



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO (FE)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

WANY TEIXEIRA LIMA

**A intensificação do sofrimento psíquico na pandemia:** implicações para o processo de medicalização e da produção de subjetividade no campo da Atenção Básica

GOIÂNIA  
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

### E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### 1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação     Tese     Outro\*: \_\_\_\_\_

\*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

**Exemplos:** Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

#### 2. Nome completo do autor

Wany Teixeira Lima

#### 3. Título do trabalho

**A intensificação do sofrimento psíquico na pandemia: implicações para o processo de medicalização e da produção de subjetividade no campo da Atenção Básica**

#### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**

23/10/2023, 21:10

SEI - Documento para Assinatura



Documento assinado eletronicamente por **Tiago Cassoli, Usuário Externo**, em 23/10/2023, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wany Teixeira Lima, Discente**, em 23/10/2023, às 21:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4145554** e o código CRC **590976A2**.

Referência: Processo nº 23070.055322/2023-62

SEI nº 4145554

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO (FE)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

WANY TEIXEIRA LIMA

**A intensificação do sofrimento psíquico na pandemia: implicações para o processo de medicalização e da produção de subjetividade no campo da Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de educação, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Bases Históricas, Teóricas e Políticas da Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Cassoli.

GOIÂNIA  
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Lima, Wany Teixeira

A intensificação do sofrimento psíquico na pandemia [manuscrito] : implicações para o processo de medicalização e da produção de subjetividade no campo da Atenção Básica / Wany Teixeira Lima. - 2023.

XIV, 130 f.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Cassoli.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2023.

Bibliografia.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de tabelas.

1. Pandemia. 2. Sofrimento psíquico. 3. Medicalização. 4. Atenção básica. I. Cassoli, Tiago, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 44/2023 da sessão de Defesa de Dissertação de Wany Teixeira Lima, que confere o título de Mestre em Psicologia a estudante de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP, área de concentração em Psicologia.

Aos vinte e sete dias do mês de setembro de dois mil e vinte e três, a partir das 09:00h, realizada na plataforma *on line Google Meet*, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**A intensificação do sofrimento psíquico na pandemia: implicações para o processo de medicalização e da produção de subjetividade no campo da Atenção Básica**”. Os trabalhos foram instalados pelo Orientador, Professor Doutor Tiago Cassoli/ PPGP/FE-UFG, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor Doutor Pedro Adalberto Gomes de Oliveira Neto/ PPGP/FE-UFG e Professor Doutor Fernando Luiz Zanetti/UEMG. Durante a arguição os membros da banca **[não/fizeram]** sugestão de alteração do título do trabalho **[se for o caso inserir: conforme explicitado abaixo]**. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **[aprovada]** pelos seus membros.

Proclamados os resultados pelo Professor Doutor Tiago Cassoli/ PPGP/FE-UFG, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e sete dias do mês de setembro de dois mil e vinte três.

**Membro Titular Presidente** - Tiago Cassoli / PPGP/FE-UFG

**Membro titular 2** - Pedro Adalberto Gomes de Oliveira Neto/ PPGP/FE-UFG

**Membro titular 3** - Fernando Luiz Zanetti/ UEMG

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Luiz Zanetti, Usuário Externo**, em 27/09/2023, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wany Teixeira Lima, Discente**, em 27/09/2023, às 13:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Adalberto Gomes De Oliveira Neto, Professor do Magistério Superior**, em 27/09/2023, às 18:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Tiago Cassoli, Usuário Externo**, em 23/10/2023, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4074420** e o código CRC **A080F8DF**.

---

**Referência:** Processo nº 23070.055322/2023-62

SEI nº 4074420

Dedico este trabalho à minha filha, Ísis, por quem tudo vale a pena!

## **Agradecimentos**

A Deus e a um universo que me responde com tanta gentileza nessa oportunidade.

À minha família, pelos pilares da existência e por compreender a minha ausência durante a caminhada. Obrigada por me proporcionarem a riqueza do estudo, fazendo de mim uma profissional com dignidade.

Às amigas e companheiras de trajetória, em especial, Railda, Danielly e Thaís, pelo suporte técnico e emocional durante o mestrado. Do encontro acadêmico possibilitado, construímos uma parceria que extrapolou as barreiras virtuais.

Aos professores do PPGP-UFG que muito me ensinaram, contribuindo para a minha formação como psicóloga e pesquisadora.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Tiago Cassoli, a minha gratidão por acreditar na minha pesquisa ao me aceitar como sua orientanda e pelos ensinamentos valiosos para materializar essa escrita.

Aos membros da comissão examinadora, Prof. Dr. Fernando Luiz Zanetti e Prof. Dr. Pedro Adalberto Gomes de Oliveira Neto, por aceitarem o convite e pela disponibilidade em ler e contribuir para a melhoria da minha pesquisa.

Aos meus pacientes e usuários do SUS, minha imensa gratidão... Em cada face, uma história de vida, um pedido, uma demanda, instigando-me o interesse pela temática da pesquisa e contribuindo para minha qualificação.

Por que alguém se sente compelido a escrever? A se isolar, a se envolver num casulo, no êxtase de sua solidão, malgrado as necessidades dos outros. Virginia Woolf tinha seu quarto. Proust, suas venezianas fechadas. Marguerite Duras, sua casa calada. Dylan Thomas, seu modesto casebre. Todos em busca de um vazio que pudessem encher de palavras.

(...)

Por que escrevemos? Irrompe um coro.

Porque não podemos somente viver.

(Patti Smith em *Devoção*).

## Sumário

<b>Apresentação do problema</b> .....	16
<b>Introdução</b> .....	28
<b>Capítulo 1 – O impacto da pandemia da COVID-19 para a saúde mental: atravessamentos no campo da Atenção Básica</b> .....	46
1.1 O papel da Atenção Básica no cenário pandêmico: desafios e potencialidades .....	47
1.1.1 <i>A intensificação do sofrimento psíquico na pandemia: Reflexos na AB.</i> .....	51
1.2 Práticas de normalização do sofrimento psíquico: estratégias de capturas da sociedade contemporânea .....	60
1.2.1 <i>Primeira linha de análise – Práticas discursivas e das relações de poder médico-paciente.</i> .....	61
1.2.2 <i>Segunda linha de análise – Práticas higienistas: vigilância como forma de controle dos sujeitos.</i> .....	65
1.2.3 <i>Terceira linha de análise – Práticas centradas no modelo biomédico: processo de medicalização como disciplina dos corpos.</i> .....	68
<b>Capítulo 2 – Uma breve genealogia da biopolítica e governamentalidade: Política de Saúde Pública e o governo das condutas</b> .....	78
2.1 Recorte histórico 1 – Medicina da Vigilância: Processos de higienização das populações .....	81
2.1.1 <i>Biopolítica e medicalização como estratégia de dominação.</i> .....	87
2.2 Recorte histórico 2 – Gestão biopolítica das epidemias e da saúde pública brasileira ...	92
2.2.1 <i>Breve história das epidemias e pandemias: estratégias biopolíticas evidenciadas.</i> 93	
2.2.2 <i>Movimento de sanitização no Brasil: alguns elementos para uma problematização das Políticas Públicas de Saúde Mental no contexto contemporâneo.</i> .....	100
<b>Capítulo 3 – Problematizações do processo de patologização e medicalização da vida na pandemia: materialização dos efeitos nos modos de subjetivação</b> .....	109
3.1 Diagnóstico psiquiátrico e a produção de subjetividade a partir da pandemia .....	109
3.2 A psicologia no contexto da pandemia da COVID-19: rupturas e resistências .....	117
<b>Considerações finais</b> .....	126
<b>Referências</b> .....	130

**Lista de Tabelas**

Tabela 1. Levantamento de arquivos analisados na pesquisa.....	40
--	----

**Lista de Abreviaturas e Siglas**

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COVID-19	<i>(co)rona (vi)rus (d)isease</i> – tradução “doença do coronavírus” Já o número 19 está ligado a 2019, quando os primeiros casos foram publicamente divulgados
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
eSF	equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Sars	Síndrome respiratória aguda grave
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCCE	Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins

## Resumo

O objetivo deste trabalho foi analisar os discursos e práticas do dispositivo médico na pandemia frente às demandas de Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. A pesquisa foi realizada com base em documentos, tais como: artigos científicos, dissertações, teses e outros referentes, publicados nas bases de dados. Já a análise, ocorreu mediante a perspectiva histórica genealógica de Michel Foucault. Foram traçados dois grandes recortes para o delineamento desta pesquisa que desmembrou em duas fases: 1) o contemporâneo: mapeamento da função normatizadora do dispositivo médico na pandemia em suas diferentes práticas disciplinares e de controle; 2) Recorte genealógico entre os séculos XVIII e XIX: mapeando e contextualizando as forças históricas que atravessam o dispositivo em questão, para verificar como seus desdobramentos convergem em linhas de saber, poder e subjetivação no contemporâneo. Como resultado, evidenciaram-se práticas normalizadoras sob o binário normal versus patológico, que se apresentam como fenômeno da medicalização, problematizando o lugar da psicologia no tocante aos processos apresentados, compreendendo novos paradigmas sobre a verdade científica e dos efeitos dela decorrentes.

**Palavras-chave:** Pandemia; Sofrimento psíquico; Medicalização; Atenção Básica.

## Abstract

The aim of this paper was to analyze the discourses and practices of the medical device in the pandemic facing mental health demands in the context of primary care. The research was based on documents such as scientific articles, dissertations, theses and other references published in databases, and the analysis was carried out using Foucault's genealogical historical perspective. In this research, two main sections have been developed, which were divided into two phases: 1) contemporary: mapping the normalizing function of the medical device in the pandemic in its disciplinary and control practices; 2) genealogical section between the 18th and 19th centuries: mapping and contextualizing the historical forces that cross the device in question to see how its developments converge in lines of knowledge, power and subjectivation in the contemporary. As a result, we found normalizing practices under the binary of normal versus pathological, presenting themselves as a phenomenon of medicalization, problematizing the place of psychology in relation to the processes presented, understanding new paradigms about scientific truth and the effects resulting from it.

**Keywords:** Pandemic; Psychic suffering; Medicalization; Primary Care.

## **Apresentação do problema**

O arquivo copiado à mão em uma página em branco é um fragmento de tempo capturado; só mais tarde separam-se os temas, formulam-se interpretações. Isso toma muito tempo e às vezes faz mal ao ombro, provocando estiramento no pescoço; mas ajuda a descobrir o sentido (Farge, 2017, p. 23).

O presente trabalho que ora apresentamos é para além de uma narrativa da nossa pesquisa de dissertação de mestrado, uma vez delimitado em palavras escritas, propõe inicialmente traçar apontamentos, a respeito do percurso que comporta as elaborações que compõem nossa pesquisa. Na direção, portanto, do que pretendemos articular, a discussão se encontra alinhada aos atravessamentos como processos de escrita, que possibilitaram o delineamento do objeto proposto, de modo que, escrevemos para problematizar questões que nos atravessam como possibilidades de abrir potências e caminhos para os leitores que buscam outros modos de indagar e fazer emergir seus escritos.

Assim, conforme aponta Zanella (2012), a escrita não é apenas um relato de pesquisa, é uma narrativa da relação entre quem escreve/pesquisa com o objeto investigado, o que permite que ela seja constantemente reinventada. Nesse sentido, toda escrita mostra a escolha de quem escreve, assim como possibilita inúmeros dizeres, mas não articulados, visto que todo dito abre espaço para infinitas contradições, via leitor que inevitavelmente (re)cria o que lê e se posiciona, com os sentidos que emergem das relações éticas, estéticas e políticas que estabelece com o texto lido.

Deste modo, a temática que compõe esta pesquisa são fragmentos de uma trajetória instaurada bem antes do início do programa de mestrado, advém de reflexões e, principalmente, de inquietações que emergiram da minha prática como psicóloga no campo da Saúde Pública,

especificamente, na Atenção Básica. Nessa direção, pensando nas concepções iniciais deste trabalho, podemos apontar como marco conceitual algumas definições e diretrizes relevantes para a compreensão da problemática emergente nesse campo de atuação.

Assim, cumpre destacar que, segundo o Ministério da Saúde (MS), o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona em três categorias de atenção à saúde, estruturado em crescente nível de complexidade e densidade tecnológica, tal como Atenção Primária, Secundária e Terciária (Ministério da Saúde, 2012). Logo, considerando o objetivo proposto por esta pesquisa, interessa-nos dissertar sobre o primeiro nível, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), assim também, denominada por alguns autores.

É importante assinalar que existe uma discussão relacionada acerca da terminologia padrão para denominar este primeiro nível de atenção à saúde. Conforme Mello et al. (2009), no processo histórico brasileiro, o termo “Atenção Básica” foi utilizado oficialmente pelo Governo Federal, ainda que, em documentos oficiais, a expressão “Atenção Primária à Saúde” é frequentemente empregada. Tal debate obtém contornos específicos, mas os autores apontam que:

... as origens históricas e diferenças conceituais dessas expressões, assumindo que o conhecimento histórico e a fundamentação dos conceitos atrelados a esses termos podem contribuir para clarificar o debate e o entendimento da proposta brasileira de Atenção Básica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

... os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. Porém, em algumas ocasiões, seus referenciais variam desde as correntes francamente funcionalistas até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” ao de “Atenção

Primária” (Mello et al., 2009, p. 204).

Portanto, com o intuito de evitar discordância em termos conceituais, neste trabalho será empregada como padrão a expressão Atenção Básica (AB)<sup>1</sup>, que pode ser definida de acordo com o MS como o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. Logo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com a finalidade de desenvolver uma atenção integralizada na situação de saúde e autonomia dos indivíduos bem como nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (Ministério da Saúde, 2012).

Para a reorganização da AB no país, criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de expandir, qualificar e consolidar a AB, possibilitando dessa maneira reorientar o processo de trabalho com maior potencial, de aprofundar os princípios e diretrizes do SUS, ampliando a resolutividade e impacto na condição de saúde das pessoas e coletividades no que diz respeito a custo-efetividade (Morais et al., 2016). A ESF é considerada uma das portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), podendo ser caracterizada pela existência de uma equipe multiprofissional de saúde da família, no caso, a equipe de referência, responsável pela condução do cuidado, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No entanto, é possível ainda, ampliar esta composição com a presença, na equipe, dos profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal (Ministério da Saúde, 2012).

Logo, devido a sua grande complexidade, as ações das equipes de saúde acabaram por exigir a intervenção de outros profissionais da saúde, organizando uma estrutura de Apoio Matricial, referendada e ampliada pelo MS através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF),

---

<sup>1</sup> Instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

na perspectiva de melhor qualificar as ações da AB. Estas equipes são compostas por categorias de profissionais da saúde, complementares às equipes que atuam na AB, sendo constituída por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de AB (Ministério da Saúde, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS, atribuindo uma nova nomenclatura ao programa que, passou a ser renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por meio da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do MS. Dessa maneira, a dimensão do apoio foi retirada do nome, embora a descrição da sua atuação ainda o traduzisse, assim, ampliou-se o escopo de atuação do NASF-AB, para além das eSF, incluindo também outras equipes de AB (Ministério da Saúde, 2017)

Cabe aqui, buscar alinhar a discussão ora iniciada com a minha prática como psicóloga no âmbito apresentado e, apontar as questões prévias que conduziram a problemática desta pesquisa. No ano de 2017, fui selecionada para compor a equipe do NASF-AB em um município de pequeno porte, no estado do Tocantins, minha primeira experiência profissional nesta política de saúde. Atuei na coordenação da equipe e também como psicóloga. Durante essa jornada, me deparei com o aumento do consumo de psicofármacos nos serviços de saúde a partir de queixas não especificadas, caracterizadas por relatos de pacientes em sofrimento psíquico vivenciando problemas psicossociais, tendo sido encaminhados ao atendimento psicológico pelos médicos da ESF, seja por acreditarem na necessidade de um acompanhamento psicológico sobre o caso ou por demanda espontânea do paciente.

Nesse cenário, a grande maioria dos usuários apresentavam histórico de prescrição de psicofármacos, muitas vezes em longo prazo, sem acompanhamento adequado, progressão ou redução da dosagem, o que por sua vez, apontava para a necessidade de problematizar os

desafios e as possibilidades da atuação da equipe do NASF-AB frente à redução do uso irracional deste tipo de substâncias. Tendo em vista as indagações postas, nascia uma problemática de pesquisa, que na época resultou no meu Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização (TCCE) *Lato Sensu* em Serviço Social e Política Social realizada na Universidade Federal do Tocantins (UFT), com o seguinte título: *Intervenção interdisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica frente ao uso abusivo de psicofármacos*.

É preciso ressaltar que, a responsabilidade da definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF-AB<sup>2</sup> é do gestor municipal, que deve, entretanto, priorizar as necessidades do território e a disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (Ministério da Saúde, 2013). Sendo assim, as ações desenvolvidas pelos NASF-AB possuem dois principais públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas e os usuários do SUS diretamente. O NASF-AB, portanto, faz parte da AB, porém não se constitui como um serviço com espaço físico próprio, ou seja, é necessário que os profissionais do Núcleo utilizem as ESF e de outros pontos do território para execução do seu trabalho. Dessa forma, devem atuar a partir das demandas identificadas em conjunto com as equipes vinculadas, de maneira integrada à RAS e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias (Ministério da Saúde, 2014).

Nessa perspectiva, a equipe do NASF-AB, no referido município, era formada por profissionais de diferentes categorias, tais como: Psicóloga, Fisioterapeuta, Assistente Social, Farmacêutico e Profissional de Educação Física, com o objetivo de ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, assim como aumentar a resolutividade e abrangência das ações na AB. Por conseguinte, as problematizações feitas a partir da pesquisa citada anteriormente, possibilitaram propor novas formas de pensar o uso racional de psicofármacos, o aprimoramento dos processos

---

<sup>2</sup> Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

de trabalho e as principais ferramentas do NASF-AB, apontadas pelo levantamento das fontes e arquivos pesquisados.

Em 2018, me deixei conquistar pela proposta de mudar para uma cidade do interior de Goiás, integrando uma nova equipe do NASF-AB, onde também atuei como coordenadora e psicóloga do programa. Fazia parte de uma equipe interdisciplinar que apoiava oito ESF, composta por profissionais de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia e Psicologia. Após a alteração na PNAB, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019<sup>3</sup>, passei a integrar a equipe multiprofissional da APS, atuando a partir da lógica ambulatorial frente às demandas de saúde mental da população adscrita, ou seja, aquela presente na ESF, a fim de ser referência para o seu cuidado, bem como facilitar o desenvolvimento de articulação e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2012).

Isto posto, é oportuno acrescentar que, os modelos territoriais e comunitários foram enfraquecidos, fazendo com que muitas equipes de APS, incluindo o NASF, desaparecessem no país. Ou seja, vivemos um preocupante cenário de retrocesso em que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não se estabelece como política nacional, mas flutua por capricho do governo, evidenciado pelo avanço da lógica hospitalocêntrica manicomial, sendo visível a retirada dos serviços da RAPS, as necessidades de saúde e os gradientes de vulnerabilidade relacionados às desigualdades sociais e questões de gênero, etnia e sexualidade que aprofundam a falta de cobertura e respostas adequadas do setor (Dimenstein et al., 2020).

Nesse movimento, encontro-me novamente provocada pelas práticas discursivas de profissionais e pacientes que utilizavam o processo de medicalização da vida como forma de normalização do sofrimento psíquico, suscitando questionamentos, principalmente, a respeito de como estas práticas e discursos são atravessadas pelas relações de poder. No tocante a estas

---

<sup>3</sup> Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2019a).

experiências, interessava-me refletir e analisar o estatuto destas práticas sobre o fenómeno da medicalização, no que tange ao direcionamento de esforços para buscar apreender as contribuições expressivas ao pensar qual o lugar da psicologia nesse espaço. Portanto, ingressei no programa de mestrado com a proposta inicialmente de desenvolver uma pesquisa sobre o processo de medicalização da vida, problematizando a patologização das queixas de saúde por meio da perspectiva dos profissionais e usuários da AB.

Todavia, ao longo do percurso fomos atravessados por algumas mudanças que possibilitaram diferentes contornos na pesquisa. Com a pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 - Sars-Cov-2*)<sup>4</sup>, fui remanejada para atuar no Hospital de campanha de enfrentamento da COVID-19 neste mesmo município. Foi nesse cenário que acentuaram as inquietações iniciais, convidando-nos a problematizar as práticas de cuidados em face dos efeitos da pandemia na saúde mental dos pacientes hospitalizados, visto que, a grande maioria deles encontrava-se em processo de adoecimento emocional. Logo, agenciados pelas práticas de isolamento social, a insegurança perante um vírus desconhecido, o medo iminente da morte, perdas recorrentes e dentre outras relações de forças culminando na intensificação do sofrimento psíquico transposto pelo mecanismo de patologização/psiquiatrização da vida a partir do histórico de práticas medicalizantes agravaram a situação.

Aqui nesse ponto, vale assinalar emblemáticas que coadunam com o problema da pesquisa, a fim de situar o leitor sobre o emaranhado de questões que apontam para o delineamento do estudo. Iniciamos por apontar situações vivenciadas frente ao contexto de adoecimento e hospitalização que cruzam com o processo de medicalização do sofrimento psíquico, longe da pretensão de querer esgotar o assunto, mas como um marco ainda pensando

---

<sup>4</sup> Tradução livre para a língua portuguesa: “Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2”. Vírus da família dos coronavírus que, ao infectar humanos, causa uma doença chamada Covid-19. Por ser um microrganismo que até pouco tempo não era transmitido entre humanos, ele ficou conhecido, no início da pandemia, como “novo coronavírus” (Instituto Butantan, 2022).

nas considerações iniciais do trabalho. É inegável que nessa conjuntura o paciente sentia-se afetado pelas regras do isolamento hospitalar, pelo medo das complicações que poderiam levar ao óbito, pela ansiedade ao imaginar o desfecho da sua história, pelo afastamento e insegurança do emprego, pelas crenças advindas das experiências dos que não tiveram sucesso no tratamento, pelas influências do ambiente em que estava inserido e dentre outras reações esperadas dentro desse campo.

Entretanto, a normalidade nessa configuração era constantemente confundida com a patologia, sendo comum o uso de estratégias e táticas, como a medicamentosa, pelo discurso que o sofrimento manifestado deveria ser medicalizado, capturando o indivíduo, deixando-o menos envolvido emocionalmente com o quadro difícil em que era exposto. Mas até que ponto isso poderia contribuir para a melhora do paciente? E para a equipe multiprofissional? Afinal de contas, a medicalização como forma de controle facilitaria as intervenções? Tal problemática se apresenta dentro de uma ampla esfera contemporânea, no atravessamento das práticas discursivas que imperam sobre o processo de psicologização e psiquiatrização da vida.

Assim, muitas discussões desdobram-se dessas interrogações às quais não poderei desenvolver a contento nesse momento da escrita. Cumpre enfatizar que descrever as experiências marcadas pela pandemia é um desafio que se faz em vários movimentos, inclusive despertando em grande potência o desejo de deixar registrados fragmentos dessa história marcada pelos discursos esquecidos. Assim, como feixes de luz, clarificar traços do objeto da pesquisa, que logo será problematizado de forma mais detalhada. Como já nos alertou Zanella (2012, p. 87) a escrita não é um processo linear, mas uma condição da própria pesquisa, pois ao escrever, “os pensamentos se (trans)formam e, nesse movimento, transforma-se o próprio escritor, seus pensamentos, suas emoções e sua condição axiológica”.

Com efeito, dado os caminhos descritos, retomo minha atuação profissional para a AB – meu lugar de fala inicial – me provocando a repensar e delinear os rumos da pesquisa. Na

verdade, percebemos que nossos questionamentos foram sendo moldados pelo contexto pandêmico, constituindo uma nova faceta, inclusive ganhando destaque na medida em que era cada vez maior o fluxo de pacientes direcionados para os serviços de saúde, de modo consequente, encaminhados para atendimento com a psicologia, o que sempre gerava grandes filas e tempo de espera. Tal prática denota a lógica de encaminhamentos excessivos e a transferência de responsabilidades, o que provocava como resultado prejuízos tanto para o usuário que ficava muito tempo aguardando por uma vaga para ser atendido quanto para o profissional que sentia-se constantemente sobrecarregado com a demanda reprimida.

Aqui neste marco interessa-nos apontar (problematizar) que grande parte desses pacientes, evidenciados pela intensificação do sofrimento psíquico em função do impacto que a pandemia trouxe para sua saúde mental, já chegavam para o atendimento impulsionados pelas formas de cuidado atravessadas pelo processo de medicalização. Nesse sentido, insere-se a intensificação do poder médico psiquiátrico que se engendra e se configura a partir das práticas de normatização/normalização do sofrimento psíquico, dado que desdobra-se ainda em implicações sobre os modos de subjetivação destes indivíduos a partir do diagnóstico posto, o que era constantemente evidenciado no discurso dos pacientes atendidos.

Tal problemática nos conduziu a inúmeras questões: Como a pandemia intensificou o processo de medicalização da vida? Que normas entram em ação na transformação de uma queixa comum em diagnóstico psiquiátrico? Quais são as verdades que se apresentam com a pandemia? Como a intensificação do poder médico-psiquiátrico e a psicologia mostram-se durante a pandemia? De que maneira o diagnóstico afeta a subjetividade? No entorno dessa série de questionamentos, a pesquisa voltou-se às práticas que parecem capturar o sofrimento humano, a intensificação do poder médico na pandemia a partir do controle da vida e ao mesmo tempo a intensificação do sofrimento psíquico, com base nas evidências de estratégias e táticas, ou seja, práticas discursivas que transformam o sofrimento em diagnóstico e apresentam como

consequência o fenômeno da medicalização.

No decorrer do mestrado, participei de encontros do *Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade em Goiás*, grupo de estudo promovido através de plataformas digitais em razão da pandemia (*Meet, YouTube e Zoom*), pautando diversos debates sobre o assunto. O movimento foi criado em 2010 e segundo o Conselho Federal de Psicologia (2012) tem por finalidade combater a lógica amplamente difundida da medicalização na sociedade, em que questões que devem ser vistas e compreendidas sob diferentes perspectivas são reduzidas a fatores de doença. A ação coletiva supera essa lógica de medicalização por meio de ações dos poderes legislativo e judiciário, mobilizando profissionais da saúde e educação, além da população que tenha interesse pelo assunto.

Além disso, participei do 5º Seminário Internacional *A epidemia das drogas psiquiátricas*, que foi realizado *online* em novembro de 2021 e teve como tema *Crise Planetária: Pandemia, Desigualdades, Neoliberalismo e Patologização*. O evento ocorre anualmente desde 2017 sob a coordenação do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e já está consolidado em âmbito Nacional e Internacional. Nesta edição, foi dada ênfase ao debate sobre como a crise planetária, que foi agravada com a pandemia de COVID-19, vem trazendo consequências para o aumento das desigualdades sociais e os processos de patologização e mercantilização da vida. No entanto, criticou-se uma patologização do sofrimento psíquico em que a desigualdade e a justiça social são rapidamente convertidas em um diagnóstico psiquiátrico, o que resulta num processo de medicalização e aponta para a necessidade de articulações a fim de buscar compreender esse paradigma.

Em 2022, também participei do 6º Seminário Internacional *A Epidemia das Drogas Psiquiátricas* (online) com a seguinte temática: *O modelo biomédico da psiquiatria fracassou? Quais as perspectivas?* O evento contou com palestras, mesas-redondas e debates sobre saúde

mental, com foco na discussão e problematização de questões voltadas para o modelo biomédico. Mas, a partir de análises aparecem as fragilidades desse tipo de abordagem, inclusive, os desafios para a superação do reducionismo biológico da medicalização, quando o sofrimento é visto meramente como sintoma, sendo percebido a partir de uma única via: o uso de medicamento psicotrópico. Logo, as argumentações apontaram para uma nova compreensão acerca da natureza dos problemas que levam as pessoas a tomar esse tipo de medicamento, destacando a importância do modelo biopsicossocial. Nesta direção, nossa pesquisa ganha cada vez mais força, ao suscitar como problemática um tema contemporâneo às investigações dadas no campo desse estudo.

Cabe ainda ressaltar que, no decorrer do curso de mestrado, a temática foi se tornando gradualmente mais instigante, principalmente a partir de debates possibilitados durante a realização da disciplina *Constituição dos saberes contemporâneos: norma, governamentalidade e subjetivação*, além das discussões nos *Seminários Avançados – Grupo de Pesquisa*, ambos conduzidos pelo meu orientador, Tiago Cassoli. Ingressamos em argumentações acerca de algumas contribuições de Michel Foucault como aliado teórico na pesquisa, sendo que as problematizações provocadas foram indispensáveis para delinear o arcabouço teórico do presente estudo.

Aproximando-nos dos apontamentos teóricos de Foucault (2007), é possível compreender que, o autor nos sugere buscar os agenciamentos, as relações de força, os dispositivos de poder que atravessam as instituições. Seguir pistas quase invisíveis, como nas histórias de detetive, para além de traçar pegadas e impressões digitais que devem ter sido deixadas no passado, gerar outros fragmentos, traçados em documentos, em séries, em séries de séries, transformando-os em monumentos, esculpidos em rastros, que devem ser isolados, agrupados, relacionados, interrelacionados e organizados em conjuntos. Para Foucault (2001), a experiência era a marca das suas pesquisas, afirmando que era um experimentador e não um

teórico, problematizando seus escritos a partir de experiências enquanto processos que desenrolaram em torno dele mesmo. “... Eu sou um experimentador no sentido que eu escrevo para me mudar e não mais pensar a mesma coisa que antes (p. 861).”

E assim chegamos a este ponto da escrita. Esperamos não ter causado fadiga com esta extensa apresentação, com efeito, evitamos narrar tantos outros encontros (e desencontros) que produziram indagações, ideias, implicações, reflexões, que também abarcam os traços desta dissertação. Foram pistas essenciais para compreender o caminho que escolhemos para esta pesquisa.

## Introdução

A presente pesquisa objetivou analisar os discursos e práticas do dispositivo médico na pandemia frente às demandas de Saúde Mental no contexto da Atenção Básica. Considerando o notório agravamento no quadro de saúde mental da população, bem como sua crescente medicalização, emergiu o seguinte questionamento: Como a pandemia intensificou o processo de medicalização da vida? Parte-se, então, da hipótese que o impacto psicológico culminou na intensificação de queixas emocionais, que por sua vez, se apresentam como um desdobramento inevitável do processo de patologização dos problemas de saúde, frequentemente, manifestados por meio de práticas medicalizantes.

Segundo Foucault (1979), o dispositivo<sup>5</sup> é um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função responder a uma urgência, como função estratégica dominante. Através deste termo o autor tenta demarcar “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (Foucault, 1979, p. 244).

Tal concepção, alinhada ao nosso campo de análise, possibilita-nos compreender o dispositivo médico como discursos e práticas da medicina, relações de saber-poder, que visam normatizar, controlar e estabelecer “verdades” a respeito do corpo, tencionando atender às demandas sociais e políticas, especificamente, no contexto da pandemia de COVID-19. Tendo em vista que o número de pessoas infectadas pelo novo coronavírus, no Brasil, atingiu 37.796.956 com 705.775 mortos (Ministério da Saúde, 2023), sabe-se, que o vírus se espalhou rapidamente gerando um novo cenário social. Portanto, nesse agenciamento<sup>6</sup>, o agente

---

<sup>5</sup> O conceito de dispositivo é desenvolvido por Michael Foucault em sua obra *História da sexualidade*, especialmente em *A Vontade do Saber* (2015).

<sup>6</sup> O agenciamento, na obra de Deleuze e Guattari (1995) é considerado o precursor do conceito de rizoma, este definido como uma multiplicidade que produz individualizações contextuais.

infecioso muitas vezes se acoplou ao medo da morte, tristeza, ansiedade, entre outras reações emocionais consideradas esperadas diante desse acontecimento<sup>7</sup>.

É neste amplo contexto que a noção de medicalização ganha ênfase. De acordo com Whitaker (2020), apesar das dificuldades que a pandemia da COVID-19 causou em todo o mundo, particularmente no Brasil, onde ocorreu um elevado número de mortes, o termo doença mental é ainda usado frequentemente para retratar o preço que as pessoas vêm pagando com relação aos seus efeitos. Whitaker (2020) aponta ainda que a linguagem da doença nesse contexto, frequentemente, transforma o sofrimento psíquico em patologias, quando, na verdade, esta situação deveria ser compreendida como reações esperadas frente a essa conjuntura.

Mas o uso incorreto e desregulado de medicamentos é uma realidade mundial (Ministério da Saúde, 2019b). Assim, discutir a medicalização da vida como parte do processo de adoecimento e saúde, permite um pensamento mais crítico, o que pode apontar alternativas e estratégias menos nocivas ao indivíduo e à sua existência que vem sendo patologizada e, por conseguinte, desumanizada (Faria et al., 2020).

Dessa maneira, Meira (2012) ratifica que não se trata de negar as bases biológicas do comportamento humano, nem tão pouco fazer uma crítica à medicação de doenças, mas defender uma firme contraposição em relação às tentativas de transformar problemas da vida cotidiana, em sintomas de doenças ou de se reduzir a subjetividade humana de forma estrita aos aspectos orgânicos.

Faria et al. (2020) apontam, que no processo de medicalização, o homem deixa de ser compreendido na sua totalidade, ou seja, é extraído do seu contexto social e de sua historicidade, tendo negadas partes da sua subjetividade, passando a ser visto diante de critérios de normalidade existentes, a partir da concepção biologizante. Dessa maneira, o indivíduo acaba

---

<sup>7</sup> Nesta pesquisa o termo acontecimento refere-se a partir da noção estabelecida nas reflexões de Foucault e não sob a ótica comum. Foucault trata da noção de acontecimento como uma ruptura histórica capaz de trazer à tona a singularidade, dando origem ao dispositivo (Castro, 2014).

limitado em suas experiências e particularidades, deparando-se com uma desumanização do seu modo de existir, à medida que é reduzido a uma explicação orgânica e descontextualizada. Logo, compreender o sujeito por meio de uma dualidade entre saúde e doença, isto é, como um sistema que tem funcionamento, é desconsiderar quaisquer significados subjetivos.

De acordo com Brito (2012), a medicalização é um fenômeno por meio do qual a vida cotidiana é confiscada pela medicina, afetando a criação de conceitos, costumes e comportamentos sociais. Esse processo, embora possa parecer recente, vem acontecendo e ganhando diversas formas na sociedade há mais de dois séculos, visto que à medida que a medicina se insere no social, as práticas e os discursos se apropriam de noções médicas. Assim, a vida torna-se medicalizada e o indivíduo passa a conceber a saúde como valor primordial, de modo a fazer de tudo para preservá-la ou restaurá-la e, conseqüentemente, banalizando o uso de medicamentos.

A terminologia medicalização aparece inicialmente com Illich (1975), em sua obra “*A Expropriação da Saúde*” para descrever a crescente inclusão dos saberes médicos sobre campos da vida individual, processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens. O referido autor destaca como a mentalidade médica vai se espalhando e influenciando todas as relações sociais, chamando esse processo de medicalização da vida.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019b), existe uma diferenciação entre os termos medicalização, medicamentação e medicação. O primeiro refere-se a um tipo de racionalidade determinista que não considera a totalidade do ser humano e sim questões individuais, ou seja, não envolve somente o uso de medicamentos, mas também uma maneira de controlar a vida e a sociedade. A medicamentação, por sua vez, é percebida como uma consequência do termo anterior, por se relacionar ao uso de medicamentos em situações que antes não eram consideradas como problemas médicos ou tratamento farmacológico. Já no que

diz respeito à medicação, vale destacar que seu uso inadequado e irracional é uma forma de medicalização da vida, como maneira de normalizar os indivíduos.

É fundamental ponderar que na cultura da medicalização o sujeito é colocado como vítima do próprio sofrimento, à medida que a dor é percebida como algo externo à pessoa, como se aquilo que lhe faz sofrer não fizesse parte do seu contexto de vida. Nesse sentido, retira-se do indivíduo a responsabilidade pelo que lhe acontece e a autonomia para lidar com tais situações. Desse modo, o sofrimento é tratado como uma eventualidade da existência, completamente desconexa do modo de ser de cada um, em que o empenho para ser e preservar-se nas adversidades apresentadas não é necessário, visto que o sujeito não é responsável e agente da própria ação (Faria et al., 2020).

Foucault (1979) acolhe o termo medicalização e faz referência ao processo quando coloca em evidência a constituição de uma sociedade da norma, na qual o indivíduo e a população são compreendidos e controlados por meio dos saberes médicos. O referido autor amplia o uso do conceito, referindo-se ao processo de medicalização social, argumentando que a prática social transformou o corpo do homem em força de trabalho, governando a vida de todos e de cada um. *A priori*, esse controle era realizado por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar.

Ainda, segundo Foucault (1979), o conceito voltado para a medicalização se fundamenta no biopoder, que deve ser desmistificado em razão de alternativas de tratamento, devendo considerar as características do indivíduo em seus variados comportamentos que devem ser analisados e compreendidos e não somente reduzidos à base medicamentosa, que acaba transformando o sujeito em refém da indústria farmacêutica, preso unicamente aos conceitos apresentados pela medicina.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019b), o uso inadequado ou irracional de medicamentos é um dos modos de medicalização da vida, usados como forma para “normalizar” as pessoas. Sendo assim, se utilizados indevidamente, podem provocar sérios danos à saúde do indivíduo e até levar ao óbito. Ressalta-se ainda, que o medicamento é de suma importância no tratamento de inúmeras doenças, porém, é necessário distinguir seu uso indiscriminado e, muitas vezes, desnecessário, que perpassam a lógica do biopoder.

Para Faria et al. (2020), o sujeito, ao procurar restabelecer “anormalidades”, submete-se a formas de tratamento muitas vezes medicamentosas, criadas pela indústria farmacêutica, que apontam, de maneira ilusória, formas restauradoras de “irregularidades” do humano, apontando a cura, êxito e rapidez do tratamento. Dessa maneira, limitando os indivíduos a serem cada vez menos humanos e mais pretensiosos de um comportamento padronizado e supostamente anormal.

De acordo com Silva e Albuquerque (2019), esta lógica diagnóstica e normalizante, a partir da hegemonia do discurso médico, com a tendência em patologizar comportamentos, acarretam existências adoecidas, relações fragilizadas e a objetificação do sujeito. Esse processo de medicalização caracteriza-se como um fenômeno global, pois desde o princípio o homem está imerso nesse contexto, em que não há espaços para o diferente.

Para Faria et al. (2020), em consequência disso, a patologização da vida, seria então, uma maneira de impedir o sujeito como parte integrante da sua existência, de ser compreendido na sua complexidade, reduzido a uma visão orgânica quando suas experiências são meramente consideradas como explicações biológicas. Esta visão de homem simplória e insuficiente diante de toda sua complexidade, sem um olhar para a totalidade e a subjetividade, acaba impossibilitando o sujeito de buscar novas formas de ser no mundo e, conseqüentemente, a oportunidade de contato mais íntimo do “doente” consigo mesmo, seu meio e sua vida, o que pode ser terapêutico, pois dele a pessoa pode adquirir mais forças, autonomia, responsabilidade

por si mesma e pelo sofrimento alheio.

Além disso, Azevedo (2019) afirma que o uso disseminado de psicofármacos expõe a artificialização do corpo e da mente humana, apontando como indagações as divisas entre a natureza e a cultura. Logo, a medicina passou a atuar na saúde dos sujeitos que não estão doentes, mas que buscam ajuda farmacológica para enfrentar dificuldades da vida, pois as pessoas estão recorrendo cada vez mais aos medicamentos para resistir às pressões e aos sofrimentos oriundos da contemporaneidade, isto é, se enquadrando em diagnósticos para classificar seu sofrimento. Deste modo, não descartando todo e qualquer uso de psicofármacos, é importante salientar que os avanços da medicalização se transformaram na maneira principal de intervenção terapêutica atualmente. Entretanto, é indispensável que se leve em consideração a influência de determinantes culturais, políticos e econômicos existentes na elaboração diagnóstica.

Ainda convém lembrar, que de modo geral, os seres humanos têm sido constantemente afetados por um amplo processo de medicalização, a partir da atribuição de uma série de rótulos e classificações, que os inserem em uma rede de explicações patológicas. Assim, a medicalização separa o indivíduo de um contexto para investigar em detalhes suas particularidades e torná-las patológicas, como um dispositivo que transforma problemas políticos, sociais e culturais em questões pessoais a serem tratadas ou medicadas, através de uma simples somatória de características biológicas e comportamentais (Christofari et al., 2015).

Foucault (1957), em seu texto *A Psicologia de 1850 a 1950*, elucida que em meados do século passado a psicologia instaurou relações novas com a prática da medicina mental, educação e organização de grupos, destacando que, na sua segunda metade, as preocupações da área voltaram para os seus fundamentos racionais e científicos. Deste modo, a psicologia “científica” nasce das contradições encontradas pelo homem em sua prática e seu

desenvolvimento como “ciência”, mas ela consistiu em um lento abandono do “positivismo” que a alinhava, no começo, com as ciências da natureza.

Ainda segundo o autor, a psicologia contemporânea é, em sua origem, uma análise do anormal, do patológico, do conflituoso, uma reflexão sobre as contradições do homem consigo mesmo. E ela se transformou em uma psicologia do normal, do adaptativo, do organizado, de certa forma como um esforço para dominar estas contradições. Em sua trama histórica, a psicologia começa a sair dos laboratórios universitários para exercer uma função disciplinar em espaços como escolas, hospitais, presídios, fábricas, empresas e outros, logo, atualmente integra-se a este fato a função de controle exercida numa sociedade judicializada e medicalizada (Foucault, 1957).

Sob esse prisma, surge um papel amplo da psicologia que é buscar perspectivas de pesquisas e hipóteses que abarquem o ser humano em sua complexidade, problematizando sua função psíquica e normatizadora. Assim, pretendemos apontar para uma psicologia crítica comprometida em responder novas demandas sociais emergentes, mediante questões éticas, culturais, econômicas e políticas do contemporâneo. Além disso, uma psicologia engajada com experiências profundas da existência humana, como a tristeza, a morte, a dor, o sofrimento, a loucura e outras vivências neste momento histórico que atravessamos.

É neste cenário que se localiza a discussão em torno da interlocução que pretendemos realizar, que situa-se em problematizar, por meio dos escritos desenvolvidos por Foucault, como a verdade ao ser produzida e naturalizada, aparece relacionada com o surgimento de novos modos de subjetivação. E a partir desses desdobramentos caminhar investigando como a psicologização e a psiquiatrização da vida culminam no processo de medicalização.

Por conseguinte, para o alcance do objetivo proposto, a genealogia se apresenta como método necessário e útil para problematizar a produção de verdades como construções históricas. Conforme citado por Foucault (1979, p. 34-35), a genealogia não se propõe a analisar

a história de nossa origem, “ela não pretende demarcar o território único de onde viemos, essa primeira pátria à qual os metafísicos prometem que nós retornaremos; ela pretende fazer aparecer todas as descontinuidades que nos atravessam”.

Partindo destes pressupostos, é necessário compreender como o discurso psiquiátrico produzido pelo exercício do poder psiquiátrico, torna-se o discurso sobre a família, a infância, a loucura, a normalidade, a anormalidade e o discurso sobre verdade. Pretende-se mapear as condições históricas e estratégicas que levaram à generalização do poder psiquiátrico, como saber e verdade, resultado das rupturas e marcas diferentes ao longo da história. Portanto, esta pesquisa parte da consideração de que a combinação da psiquiatria com outros saberes pode produzir verdades e desempenhar todo seu domínio nas mais diferentes áreas da vida humana. Aqui, vale ressaltar que a psiquiatria, ao se sustentar na verdade a respeito da doença mental, se torna um saber útil, assim, na condição de “a ciência da proteção científica da sociedade, ela se torna a ciência da proteção biológica da espécie” (Foucault, 2010, p. 402).

Segundo Foucault (1979), o método genealógico de Nietzsche tenciona escavar as invenções históricas humanas de modo a analisar a origem como providência das forças naturais e históricas e não como essência pura, mas como uma fabricação histórica nas lutas humanas e processos corporais. Nesse sentido, o referido autor destaca que fazer genealogia não é abandonar a história da origem, mas utilizá-la para se contrapor ao fato de que o que é dado como preexistente e predeterminado são frutos da produção histórica e são constituídas por vários elementos. A tarefa do genealogista é promover a dispersão dos acontecimentos, um corte entre uma suposta relação determinista entre a coisa e a palavra que a nomeia, problematizando as relações de saber-poder que produziram realidades, saberes e subjetividades, um modo de ser, de sentir e de pensar.

Foucault (1996) analisou como o discurso e as práticas sociais geram, dessa forma, novos campos de conhecimento, que não apenas gerarão novos objetivos, novos conceitos e

novas técnicas, mas também novos sujeitos e formas de sujeitos do conhecimento. Além da compreensão da fenomenologia e do estruturalismo, ele também se propôs a problematizar a produção de conhecimento e dos saberes, ou seja, a verdade é produzida pelos mecanismos estratégicos de poder das práticas sociais.

Um ponto importante a se considerar, é que a noção de discurso em Foucault (2013) não se refere ao aspecto linguístico e interpretativo, que diz respeito ao sujeito falante e na busca pelo seu sentido, mas sua analítica deve compreender as práticas descontínuas como jogos estratégicos que respondem a funções específicas no interior de um sistema de poder. Isso significa dizer, que o discurso é um acontecimento histórico e por ser um acontecimento, o discurso não é imaterial, pois se materializa nas práticas sociais dos sujeitos e neles produz efeitos.

... este conceito constitui-se em enunciados considerados como verdadeiros, construídos historicamente para atender interesses de um determinado período; é nesse sentido que o discurso aparece envolto de saber e poder, na medida em que existem, segundo Foucault, os polos de construção discursiva, que se referem a instituições, tais como, a igreja, a medicina, o poder judiciário, que constroem um discurso “verdadeiro” e mediante o poder que possuem sobre a veracidade daquele discurso, o impõem como regra a ser seguida (Silva & Machado Júnior, 2014, p. 13).

Nessa perspectiva, o presente trabalho trata-se de uma pesquisa de natureza documental, de abordagem qualitativa, ancorada na perspectiva histórico-genealógica de Michel Foucault como base teórica orientada. Assim, a partir da análise das fontes pesquisadas em um determinado momento histórico, interessa-nos tornar evidentes os elementos que se repetem e quais são os problemas apresentados. Dessa forma, traçar linhas de análise, baseadas nos

discursos científicos, os quais atuam na construção de verdades que atravessam e constituem os indivíduos.

A esse respeito nos diz Lobo: “Isto significa que a pesquisa genealógica, ao insistir na verificabilidade das verdades que produz, incita outras verdades-meio, enquanto que a comprovação quer consolidar verdades-fim, definitivas ou, pelo menos, aproximar-se cada vez mais delas. No lugar da demonstração a experiência” (2012, p. 15). É nesse sentido que Albuquerque Júnior (2008), destaca que:

O historiador descobre que o prazer de seu ofício não está no encontro com a verdade derradeira, mas na sua procura, e que a finalidade de seu saber não é encontrar as versões definitivas sobre os fatos, mas desmontar aquelas versões tidas como verdadeiras, tornando outras possíveis, libertando as palavras e as coisas que nos chegam do passado de seu aprisionamento museológico, permitindo que outros sentidos se produzam, que outras leituras se façam (Albuquerque Júnior, 2008, p. 101).

Foucault (2007) tece reflexões pertinentes acerca de como a história teria que ser encarada sob um recorte temporal a partir das micro relações de poder, isto significa, como séries de acontecimentos (des)contínuos, que se inter cruzam, complementam e/ou excluem uns aos outros. Para Castro (2014), a questão não é compreender o presente apoiado no passado, mas buscar evidenciar as linhas de forças que nos constituem e os acontecimentos que repetimos, sendo necessário olhar para o passado para estranhar o que é naturalizado no presente, pois nesse distanciamento não corremos o risco de ser capturados e naturalizados a partir de estratégias de poder que atuam em nossa atualidade.

Segundo Le Goff (2003), o documento deve ser visto como monumento, sendo um monumento é o efeito de uma montagem da história, da época, da sociedade que o produziu e

manipulou. Isto é, o documento é um campo de batalha que, construído historicamente a partir de relações de força e jogos de poder, também são produtores de práticas discursivas ao serem referendados. Conseqüentemente, neste trabalho, ao problematizarmos os documentos elencados, buscamos colocar em evidência as práticas descontínuas de saber, poder e subjetivação que os compõem, montando uma nova série para revelar a problemática e sair do olhar inocente, pois conforme Le Goff (2003), nenhum documento é inocente.

Todo documento é um monumento que deve ser desestruturado, desmontado. O historiador não deve ser apenas capaz de discernir o que é "falso", avaliar a credibilidade do documento, mas também saber desmistificá-lo. Os documentos só passam a ser fontes históricas depois de estarem sujeitos a tratamentos destinados a transformar a sua função de mentira em confissão de verdade (Le Goff, 2003, p. 91).

Nas palavras de Farge (2017), a narrativa dos arquivos vai escavar possibilidades de interpretações novas e de vestígios deixados [nesses arquivos] sobre as relações de poder, percorrendo as dimensões de espaço e de tempo, investigando os objetos (fragmentos discursivos) encontrados, manuseados no passado e modificados para responder às demandas contemporâneas. Por conseguinte, a autora especifica que:

... A partir dessa leitura obstinada, organiza-se o trabalho. Não se trata de dizer aqui como se deve fazê-lo, mas simplesmente como acontece de se fazer. Não existe trabalho modelo ou “trabalho-a-ser-feito-assim-e-não-de-outra-forma”, mas operações que podem ser relatadas de modo flexível.

... Ao realizá-las, fabrica-se um objeto novo, constitui-se uma outra forma de saber, escreve-se um novo “arquivo” (Farge, 2017, p. 64).

Assim, situados nessa discussão, propomos dois grandes recortes para o delineamento desta pesquisa que desmembrou em duas fases: 1) o contemporâneo: mapeamento da função normatizadora do dispositivo médico na pandemia em suas diferentes práticas disciplinares e de controle, logo, traremos aqui as problemáticas desse dispositivo que respondem a uma urgência social. 2) Recorte genealógico entre os séculos XVIII e XIX: mapeando e contextualizando as forças históricas que atravessam o dispositivo em questão, para verificar como seus desdobramentos convergem em linhas de saber, poder e subjetivação no contemporâneo.

Deste modo, este estudo teve como modo de geração de dados pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados como *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via Pubmed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS-Psi) e Portal de Periódicos da CAPES/MEC a partir das palavras-chave “Pandemia”, “Sofrimento psíquico”, “Medicalização” e “Atenção Básica”. Para a busca complementar utilizou-se livros, dissertações, teses, portais de Órgãos Governamentais (Diário Oficial da União do Brasil e Ministério da Saúde do Brasil), portais de Serviços de Saúde (World Health Organization, Fundação Oswaldo Cruz, Inter-Agency Standing Committee e GlobalMed) e portais de Conselhos de Classe (Conselho Federal de Psicologia).

Para tanto, na primeira fase da pesquisa, foram utilizados artigos científicos em português, inglês e espanhol publicados no período compreendido entre os anos de 2020 e 2022, que versam sobre sofrimento psíquico durante a pandemia da COVID-19 no contexto da Atenção Básica. A escolha desse recorte temporal dos últimos 2 anos, se deu pela especificidade das publicações na vigência da pandemia, correlacionada à temática da pesquisa. Foram

excluídos manuscritos que não correspondiam ao nosso objetivo do estudo e a pergunta norteadora; assim como os resultantes de publicações entre os anos inferiores a 2020, resultando dessa forma nos seguintes arquivos:

Tabela 1. Levantamento de arquivos analisados na pesquisa.

<b>Título do arquivo</b>	<b>Ano da publicação</b>
1. Análise do uso de psicofármacos no Brasil no contexto da pandemia da COVID-19	2022
2. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19	2022
3. Saúde mental e defesa da vida em tempos de pandemia	2022
4. Prescrição de Medicamentos Psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia Covid-19	2022
5. Um ensaio sobre a cegueira: saúde mental na atenção básica e as disputas diante da pandemia da covid-19	2022
6. O (des)governo na pandemia de COVID-19 e as implicações psicossociais: disciplinarizações, sujeições e subjetividade	2022
7. Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família	2021
8. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito	2021
9. O papel do psicólogo frente ao contexto de crise sanitária da Covid-19	2021
10. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família	2021
11. Acolhimento em saúde mental na atenção primária à	2021

saúde no contexto da pandemia da COVID-19	
12. As enigmáticas expressões do homem moderno frente às pandemias	2021
13. Efeitos do isolamento social na pandemia da covid-19 na saúde mental da população	2021
14. Estratégias de promoção mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa	2021
15. Interface entre a saúde mental e a pandemia de COVID-19: a perspectiva dos profissionais de saúde	2021
16. Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia	2021
17. Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde	2021
18. Ansiedade em quarentena: estratégias de governabilidade para os sujeitos ansiosos no decurso da pandemia da Covid-19	2021
19. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço	2021
20. O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental da população brasileira	2021
21. O uso de medicamentos controlados durante a pandemia da Covid-19 observado em uma drogaria na região do sudoeste baiano	2021
22. Pandemia de Covid-19 e sofrimento psíquico: alguns elementos para uma problematização do Brasil contemporâneo	2021
23. Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde.	2021
24. Biopolítica, necropolítica e racismo na gestão do covid-19	2021
25. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado	2020
26. Práticas de medicalização: problematizações	2020

conceituais a partir de Michel Foucault	
27. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial	2020
28. Metáforas de um vírus: Reflexões sobre a subjetivação pandêmica	2020
29. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19)	2020
30. Saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia da covid-19: um panorama	2020
31. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas	2020
32. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia	2020
33. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?	2020
34. Saúde Mental em tempos da Pandemia da COVID-19: Concepções dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde	2020
35. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa	2020
36. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?	2020
37. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental	2020
38. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de COVID-19.	2020
39. Efeitos da pandemia no novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades	2020
40. O autocuidado e seus desdobramentos na produção de saúde na atenção psicossocial	2020

41. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?	2020
42. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais	2020
43. O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-lo: revisão rápida das evidências	2020

Fonte: Elaboração própria

Farge (2017, p. 65) sinaliza que “é necessário primeiro extrair de todo documento o que se destaca no objeto. Pode-se então atravessar longas séries de documentos [...] e isolar aquilo de que se necessita”. Deste modo, nos arquivos descritos/selecionados como corpus desta pesquisa, buscou-se analisar principalmente os respectivos elementos: as práticas; perspectiva teórica: saber/leis; problematizações e posição acerca do processo de medicalização. Diante disso, elegemos as seguintes linhas de análise que emergiram a partir dos documentos pesquisados: 1) a relação pandemia da COVID-19/saúde mental e as práticas de normalização do sofrimento psíquico; 2) estratégias biopolíticas e governamentalidade; 3) efeitos da patologização do sofrimento psíquico nos modos de subjetivação.

Enquanto, na segunda fase da pesquisa, propomos com base no recuo genealógico problematizar como o dispositivo médico opera nos atravessamentos do poder que circula nas práticas discursivas da AB. Ou seja, evidenciar por meio das estratégias e táticas como o sofrimento humano advindo da pandemia vai sendo capturado pelo saber psiquiátrico, psicologizante, pois a vida do sujeito entra no ciclo da cronificação do sofrimento, logo, transformando-o em ciclo de doença.

Tendo em vista os direcionamentos apresentados, estas questões quando analisadas em suas especificidades, considerando alguns pontos mais emergentes, se organizaram conforme partes do trabalho em três capítulos. Em cada capítulo deste estudo, propomos elaborar um

ensaio buscando evidenciar e problematizar as condições da emergência do objeto, de modo a desnaturalizar aquilo que é evidente, a partir de acontecimentos singulares, jogos, confrontos e forças que se alinham para a produção do que nos chegaram na atualidade.

No primeiro capítulo, intitulado *O impacto da pandemia da COVID-19 para a saúde mental: atravessamentos no campo da Atenção Básica* propusemos mapear e problematizar os estudos mais recentes sobre os efeitos da pandemia para a saúde mental, problematizando as práticas de cuidado no âmbito da Atenção Básica (AB). A partir do levantamento bibliográfico realizado, refletimos sobre as rupturas/transformações evidenciadas na relação entre corpo e medicina que insere o fenômeno da medicalização no campo do biopoder.

O segundo capítulo, *Uma breve genealogia da biopolítica e governamentalidade: Política de Saúde Pública e o governo das condutas* trata de uma análise sobre as principais estratégias biopolíticas de governo adotadas historicamente, que progrediram em direção a contemporaneidade. Propomo-nos um recuo histórico situado no período demarcado – séculos XVIII a XIX – para subsidiar a discussão, a partir de dois recortes históricos: 1) Medicina da Vigilância: Processos de higienização das populações; 2) Gestão biopolítica das epidemias e da saúde pública brasileira.

O terceiro capítulo – *Problematizações do processo de patologização e medicalização da vida na pandemia: materialização dos efeitos nos modos de subjetivação* – pretende contemplar os recortes históricos apontados à cena do contemporâneo, buscando estabelecer uma relação e um paralelo da psicologia com o biopoder e a biopolítica, para problematizar sua função normatizadora. Assim, neste capítulo, buscamos evidenciar como o diagnóstico psiquiátrico produz efeitos na subjetivação dos sujeitos, além disso, propor um novo olhar sobre o sofrimento psíquico e refletir acerca do posicionamento estratégico da psicologia frente às práticas de cuidado na Atenção Básica no contexto da pandemia de COVID-19.

Nas *considerações finais* deste trabalho pretendemos articular os capítulos anteriores,

tecendo reflexões a respeito de como os dispositivos de cuidado, atravessam e constituem os sujeitos no contemporâneo, produzindo, por vezes, práticas normalizadoras sob o binário normal *versus* patológico. Ao propor um novo olhar sobre o processo de medicalização, esperamos retomar o percurso histórico destacado, evidenciando a relação do fenômeno com o biopoder, para, enfim, pensar o lugar da psicologia no tocante aos processos apresentados, compreendendo novos paradigmas sobre a verdade científica e dos efeitos dela decorrentes. Assim, pretendemos levantar problematizações que visam contribuir com os interessados na área, além de responder às exigências acadêmicas esperadas.

Finalizamos esta apresentação, explicitando que, nem todas as questões delineadas como problemáticas, foram aprofundadas como deveriam, todavia, esperamos que esta escrita possa contribuir para o debate acerca do processo de patologização/psiquiatrização do sofrimento psíquico, na problematização de estratégias biopolíticas que, ao incidir sobre os corpos, produzem modos de agir e comportar dos sujeitos em tempos de pandemia, conforme pretendemos contribuir a partir das reflexões a seguir.

## **Capítulo 1 – O impacto da pandemia da COVID-19 para a saúde mental: atravessamentos no campo da Atenção Básica**

“O vírus é o espelho de nossa sociedade” (Han, 2021, p. 33).

Este capítulo propõe analisar os efeitos da pandemia para a saúde mental problematizando as práticas de cuidado no âmbito da Atenção Básica (AB). Para tanto, este item foi mapeado por meio das séries de elementos dos arquivos analisados, que, por conseguinte se desdobraram nas linhas de análise subsequentes: 1.1 Inicialmente apresentamos os desafios e potencialidades da AB no cenário pandêmico, especificamente, na área da saúde mental; 1.1.1 apontamos o processo de intensificação do sofrimento psíquico decorrente do impacto da pandemia e como esta problemática atravessa o campo da AB; 1.2 propomos-nos evidenciar as estratégias e táticas presentes no atravessamento dos sujeitos capturados pelo saber-poder na contemporaneidade; 1.2.1 as práticas discursivas e as relações de poder médico-paciente, nas quais foi possível perceber o processo de normalização do sofrimento psíquico; 1.2.2 as práticas higienistas em que constatamos o uso da vigilância para controle e produção de comportamentos; 1.2.3 e nesse último, mapeamos como se deu as práticas de medicalização como disciplinamento dos corpos.

Deste modo, traçamos algumas análises a partir das construções do objeto desta pesquisa, as quais se fundamentaram nos arquivos relativos ao nosso primeiro recorte temporal – publicações compreendidas entre 2020 e 2022 – período que demarca as produções referentes à pandemia da COVID-19 até o momento em que foi realizada a busca pelas fontes utilizadas. Assim, propomo-nos mapear, a partir dos arquivos elencados, o conjunto de elementos, questões e problematizações que postos em movimento se correlacionam produzindo verdades e efeitos que incidem sobre o corpo, de modo, que evidenciamos as rupturas/transformações

apresentadas com base nas práticas vigentes do modelo biomédico e psiquiátrico tradicional no atravessamento dos sujeitos.

### **1.1 O papel da Atenção Básica no cenário pandêmico: desafios e potencialidades**

Apresentamos a seguir, as linhas de análise que dizem sobre a primeira ruptura mapeada, ou seja, qual seria o papel da AB no cenário da pandemia da COVID-19, especificamente, na área da saúde mental. Logo, os parágrafos que seguem visam problematizar as evidências sobre o processo de intensificação do sofrimento psíquico, interrogando *a priori*, como o dispositivo em questão opera em face dos efeitos produzidos pela pandemia para posteriormente analisar os desdobramentos destas práticas no cuidado com os usuários.

Nesse direcionamento, vamos adentrar a partir das problematizações trazidas pelