amadurecimento da articulação política entre o campo da “saúde mental” e as instituições de controle social, nos três níveis de gestão do SUS, reafirmando o campo da “saúde mental” como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial (Brasil, 2010).

O documento final reitera a importância da participação da sociedade na garantia de serviços substitutivos de caráter público estatal, propondo que os Conselhos de Saúde ao avaliarem e deliberarem sobre a Política de “saúde mental” aprovem Planos de “saúde mental”, nos diferentes níveis, construídos a partir de debates nos diversos espaços de controle social. (Brasil, 2010)

O relatório abarca 1021 propostas, um número bastante elevado quando comparado aos resultados das outras Conferências, o que nos aponta quão frutíferos foram os debates realizados. A inserção de uma perspectiva intersetorial contribuiu para a diminuição da fragmentação do campo da saúde pública, redirecionando suas práticas e conduzindo propostas mais integrais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para dar conta da discussão que propomos com a tessitura deste trabalho, nos pusemos a ler os relatórios das Conferências Nacionais de “Saúde Mental” de modo que fosse possível identificar como estava sendo pensada e localizada, se fosse o caso, a temática da medicalização da vida nas Conferências – entendendo que os pontos discutidos em tais encontros, assim como os encaminhamentos deles emergentes, nos servem de sinalizadores para compreendermos como estava caminhando a “saúde mental” em determinado(s) período(s).

Desse modo, foi assumida a missão de realizar um estudo de natureza qualitativa, mediante análise documental orientada pela perspectiva de análise de

conteúdo temática. Para justificar tal escolha, fazemos uso das palavras de Godoy (1995) quando afirma que “qualquer comunicação que veicule um conjunto de significações de um emissor para um receptor pode, em princípio, ser decifrada pelas técnicas de análise de conteúdo. Ela parte do pressuposto de que, por trás do discurso aparente, simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar” (p. 23).

No que diz respeito aos procedimentos da pesquisa, em um primeiro momento foram selecionadas as fontes primárias de informação, ou seja, os relatórios das Conferências Nacionais de “Saúde Mental”. Posteriormente, para elaborar a análise dos textos, optamos por utilizar o referencial teórico da análise temática de conteúdo (Bardin, 1979), seguindo os passos sugeridos pela autora: pré-análise, exploração do material e análise temática e interpretativa do texto.

Para realizar a sistematização da análise, fizemos uso do *software* MAXQDA, que pode ser utilizado, de maneira prática e de fácil manuseio, para análise de dados qualitativos em pesquisas que dizem da missão aqui assumida. O *software* nos auxiliou a criar as categorias temáticas, a partir do conteúdo que era encontrado, assim como possibilitou uma melhor visualização de todos os documentos que seriam analisados. Vale ressaltar, contudo, que toda a análise qualitativa foi realizada por nós, sem que tenha sido utilizado o programa para que fossem gerados dados.

Assumindo as etapas propostas pelo processo de análise de conteúdo (Bardin, 1979), na pré-análise, por meio de uma leitura flutuante e exploratória, pudemos delinear o modo como o tema central – a medicalização – se fez presente no material. Na última fase, a da análise temática e interpretativa do texto, buscamos demarcar os núcleos de sentido e tecer criticamente as relações explícitas e implícitas entre as categorias que foram criadas a partir do que fora encontrado nos documentos.

O QUE (NÃO) VIMOS NO DECORRER DAS CONFERÊNCIAS?

Neste momento do trabalho, apresentamos as categorias (Tabela 1) criadas a partir da leitura dos relatórios das Conferências Nacionais de “saúde mental”. Registramos que foram encontradas 120 menções que apresentam relação direta com o tema – distribuídas entre os quatro relatórios. Tais categorias serão aqui descritas e analisadas, separadamente, e a partir de pontos singulares que emergiram, de maneira que possamos apontar aspectos que nos saltaram aos olhos e que incitam a reflexão. Por

fim, cabe-nos destacar que não há uma ordem durante a apresentação, ou seja, optamos não pela organização de categorias a partir da quantidade de conteúdo – aqui chamado de “menção” – mas pelo modo como elas se conectam entre si. Esta escolha segue dizendo de nossas fugas.

Tabela 1

Relação de categorias e menções

CATEGORIA	QTDADE DE MENÇÕES	ONDE ELAS APARECEM?
Garantia de acesso e distribuição	32	1 – I CNSM 1 – II CNSM 18 – III CNSM 12 – IV CNSM-I
Supervisão e controle de substâncias e medicamentos	13	1 – I CNSM 5 – II CNSM 3 – III CNSM 4 – IV CNSM-I
Controle da prescrição	11	1 – I CNSM 3 – II CNSM 3 – III CNSM 4 – IV CNSM-I
Fuga do modelo organicista	2	1 – I CNSM 1 – II CNSM
A medicalização mascara problemas	3	1 – I CNSM 1 – III CNSM 1 – IV CNSM-I
Crianças e adolescentes	4	1 – I CNSM 3 – IV CNSM-I
Controle da publicidade e propaganda	5	2 – II CNSM 1 – III CNSM 2 – IV CNSM-I
Uso racional e seguro	12	1 – I CNSM 5 – III CNSM 6 – IV CNSM-I
“Desmedicalização”	3	3 – IV CNSM-I
Medicamentação enquanto adoecedora	1	II CNSM
Acesso ao tratamento medicamentoso	1	II CNSM
Indústria farmacêutica: controle do Estado	1	I CNSM

Financiamento e investimentos	17	11 – III CNSM 6 – IV CNSM–I
Capacitação para atuação na atenção básica	2	1 – III CNSM 1 – IV CNSM–I
Função do farmacêutico no manejo de medicamento	2	2 – IV CNSM–I
Práticas integrativas e complementares	4	4 – IV CNSM–I

GARANTIA DE ACESSO E DISTRIBUIÇÃO

Esta categoria apresenta um total de 32 menções localizadas na I CNSM (uma vez), na II CNSM (uma vez), na III CNSM (18 vezes) e na IV CNSM–I (12 vezes). Ela diz da garantia do acesso e da distribuição de psicofármacos, em qualidade e quantidade suficientes (Brasil, 1988), nos serviços públicos de saúde, assim como coloca no centro do debate a necessidade de descentralização da distribuição e da assistência farmacêutica. A III Conferência ainda menciona a necessidade de serem incorporadas inovações tecnológicas comprovadas e seguras, assim como aponta para a quebra de patentes dos medicamentos de última geração, em “saúde mental”, como sendo uma medida que torna possível o barateamento do custo e garantia da distribuição na rede (Brasil, 2002).

Voltando-se para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que se encontrava num momento de fortalecimento, levando em conta a recém aprovação da Lei 10.216/01, a III CNSM coloca como sendo imprescindível a garantia (e o aumento) de recursos financeiros para que sejam assegurados os medicamentos e que seja oferecido “o melhor tratamento no contexto da política de saúde mental”, pondo em destaque a ampliação da rede de atenção psicossocial (Brasil, 2002).

Ainda na terceira Conferência, aparece nas menções de repúdio uma colocação pontual a respeito da ausência de determinados medicamentos, “de saúde mental”, considerados de alto custo – em meio a outros de “campos” distintos, como o dermatológico – na “cesta básica” que deveria ser disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde. Esta cesta está relacionada com a “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais” que, segundo o documento da Política Nacional de Medicamentos, é um “imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco

de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País” (Brasil, 2001, p. 12).

A IV CNSM-I, por sua vez, apresenta poucas menções relacionadas à garantia de acesso e distribuição de medicamentos, contudo é nela que vemos surgir o Centro de Atenção Psicossocial enquanto possível garantidor, com horário estendido e portas abertas, de acesso a medicamento – não sendo mencionada, porém, sob quais circunstâncias se daria esse acesso.

Por fim, emerge a garantia do atendimento médico para que seja realizada a renovação de receita de “medicamentos em saúde mental” para pessoas que, supostamente, já façam uso (Brasil, 2010). Da mesma maneira que ocorre em outras menções, o relatório não deixa claro como esse procedimento se dá – o que gera certa angústia se levarmos em consideração o fato de que a medicalização atravessa de maneira abrupta os serviços de saúde exatamente nas ações de “renovação de receita”. Pessoas que passam anos fazendo uso de um medicamento psiquiátrico, mas sem passar por avaliações periódicas. atendimentos que são reduzidos ao receituário. Como é articulada a rede de cuidados neste sentido? Há uma contra-referência que possa propiciar uma aproximação com o histórico do usuário?

SUPERVISÃO E CONTROLE DE SUBSTÂNCIAS E MEDICAMENTOS

Esta categoria apresenta um total de 13 menções. Elas estão presentes na I CNSM (uma vez), na II CNSM (5 vezes), na III CNSM (3 vezes) e na IV CNSM-I (4 vezes). Desse modo, emerge a partir do momento em que, já na primeira Conferência, é mencionada a necessidade de haver, por parte do Estado, a criação de estratégias que tornem possível a supervisão e o controle das “substâncias psicotrópicas” nos serviços públicos – almejando não apenas o controle de qualidade e quantidade, mas o modo como são inseridas, prescritas e utilizadas nos serviços (Brasil, 1988). Na segunda Conferência, no capítulo sexto do relatório, intitulado “Vigilância”, para além da perspectiva apresentada anteriormente, surge a proposta de ser abolida a “produção e comercialização de todos os medicamentos que forem proibidos em seus países de origem” (Brasil, 1994, p. 18).

Ainda no capítulo sexto do relatório da II CNSM, é exposta a necessária responsabilização do Ministério da Saúde, dos profissionais da saúde e do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito a revisão da legislação referente aos

medicamentos, com a elaboração de um código sanitário específico que venha a fiscalizar o que tem sido produzido – do ponto de vista de pesquisas, produção, conservação e dispensação – de modo que seja possível garantir um acesso universal, de qualidade, com informação e pautado no uso racional (Brasil, 1994).

A segunda Conferência ainda apresenta duas outras menções que consideramos fundamentais. A primeira delas diz da necessária fiscalização, por parte da vigilância sanitária, “com penalidades mais efetivas” (Brasil, 1994), para farmácias que comercializem medicamentos sem receita médica. Ou seja, há um olhar que vai além dos espaços públicos de saúde que, aparentemente, avança no sentido de tensionar como tem sido a disponibilização de “medicamentos controlados”.

Sobre isto, cabe destacar que enxergamos como louvável a proposição, mas ela soa insuficiente se pensarmos como a sociedade se relaciona com esse comércio – e aqui localizamos a saúde, no modo de produção capitalista, enquanto mercadoria ou “como uma mercadoria capaz de propiciar [a própria] saúde” (Blank & Brauner, 2009, p. 14) e o medicamento, conseqüentemente, como objeto fim desse acesso à saúde. Há, pois, um confronto a ser enfrentado, uma vez que a compra de medicamentos sem receita médica é uma realidade social que está posta e que supostamente atende a demandas específicas e (por que não?) legítimas como, por exemplo, de uma pessoa que faz uso de algum psicotrópico, mas que não teve acesso via serviço público.

Como foi discutido por Whitaker (2017), há um controle da emissão de receitas que centraliza no profissional da medicina a prescrição de medicamentos – o que nos leva a tensionar o monopólio médico no que diz respeito à gestão desse consumo. Não estamos propondo, no entanto, de maneira reducionista, que qualquer profissional venha a assumir este lugar. A discussão vai além disso e seria, no mínimo, inconsequente colocar algo dessa magnitude sem que fosse feito um estudo intenso sobre tal questão. Por isso, indagamos: de que modo a proposição definida na II CNSM pode chegar à sociedade – pressupondo um diálogo com esta – sem que soe como (mais) uma retirada de direito e de acesso? É suficiente propor a fiscalização de estabelecimentos sem discutir as contrapartidas da decisão?

Consideramos necessário um debate que leve em conta a política neoliberal que, por um lado, amplia o mercado farmacêutico e induz o uso de medicamentos como estratégia que visa escamotear o sofrimento advindo de tal política, e por outro lado reduz o investimento público, reduzindo a garantia de insumos necessários e

indispensáveis para a melhoria na qualidade de vida da população (Blank & Brauner, 2009).

A segunda menção que trazemos à baila, e que segue presente na II CNSM, refere-se à coibição da distribuição dos psicofármacos (e outros medicamentos) enquanto instrumentos de campanha eleitoral. Propõe-se ainda que, caso haja, os implicados devem responder por crime de responsabilidade. A pertinência da proposição é indiscutível, uma vez que vivemos uma cultura político-partidária marcada por jogos de interesse que tentam esconder, no calar da noite (ou não), ações de aliciamento que vão do fornecimento de uma cesta básica de alimentos, passando por algumas notas de dinheiro e podendo desembocar em insumos medicamentosos. Resta saber quais as estratégias de fiscalização para tais condutas.

Outro ponto pertinente e que contribui com a organização desta categoria temática, está presente no relatório da III CNSM, em seus Princípios e Diretrizes, no tópico intitulado “Assistência Farmacêutica e Exames Complementares”. Este diz da necessidade de se propor a revisão da lista de medicamentos psicotrópicos que estão sendo disponibilizados pelo SUS – inclusive os de alto custo (Brasil, 2002). A proposição é importante e faz crer que há um movimento que se mostra atento ao que tem sido disponibilizado nos serviços, contudo não há clareza sobre o modo como pode ser feita a revisão e como isto pode vir a contribuir no cotidiano da atenção.

A III CNSM menciona que é importante, no processo da Reforma Psiquiátrica, atender para a assistência farmacêutica. Desse modo, propõe que o Ministério da Saúde defina e implemente uma política de medicamentos para a área da “saúde mental” – com a criação de protocolos de tratamento. Ou seja, há uma atenção emergente e que está em consonância com os avanços respaldados pela Lei 10.216/01. O relatório consegue, neste momento, sistematizar de maneira clara como foi pensada a proposição e quem deve se responsabilizar por ela – ou seja, há encaminhamentos, algo que não vemos com tanta clareza em outros momentos. A articulação entre os Estados e os Municípios também emerge como sendo fundamental para se pensar a distribuição descentralizada e o controle sistêmico da medicação, levando em consideração a Relação Nacional de Medicamentos (Brasil, 2002).

As menções encontradas na IV CNSM-I estão relacionadas mais diretamente com o controle de medicamentos, sob uma ótica da aquisição e do repasse de verbas que são destinadas à compra dos mesmos. Há uma exigência que deve partir do Governo Federal para os Estados e Municípios no que diz respeito ao controle dos valores dos

medicamentos na rede de Saúde. Há, pois, nesta última, um afastamento da perspectiva mais abrangente que se faz presente na III CNSM. Desse modo, o controle está mais voltado para a compra e distribuição do que, necessariamente, para o modo como deve se dar cada processo.

CONTROLE DA PRESCRIÇÃO

Esta categoria foi composta por um total de 11 menções. Elas estão presentes na I CNSM (uma vez), na II CNSM (3 vezes), na III CNSM (3 vezes) e na IV CNSM-I (4 vezes). A mesma diz do modo como é pensado o controle da prescrição de medicamentos psiquiátricos nos estabelecimentos de saúde. Na primeira Conferência, há uma menção única, inserida em uma maior, que aponta para o controle da prescrição em todos os serviços privados. Os serviços públicos, nesse caso, são mencionados quando é proposta a supervisão e o controle de substância psicotrópicas – temática que foi inserida na categoria “Supervisão e Controle de Substâncias e Medicamentos”.

Na II CNSM, a categoria é ilustrada em meio à aprovação de meios legais que venham a fortalecer o lugar de cidadão do dito “doente mental”, proibindo ações que violem seus direitos e, nesse contexto, inserindo a medicalização em excesso e a realização de “psicocirurgias”. Sobre elas, embora não tenham relação direta com o objetivo central deste trabalho, assumimos o compromisso ético-político de destacá-las como realidade que já se mostrava conflitante, junto à legislação em vigor no período da realização da Conferência (Brasil, 1994), com as novas práticas que vinham sendo (re)delineadas.

As outras duas menções feitas na segunda Conferência estão relacionadas não apenas com a fiscalização do excesso de prescrições, mas com o reconhecimento de que é necessária a articulação de programas de educação continuada que orientem os profissionais quanto aos riscos das prescrições abusivas que podem, em muitos casos, causar dependência(s). Assim como é ressaltada a importância do repasse de informações aos Conselhos de Saúde, de modo que seja feito o acompanhamento da situação de prescrição – é necessário identificar se há ou não abuso deste tipo de medicamento (Brasil, 1994).

É fortuito o avanço na discussão, uma vez que descentraliza o controle do Estado, porém há ausência da pessoa atendida nesta proposição. A educação continuada de profissionais só poderá ser fortalecida se, levando em conta autonomia e o

protagonismo de quem faz uso dos serviços (e dos medicamentos), houver proposta de inserção das pessoas em seus processos de cuidado. Além disso, fala-se no controle de prescrição sob uma ótica que se volta para uma possível dependência farmacológica, logo, de ordem orgânica, mas, nesse momento, ainda não é pautada uma discussão sobre os efeitos psicossociais que os abusos da prescrição podem desencadear.

A III CNSM, por sua vez, avança no debate relacionado à prescrição. Ela aponta para a medicalização excessiva como geradora de sofrimento, propõe o uso racional e seguro e, a partir disso, propõe a organização de protocolos específicos, principalmente nas regiões que não contam com médicos psiquiatras, a fim destes serem preenchidos por médicos generalistas que atendam pessoas em sofrimento psíquico e que façam uso de medicação. Esta é uma estratégia pensada para impedir o excesso das receitas e da medicalização. A lacuna a ser preenchida é, mais uma vez, a que se refere à ausência das pessoas atendidas em tais proposições.

Sobre a organização de protocolos que venham a dar conta do controle da prescrição, podemos nos valer do que coloca Mello (2018), quando reflete sobre as práticas de “cuidado” nos serviços de “saúde” e chega aos protocolos de atendimento (e derivados) como estratégias a serem (re)pensadas. Segundo o autor, nesses espaços parece haver uma espécie de repetição de procedimentos a serem adotados, como numa espécie de classificação que precede o “cuidado”: “ou seja, classifica-se antes, para ‘cuidar’ depois. Isso acaba por esvaziar o ‘cuidado’ na medida em que ele passa sempre a ser considerado como uma execução de uma ação” (Mello, 2018, p. 50). A “doença”, pois, parece preceder a existência da pessoa atendida, uma vez que os protocolos podem universalizar e categorizar suas demandas. Não estamos propondo, no entanto, a eliminação dos protocolos – não seríamos tão radicais – mas consideramos necessário pensarmos sobre os possíveis usos que são feitos de tais ferramentas.

A IV CNSM-I segue assumindo o discurso da III CNSM ao mencionar a capacitação profissional enquanto trajeto a ser percorrido rumo à garantia de um possível “controle do uso abusivo de medicamentos e assistência farmacêutica às pessoas com doença mental” (Brasil, 2010, p. 35). Contudo, mais uma vez, tal discurso se mantém voltado para profissionais, deixando num lugar silencioso quem faz uso do serviço. Insistimos nessa ausência por acreditar que ela tende a reforçar um cuidado em saúde distanciado da cogestão e do fortalecimento da autonomia. Neste contexto, compreendemos que a cogestão emerge como sendo uma estratégia potente de autonomização e protagonização dos diferentes atores no processo de produção de

saúde e de cuidado. “Ela cria condições para diferentes expressões de autonomia” (Passos et al. 2013, p. 31). Isto justifica o incômodo diante do foco mais voltado para profissionais e menos para pessoas atendidas.

A Quarta Conferência ainda propõe a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, em colaboração com a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), de uma instância que venha a controlar o uso excessivo de medicamentos psiquiátricos assumindo a função de monitorar a indústria farmacêutica, “no que tange a ações, inclusive em congressos profissionais, que levam ao abuso da prescrição e do consumo de psicofármacos” (Brasil, 2010, p. 35). É proposto que os Conselhos Federais e Regionais de Odontologia, Enfermagem, Medicina e Farmácia se coloquem no exercício efetivo de controle sobre as prescrições indiscriminadas de psicotrópicos. Questionamos: e a Psicologia? Qual o lugar dos seus Conselhos nesta empreitada? Levando em conta a dimensão Intersetorial da referida Conferência e a própria inserção da Psicologia na Saúde Pública, consideramos preocupante este silêncio.

Por fim, e não menos importante, a IV CNSM-I encerra esta categoria temática apresentando uma conjuntura que ultrapassa, de maneira fortuita, a “saúde mental”, pois se coloca em seu caráter Intersetorial. Assim, é proposta a efetivação da “ utilização da rede de apoio de saúde, de assistência social, e de proteção, entre outras existentes nos municípios, de modo que o usuário e sua família recebam o apoio necessário, de forma integral, favorecendo a não utilização de medicação desnecessária” (Brasil, 2010, p. 66).

FUGA DO MODELO ORGANICISTA

Com apenas duas menções, uma na I CNSM e outra na III CNSM, esta categoria se mostra necessária não apenas para compor a demarcação de todas as menções que dizem da temática que motivou a construção desse trabalho, mas por ela propiciar uma reflexão a respeito do modelo organicista e assistencial que atravessa os cuidados em “saúde mental”, seja na primeira ou na terceira Conferências, e, para além disso, o lugar que ocupa a medicalização neste debate.

Na primeira Conferência, é proposta a implementação e privilegiamento de equipes multiprofissionais nas “unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos” (Brasil, 1988, p. 19), de modo que estas, assumindo uma visão integral dos usuários, possam reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante em vigor. Embora ainda seja pautada uma equipe “multiprofissional” que respeite “a

especificidade de cada categoria” (Brasil, 1988), consideramos importante que já na primeira Conferência essa proposição tenha emergido.

A Terceira Conferência Nacional de “Saúde Mental”, ainda que em apenas uma menção, consegue apresentar uma perspectiva que já dialoga de maneira potente com as proposições da Reforma Psiquiátrica. É mencionada a necessidade de requalificação dos profissionais da “saúde mental” para que esses tenham condições de melhor desempenharem suas funções nos serviços substitutivos, “de modo que o amordaçamento químico que costuma caracterizar as práticas psiquiátricas seja substituído por uma efetiva humanização da relação médico paciente” (Brasil, 2002, p. 74).

Esta categoria denuncia uma negligência por parte de quem se dispõe a discutir questões que digam da “saúde mental”, das práticas de cuidado e dos modos de pensar a pessoa atendida. Falta o aprofundamento da temática no decorrer das Conferências. O modelo biomédico e organicista, como se sabe, se apropria do sofrimento sob o frágil argumento de estar produzindo “saúde”. A Psicopatologia, conforme afirmam Rodríguez, Perron, & Ouellette (2008), torna-se linguagem principal para exprimir esse sofrimento psíquico, social e relacional; e o tratamento psicofarmacológico, por sua vez, é o corolário do processo – estendendo-se para diversas experiências que, antes, passavam batido pelo olhar clínico (Rodríguez, Perron, & Ouellette, 2008).

A MEDICALIZAÇÃO MASCARA PROBLEMAS

Esta categoria assume um diálogo profícuo com a anterior. Apresentando apenas três menções, na I CNSM, na III CNSM e na IV CNSM-I, respectivamente, é possível definir que a ela diz da reflexão sobre os processos de mascaramento de problemas sociais a partir da medicalização e da psiquiatrização da vida. De acordo com o texto do relatório da primeira Conferência, há uma contribuição “para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos” (Brasil, 1988, p. 21).

É colocada, na terceira Conferência, a necessidade de serem problematizadas as ações restritas oferecidas no campo da “saúde mental”, uma vez que muitas vezes a medicamentação surge como sendo a única estratégia disponível para “minimizar a adaptação do sofrimento psíquico às condições precárias de vida” (Brasil, 2002, p. 53). Enfim, é proposto que sejam criados “mecanismos” que inibam a medicalização do

sofrimento psíquico e da exclusão social. Contudo, ressaltamos, tais mecanismos já haviam sido criados a partir da proposição de tecnologias leves de cuidado psicossocial.

A IV CNSM-I avança um pouco mais nesse aspecto, uma vez que chama a atenção, no Eixo III, em seu sub-eixo intitulado “Violência e saúde mental”, para a necessidade de ser reforçada a escuta qualificada de pessoas que se encontrem “em situação de risco e vulnerabilidade, expondo as alternativas disponíveis de acolhimento e intervenção e, incluindo-as ativamente na responsabilidade pelo destino da sua vida, rompendo com o binômio ‘violência-diagnóstico’ que gera a medicalização de um grave problema social” (Brasil, 2010, p. 156).

Apesar das poucas menções, aspecto que deve ser sempre levado em conta, consideramos pertinente o modo como foram sendo enxergados os processos de mascaramento de problemas sociais a partir da medicalização da vida e da intervenção medicamentosa. As Conferências chamam a atenção para a reformulação das práticas profissionais em “saúde mental”, de modo que elas possam delinear novos modos de cuidado e de acolhimento. Falta, por fim, a proposição de estratégias para uma possível reorganização de tais práticas em conformidade com o que tem sido proposto, mas que, por vezes, parece adormecido.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Sentimos a necessidade de criar uma categoria específica para falar sobre as menções relacionadas à medicalização de crianças e adolescentes, pois entendemos que se trata de um público singular, com demandas de cuidado e atenção diferenciadas. Desse modo, foram encontradas quatro menções – estando uma na I CNSM e as outras três identificadas na IV CNSM-I.

Desse modo, a categoria diz da necessidade de uma atenção redobrada com relação aos procedimentos terapêuticos desprendidos para as crianças e adolescentes atendidos nos serviços de “saúde mental”. A I CNSM propõe a revisão criteriosa das medidas terapêuticas voltadas para este público, assim como foca na limitação ou proibição do uso de psicofármacos e outros procedimentos, a exemplo da eletroconvulsoterapia (uma realidade mais escancarada à época), que pudessem comprometer o processo de desenvolvimento e a integridade física e mental “dos menores” (Brasil, 1988).

A IV CNSM-I, que assume as demais menções, traz o necessário enfrentamento da prescrição indiscriminada de psicofármacos para crianças e adolescentes, propondo que seja feita uma ampla discussão sobre os riscos inerentes à medicalização dessa população (Brasil, 2010) – e aqui inserimos mais uma vez o alerta para a perspectiva organicista focada em efeitos da medicamentação e não do amplo fenômeno da medicalização. Paralelo a isto, surge enquanto demanda a garantia de “política mais equânime de assistência farmacêutica, para os Municípios que não possuam serviços de CAPSi e médico especialista” (Brasil, 2010, p. 36).

Por fim, o relatório da quarta Conferência apresenta uma nota de repúdio ao descumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao ser identificada a ausência e/ou fragilidade dos serviços de “saúde mental” oferecidos para este público, violando, pois, o direito ao acesso à saúde (Brasil, 2010). Do mesmo modo, é feita uma denúncia com relação ao uso de “medicação psiquiátrica” enquanto forma de “contenção química, controle e punição” (Brasil, 2010, p. 166) – neste momento é que surge, pontualmente, um posicionamento a respeito da medicalização para além do medicamento. Há, pois, o tensionamento que esperamos ver em outros momentos dos documentos aqui analisados.

A partir das menções feitas nos relatórios, cada um apresentado em um momento histórico distinto, é possível inferir que há, ainda que timidamente, uma atenção voltada para a medicalização de crianças e adolescentes. O relatório da primeira Conferência apresenta aspectos que denunciam a realidade naquele momento – basta que seja levada em conta a proibição da eletroconvulsoterapia enquanto prática indiscriminada.

Não é uma novidade para quem discute “saúde mental” o fato de que crianças e adolescentes eram internadas nas mesmas condições degradantes às quais eram submetidas pessoas adultas (Arbex, 2013), assim como eram medicamentadas e controladas na mesma medida. A partir disso, essa categoria nos possibilita perceber um avanço, pelo menos do ponto de vista discursivo. Após um intervalo silencioso que pairou sobre a segunda e a terceira Conferências, a IV CNSM-I é mais enfática em suas menções. Contudo, diante do avanço avassalador da medicalização da infância e da adolescência – e aqui inserimos no debate o fato de que, conforme coloca Mélo (2016), no Brasil, tem aumentado o número de prescrições da “droga da obediência”, a Ritalina – o que é apresentado nos relatórios é entendido, por nós, como insuficiente. Como ir além? O que estava sendo feito?

CONTROLE DA PUBLICIDADE E PROPAGANDA

Esta categoria, como o próprio nome indica, diz de como foi pensado, ao longo das Conferências Nacionais de “Saúde Mental”, o controle da veiculação de propagandas que dizem respeito à divulgação de medicamentos. Foram identificadas 5 menções, estando presentes na II CNSM (duas vezes), na III CNSM (uma vez) e na IV CNSM–I (duas vezes). No relatório da II Conferência, as menções feitas propõem “a exclusão da propaganda, direta ou indireta, de medicamentos nos meios de comunicação, exceto em publicação técnica especializada, com rigor na descrição da medicação” (Brasil, 1994, 23). A III CNSM segue o mesmo discurso apresentado na segunda.

A IV Conferência, por sua vez, propõe a “criação de instâncias intersetoriais e participativas municipais, estaduais e federais que permitam discutir e encaminhar propostas concretas e legítimas sobre campanhas veiculadas na mídia referentes a medicamentos e outras drogas (lícitas e ilícitas)” (Brasil, 2010, p. 149). Cabe um destaque para o fato de que, de maneira atípica, são mencionadas as drogas lícitas e as ilícitas em uma mesma proposição. Isto dialoga com alguns avanços que são apresentados na IV CNSM-I, que parece levar em consideração aspectos que não surgiram nas demais. Ao mesmo tempo, é válido pontuar que, muitas vezes, o afastamento entre tais substâncias – de um lado aquelas aceitas e estimuladas, do outro ficam aquelas demonizadas e contra as quais são travadas lutas inconsequentes – corrobora o distanciamento do cuidado (necessariamente ético) voltado para quem tem relação problemática (ou não) com as ilícitas. Aliás, distancia não apenas o cuidado, mas as possibilidades de diálogo – uma vez que o foco não deveria ser as substâncias, mas as pessoas.

Ainda nesta perspectiva, a IV CNSM-I aponta para a necessidade de criação de comitês de comunicação que venham a veicular na mídia, com clareza e coerência, informações sobre as ações de “saúde mental”, de modo que seja possível ampliar o espaço de discussão que desloque a sociedade da compreensão medicalizante (e medicamentozante) à qual são reduzidos os cuidados no referido campo (Brasil, 2010).

Tais menções se mostram potentes, uma vez que reconhecem o papel decisivo que a mídia, de maneira geral, assume no imaginário social – basta recorrermos à década de 1950 e lembrarmos como se deu o fortalecimento da Indústria Farmacêutica a

partir da intensa divulgação (e estímulo para o uso) das drogas psiquiátricas, a solução mágica para as agruras da sociedade (Whitaker, 2017). Contudo, levando em consideração os avanços dos canais de comunicação, desde a realização da última Conferência até o momento, é urgente a formulação de novas estratégias para dar conta do modo como a medicalização tem chegado à sociedade por essas vias. Questiona-se: os meios de comunicação e de acesso à informação são percebidos enquanto aliados ou inimigos do campo da “saúde mental” e, mais diretamente, das discussões sobre a medicalização da vida?

USO RACIONAL E SEGURO

A partir da leitura dos relatórios e da análise do conteúdo, esta categoria foi composta por 12 menções. Elas se dividem entre a I CNSM (uma vez), III CNSM (5 vezes) e a IV CNSM–I (6 vezes). De modo geral, a categoria diz do uso racional tanto por parte dos próprios serviços de saúde, propondo a garantia do “uso racional, seguro e eficaz de todos os itens de medicamentos que constituem o Programa de Dispensação de Medicamentos de Saúde Mental, em tempo hábil, contínuo, ininterrupto e proporcional ao número de usuários, realizando farmacovigilância com a devida assistência farmacêutica” (Brasil, 2002, p. 53); assim como pauta-se em propostas que visam dialogar com usuários e todas as pessoas que fazem parte dos seus processos de cuidado – aqui são incluídos profissionais, familiares e/ou responsáveis, quando houver – sobre o uso racional e seguro de psicofármacos (Brasil, 2002; Brasil, 2010).

Na III CNSM, as menções se mostram mais diretivas e pautadas em proposições de ordem prática, uma vez que focam, principalmente, na implementação e execução de uma Política Nacional de Medicamentos em “Saúde Mental” que venha a garantir a farmacovigilância enquanto possibilidade de avaliação dos medicamentos disponibilizados – levando em conta os efeitos do uso prolongado e agudo (Brasil, 2002). A racionalidade emerge de maneira potente quando pensada no uso feito pelos serviços, ou seja, há a proposta de garantia de acesso gratuito aos medicamentos ditos “excepcionais”, na rede básica, desde que feitos protocolos de atendimento que venham a garantir o uso racional e seguro (Brasil, 2002).

Destaco ainda uma menção pertinente e que está presente no relatório da III Conferência: “estender ao uso abusivo de psicofármacos a mesma atitude crítica que existe em relação ao eletrochoque, e em igual intensidade” (Brasil, 2002, p. 135). Esta

colocação apresenta uma importante mudança nos modos de se pensar as práticas de cuidado em “saúde mental” – um reflexo da Reforma Psiquiátrica, do processo de desinstitucionalização e dos avanços alcançados a partir da aprovação da Lei 10.216/01.

Corroboramos o que é disposto na menção destacada afirmando que as práticas manicomiais, tal qual o eletrochoque, precisam estar no centro do debate. Do mesmo modo, o processo de medicalização e o uso indiscriminado de psicofármacos não devem ser colocados em um lugar periférico ou secundário, pois corre-se o risco de perde-los de vista – algo que já acontece nos próprios serviços substitutivos, quando estes assumem a medicamentação enquanto estratégia de cuidado central. O eletrochoque se autodenuncia, pois ele desperta o grito e não esconde o desespero de suas vítimas. A medicalização, por sua vez, é sorrateira. Ela não se mostra pelo grito, pela urina e pela salivação abundante. Ela exige perspicácia.

Ainda sobre o uso racional e seguro, algumas menções encontradas na IV CNSM-I dizem da necessidade de ser estimulado o uso racional de medicamentos, evitando que eles sejam assumidos como “principal intervenção”, assim como é proposta a realização de “atividades de conscientização” de profissionais sobre efeitos de medicamentos e “adesão terapêutica” nos processos de cuidado da “saúde mental” (Brasil, 2010). Ainda nessa perspectiva, emerge a necessidade de “assegurar meios para ampliar a informação crítica e racional da população em geral e dos usuários da rede em especial, sobre o consumo de medicamentos, considerando que o uso irracional e excessivo de medicamentos psicoativos prescritos é um importante problema de saúde pública” (Brasil, 2010, p. 152). Aqui, a população e os usuários passam a ser incluídos nas propostas – algo que estava pouco aparente nas demais.

Por fim, destacamos o momento em que é fortalecido o necessário compartilhamento de informações e a participação da sociedade civil. O relatório da quarta Conferência propõe a criação de um serviço “0800” que sirva de canal de orientação sobre questões concernentes à “saúde mental”, aqui sendo incluído o uso racional de medicamentos. Além disso, passam a ser pensadas estratégias que modifiquem o modo como os medicamentos têm atravessado e/ou centralizado o cuidado em “saúde mental”. Tais estratégias, portanto, emergem “fortalecendo os espaços de escuta e expressão no território, utilizando terapia comunitária, rodas de conversa, oficinas terapêuticas, grupos de dança, arte-terapia, trabalho direcionado à valorização das potencialidades dos usuários no esporte, artesanatos, artes (plásticas, musicais, cênicas)” (Brasil, 2010, p. 68).

É necessário destacar que, neste momento, identificamos, finalmente, o avanço nas propostas e a mudança de perspectiva. Nesta Conferência, de maneira isolada, e gradualmente, as pessoas atendidas passam a ser (re)conhecidas como centrais – ainda que a realidade muitas vezes confronte o que é apresentado nos documentos. Por isso, é sempre urgente a proposição de estratégias e a apresentação de experiências práticas que se desloquem do lugar comum e deem espaço para vozes sempre existentes, mas silenciadas por anos.

“DESMEDICALIZAÇÃO”

Esta categoria segue em diálogo com a anterior, uma vez que para além do uso racional e seguro, emerge a expressão “desmedicalização” enquanto postura ético-política a ser adotada na “saúde mental”. Ela apresenta, timidamente, apenas 3 menções – todas presentes na IV CNSM-I. Dentre os pontos mencionados, está a intensificação do “processo de formação em terapia comunitária como estratégia para a ampliação dos recursos que integram a saúde mental na atenção básica, contribuindo com a desmedicalização” (Brasil, 2010, p.157), assim como é colocada a necessidade de ser garantido “o abastecimento pleno e contínuo dos medicamentos de saúde mental de modo descentralizado para os municípios, sem desprezar o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico” (Brasil, 2010, p. 34).

As menções feitas assumem propostas distintas – ainda que em todas surja o termo “desmedicalização”. Não é possível homogeneizá-las enquanto propostas efetivas que venham a compor um processo que vise alterar as possibilidades de intervenção e cuidado. Ainda que uma delas traga a terapia comunitária como sendo uma estratégia que pode ampliar os recursos disponibilizados na “saúde mental”, ela não nos parece suficiente se for levada em conta a dimensão da Conferência. Como se pretende reorganizar as práticas e propor a construção de novas? Como será deslocado o cuidado com foco na medicalização para um cuidado voltado para a potencialidade das pessoas assistidas, tornando-as protagonistas dos seus processos? Ou melhor, há essa intenção? Essas questões surgem a partir da ausência de proposição no relatório da IV CNSM-I.

MEDICAMENTALIZAÇÃO ENQUANTO ADOECEDORA

Nesta categoria, criada a partir de uma única menção feita no relatório da II CNSM, vem à tona uma proposição pertinente para quem tem se debruçado sobre as discussões em torno da medicalização e os atravessamentos que ela causa nas experiências da vida cotidiana. Desse modo, é mencionada a necessidade de “buscar que também sejam reconhecidas as drogas ditas lícitas como causa de adoecimento psíquico (álcool, tabaco, tranquilizantes e outros)” (Brasil, 1994, p. 29).

A respeito desta menção – aqui enxergada em sua inteireza, mesmo isolada e limitada a um único relatório – cabe a citação apresentada por Rodriguez et al. (2008, p. 133–134). Este trecho é capaz de ilustrar, por si só, o que é proposto na categoria mencionada:

Ele me dizia que eu deveria tomar medicamentos durante toda a minha vida [...] Também recebi eletrochoques. Talvez eu não tivesse tido necessidade. Quando disse isso ao meu médico, ele me respondeu: ‘Senhora, quando a dor é muito grande’ [...] Eu quis lhe dizer: Quando a dor é muito grande... falemos dela... da dor...

Aqui surge uma espécie de metalinguagem para falar sobre o adoecimento psíquico, visto que ele emerge a partir do processo de cura-medicalizada no qual é inserido. É o adoecimento do adoecimento. É o processo de silenciamento – causado pela imposição de um tratamento farmacológico que, muitas vezes, silencia a expressão da dor e abafa as subjetividades. Os “sintomas” passam a ser objetivados e “o diálogo paciente/interventor é, então, totalmente contido na relação com a medicação, deixando à sombra os múltiplos não-ditos do sofrimento” (Rodriguez et al., 2008, p. 134).

ACESSO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Esta categoria, que conta com apenas uma menção, presente na II CNSM, diz da garantia de acesso, por parte dos usuários dos serviços, assim como seus familiares ou responsáveis, se for o caso; ao tratamento medicamentoso, seus possíveis efeitos colaterais e a dosagem do mesmo. Este acesso está relacionado, conforme consta no relatório, com o necessário “discernimento dos sintomas causados pela medicação em relação àqueles próprios da doença” (Brasil, 1994, p. 32).

Deixamos claro que, embora a palavra “tratamento” tenha emergido em outros momentos no decorrer da leitura dos relatórios, aqui destacamos apenas a menção que

fala, especificamente, sobre os tratamentos que são atravessados, diretamente, pela medicação. A pouca aparição dessa menção desperta algumas questões no que diz respeito à sua ausência nos demais relatórios – principalmente naqueles mais recentes e que assumem uma posição mais crítica com relação à medicalização.

Como tem sido pensado, no decorrer das Conferências Nacionais de “Saúde Mental”, o acesso ao tratamento medicamentoso? Como tem sido fortalecida a autonomia das pessoas atendidas a partir da necessária apropriação de seu projeto terapêutico? É necessário o tensionamento de tais questões, visto que “cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos” (GAM, 2014, p.7) e é esta experiência, narrada por ele e não por terceiros, que irá lhe permitir ocupar um lugar que ultrapasse o de paciente-receptáculo de tecnologias de cuidado.

INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: CONTROLE DO ESTADO

Esta categoria surge apenas no relatório da I CNSM e diz da definição do Estado enquanto controlador da Indústria Farmacêutica – passando por um processo de estatização. “Para tanto, passa a constituir monopólio do Estado a importação de matéria-prima químico-farmacêutica, a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e outros insumos essenciais para o setor” (Brasil, 1988, p. 16). Ainda de acordo com a menção feita, “o Estado deverá assegurar o desenvolvimento de uma indústria química de base, sob seu controle, com vistas a garantir a soberania nacional no setor químico e farmacêutico. Deverão, ainda, ser fortalecidas as indústrias estatais de equipamentos de saúde” (Brasil, 1988, p. 16).

Esta categoria emerge na Primeira Conferência Nacional de “Saúde Mental”, um momento histórico fortalecido pela luta no amplo campo da saúde. Os ânimos estavam exaltados e, por isso, o movimento de combate ao que se colocava na linha de ataque aos Direitos, se fazia potente. A Indústria Farmacêutica, portanto, entrava no emaranhado. Compartilhamos a colocação feita por Gotzsche (2016), quando ele diz:

A indústria farmacêutica mais ou menos controla a si mesma; nossos políticos têm enfraquecido as demandas regulatórias ao longo dos anos, pois pensam mais em dinheiro do que na segurança do paciente; existem conflitos de interesse em agências de medicamentos; o sistema baseia-se em confiança, embora saibamos que a indústria mente para nós e, quando aparecem problemas, as agências usam tapeações, embora saibam que não irá funcionar (Gotsche , 2016, p. 103).

A indústria farmacêutica não violava o acesso gratuito apenas no momento em que aconteceu a I CNSM. Por isso, alertamos para a ausência de mais menções, a esse respeito, nas demais Conferências.

A quem atende este silêncio?

Qual tem sido o lugar ocupado pela Indústria Farmacêutica nos demais anos e demais Conferências?

FINANCIAMENTO E INVESTIMENTOS

Esta categoria apresenta 17 menções – concentradas na III CNSM (11 vezes) e na IV CNSM-I (6 vezes). De maneira geral, foram agrupadas aquelas que dizem das propostas de financiamento dos medicamentos e da assistência farmacêutica; assim como informações sobre quais as instâncias responsáveis e o modo como devem gerenciar o orçamento destinado à compra e distribuição de medicamentos; além de informações sobre arrecadação de recursos financeiros, possíveis investimentos na área e quebra de patente para barateamento de custos.

Dentre os aspectos que se mostram em conformidade com os avanços da Reforma Psiquiátrica, levando em conta a data de realização da III CNSM, destacamos a proposição que objetiva assegurar o aumento das verbas voltadas para a compra de medicação considerando a necessária proporcionalidade com relação à implementação dos serviços substitutivos (Brasil, 2002). É ainda proposto que os serviços se programem e tenham acesso ao orçamento, de maneira que possam gerenciar os recursos financeiros (federais, estaduais e municipais suficientes) para a aquisição de medicamentos (Brasil, 2002); para tal, espera-se que os Estados venham a promover “a municipalização solidária”, com incentivo financeiro, para que sejam efetivadas as ações “de saúde mental e assistência farmacêutica” (Brasil, 2002, p. 88). Sobre as Indústrias Farmacêuticas, ainda na III CNSM, há o encaminhamento do projeto de lei que almeja a destinação de 30% do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) das indústrias para programas de “saúde mental” (Brasil, 2002).

Na terceira Conferência há, ainda, uma chamada para investimentos por parte do Ministério da Saúde “no parque industrial farmacêutico público, visando à produção de medicamentos essenciais que atendam à demanda populacional” (Brasil, 2002, p. 114), possibilitando que os Municípios adquiram medicamentos diretamente de “laboratórios

oficiais”. Esta menção dialoga com a nota de repúdio emitida ao final do relatório. A nota se refere à criação do “Programa Nacional Auxílio Medicamento – FARMASUS”, e é justificada por considerar que não houve diálogo democrático em sua proposição. Além disso, consta no relatório da III CNSM que a proposta transfere para o setor privado as ações de assistência farmacêutica – o que fere diretamente os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, que são basilares no SUS, além de inviabilizar o Controle Social e as ações de saúde da Política Pública de Saúde do País (Brasil, 2002).

A IV CNSM-I apresenta proposições que seguem a mesma lógica das que são apresentadas na III CNSM – maior foco no financiamento, distribuição de recursos financeiros e definições que dizem respeito à administração. A categoria, como é possível inferir no início desse tópico, está dentre aquelas que mais concentraram menções no decorrer da leitura dos relatórios das Conferências Nacionais de “Saúde Mental”. Ousamos dizer que ela vem para fortalecer a compreensão de que há um foco no investimento e no financiamento dos medicamentos – colocando-os, muitas vezes, como centrais nas estratégias e tecnologias de cuidado em “saúde mental”.

Quão contraditório isto pode soar?

Evocamos a colocação feita por Freitas e Amarante (2015) quando mencionam a aliança feita entre a psiquiatria e a Indústria Farmacêutica, mas findamos indo além, pois tal aliança não pertence apenas a dois senhores, mas outros tantos que compõem a rede de cuidados. A aliança fortalece, pois, a cura (apenas) pela droga – com produção, financiamento e investimento garantidos, quiçá estimulados.

Questiona-se: quantas cifras estão sendo liberadas para cuidados outros?

Qual será a situação atual de financiamento e investimentos na “saúde mental”?

CAPACITAÇÃO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Esta categoria apresenta apenas duas menções, uma feita na III CNSM e outra feita na IV CNSM-I. Embora com pouca aparição, ela apresenta um ponto importante a ser levado em consideração: a capacitação de “médicos generalistas que atuam na atenção básica, por meio de protocolos assistenciais, para o uso de medicamentos essenciais nas patologias de maior prevalência” (Brasil, 2002, p. 77). Além disso, é proposta a implantação, nos Municípios que não foram contemplados com Centros de Atenção Psicossocial, de “programas de educação permanente às Equipes de Saúde da

Família (ESF), considerando a lógica da reforma psiquiátrica” (Brasil, 2010, p. 84). Dentre as questões a serem levadas em conta nos processos de educação permanente, surge a prescrição de medicação, assim como o “reconhecimento da importância de empoderamento dos usuários, familiares e comunidade” (Brasil, 2010, p. 84).

É importante destacar que, como foi visto, a III CNSM especifica a capacitação de “médicos generalistas”. A quarta Conferência, por sua vez e levando em conta a intersetorialidade, vai além e apresenta a necessidade de capacitação de todos os profissionais. Dessa forma, é reconhecido o desafio enfrentado pelas Equipes de Saúde da Família no que diz respeito ao trabalho com a “saúde mental”, uma vez que há um despreparado para a lida neste campo – muitas vezes reduzindo a prática do médico generalista à renovação de receitas sem que haja, sequer, uma revisão do quadro clínico da pessoa atendida.

Concordamos com Gryscek & Pinto (2015) quando afirmam que as dificuldades relacionadas ao cuidado em “saúde mental”, muitas vezes, estão vinculadas ao olhar biomédico que atravessa a prática e se volta para quem é atendido. Desse modo, o “cuidado” se resume a uma medicação e/ou encaminhamento para avaliação especializada. Há um afastamento das possibilidades de atuação que levam em conta a cogestão das práticas de cuidado, a autonomia da pessoa atendida e a sua história de vida. O acolhimento e a escuta são negligenciados. Por isso, é preciso ir além. As Equipes de Saúde da Família precisam “superar a rigidez e a formatação da gestão da ESF, que ocorre pela execução de programas prescritivos e frequentemente não contempla toda a complexidade dos cuidados em saúde mental” (Gryscek & Pinto, 2015, p. 3260).

FUNÇÃO DO FARMACÊUTICO NO MANEJO DE MEDICAMENTO

Esta categoria apresenta duas menções – ambos presentes no relatório da IV CNSM-I – e diz da “inserção do profissional farmacêutico exclusivo para assistência farmacêutica em saúde mental” (Brasil, 2010, p. 32). Além disso, é proposto que seja garantida a lotação desses profissionais em todas as unidades e serviços de saúde, como um todo, e de “saúde mental”, especialmente aqueles que disponham de “medicamentos psicofármacos” (Brasil, 2010).

Aparentemente, esta inserção diz de um suporte necessário, nos espaços de saúde, a ser mediado por um profissional que tenha amplo conhecimento a respeito dos

medicamentos e que possa trabalhar na organização e estruturação dos serviços, contribuir com a perspectiva do uso racional e seguro das medicações, assim como manejar o consumo e prescrição indiscriminados (Melo & Castro, 2017). Contudo, a partir da leitura dos relatórios, não há um aprofundamento da demanda apresentada, assim como ela não emerge nas demais Conferências.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Esta categoria emerge, pontualmente, a partir de quatro menções presentes na Quarta Conferência Nacional de “Saúde Mental” – Intersetorial. Ela diz, de maneira geral, da necessária implantação “da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde na rede de saúde mental e na atenção básica, garantindo, além da homeopatia e acupuntura, a fitoterapia e as práticas psicocorporais” (Brasil, 2010, p. 36). Propõe também o incentivo à pesquisa de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos em “saúde mental” (Brasil, 2010). Por fim, traz a ampliação da Farmácia Básica – com a inclusão dos fitoterápicos e homeopáticos, além dos “psicotrópicos genéricos, em consonância com os avanços da farmacologia psiquiátrica” (Brasil, 2010, p. 36).

Ousamos afirmar que a aparição desta categoria apenas na IV CNSM-I tem relação direta com a aprovação, em 2006, da PNPIC no SUS. Ou seja, vale a pena considerarmos a pertinência de tais menções, uma vez que elas propõem um novo olhar para tais práticas – muitas vezes negligenciadas pelo saber médico hegemônico. Restamos saber como está sendo fortalecido esse debate e como tem sido a implementação das PIC’s – para tal, se faz necessária a organização de uma nova Conferência.

Aliás, nos questionamos: quando será a V Conferência Nacional de “Saúde Mental”?

CONSIDERAÇÕES INFUNDADAS

Tendo em vista tudo que foi exposto, podemos inferir, sem medo de soar radical, que muito temos a discutir. A partir de um olhar crítico, consideramos que o fenômeno da medicalização (e da medicamentação), levando em conta a sua complexidade, não foi explorado de maneira suficiente no decorrer das Conferências Nacionais de “Saúde Mental”. Corroboramos o que dizem Freitas e Amarante (2015) ao afirmarem

que para que sejam pensadas (e implementadas) políticas públicas que atentem para processos de desmedicalização da(s) existência(s), é preciso que se tome consciência do fenômeno como um todo – levando em conta sua dimensão política, social, econômica e cultural.

Não negamos a eficácia do saber médico, assim como não negamos a importância deste para o cuidado em saúde. Não se trata disso. É bem verdade que houveram avanços do ponto de vista da sistematização, da distribuição, da garantia de acesso, do controle, da reorganização de serviços, e demais aspectos de ordem “metodológica”. Contudo, reiteramos que esses avanços não conseguem abarcar o que está para além. Eles são tímidos. Não identificamos, efetivamente, um avanço discursivo que tenha se mostrado disposto a problematizar e deslocar, de fato, a medicalização do centro das práticas para um lugar de “possibilidade dentre outras várias”.

Não há espaço (e tempo) para uma discussão morna e distanciada das vastas experiências no campo da “saúde mental” – que ora mostram as potencialidades de um campo criativo, ora denunciam seus retrocessos – mas para uma discussão que ferve e que convoca. Diante de um cenário com tamanha complexidade política e institucional, precisamos reunir forças e construir espaços de resistência (e insistência) que nos levem à organização de uma nova Conferência Nacional de “Saúde Mental”, levando em conta, ainda, que no ano de 2019 já terão se passado nove anos desde a Conferência realizada em 2010 – tempo máximo que já se apresentou de intervalo entre uma e outra. Precisamos de espaços para o tensionamento de práticas e o questionamento do que está posto.

O tempo, este “tambor de todos os ritmos”, passou, mas a medicalização (e/ou a carência dela nos documentos oficiais), assim como a medicamentação, segue fortalecendo práticas manicomializantes de aprisionamento de subjetividades e existências. Nós temos em aberto, ainda hoje, as lacunas que foram (des)encontradas nos relatórios das Conferências – e outros agravantes que não param de emergir. Não negamos os avanços, contudo retiramos as vendas dos olhos e afirmamos que nunca houve, e talvez não haverá, coesão no modo como os cuidados em “saúde mental” são pensados. Por isso, acreditamos que é na diferença que precisamos fortalecer os discursos que produzem autonomia e liberdade.

A compreensão da Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento não estanque, em tempos sombrios tal qual o que vivemos hoje, parece estar distanciada de quem trabalha

e luta pela assistência no campo da dita “saúde mental”. Não podemos silenciar! Somos parte de um coletivo que grita, pois “mesmo calada a boca, resta o peito”: “ninguém solta a mão de ninguém”.

REFERÊNCIAS

- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Blank, D. M. P.; Brauner, M. C.C. Medicalização da saúde: biomercado, justiça e responsabilidade social. Artigo Original. *Juris*, Rio Grande, 2009. Disponível em: <http://www.seer.furg.br/juris/article/view/3203>
- Brasil (1986). *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.
- Brasil (1988). *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.
- Brasil (1994). *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.
- Brasil (2001a). Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. *Legislação em Saúde Mental*. 1990–2004. Série E. *Legislação de Saúde*. 5. ed. ampl. Brasília, 2004.
- Brasil. (2001b). *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.
- Brasil (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Brasília.
- Coser, O. (2010). *As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Caponi, S. (2016). Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: S. Caponi, M. F. V. Valencia, M. Verdi, & S. J. Assmann (Orgs.), *A medicalização da vida como estratégia biopolítica* (1a ed., Cap. 7, pp. 97–114). São Paulo: LiberArs.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Subsídios para a campanha: Não à medicalização da vida*. Brasília.
- Foucault, M. (2000). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gergen, K. J. (2009) O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1): 299–325.

- Gotzsche, P. (2016). Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman Companhia Editorial.
- Gryschek, G., & Pinto, A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255–3262. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>.
- Kinker, F. S.. (2017). Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 189–198. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0163>
- Méllo , R. P. (2016). As drogas cotidianas em tempos de sobrevivência. In L. L. F. Vieira, L. F. Rios & T. N. A Queiroz. (Orgs.). *A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento* (pp. 20–31). Recife: Editora UFPE.
- Méllo , R. P. (2018). *Cuidar? De Quem? De Quê? A Ética que nos Conduz*. Curitiba: Appris Editora.
- Melo, D.O., & Castro, L. L. C. (2017). A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 235–244. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015>
- Merhy, E.E. & Feuerwerker, L.C.M. (2009) Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarin, A.C.S.; Gomberg, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS.
- Passos, E., Palombini, A. L., Campos, R. O., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., Marques, C. C.,... Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em “saúde mental”: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, (41), 24–38. Recuperado em 12 de novembro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Petuco, D. (2016). *O pomo da discórdia? A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- Rodriguez, L.; Perron, N.; Ouellette, J.N. (2008). Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko Campos, R. et al. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Simas, M. L. B. (2018). *Esquizofrenia: seus fenômenos perceptivos e cognitivos na primeira pessoa*. Curitiba: Appris.

Whitaker, R. (2017). Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz.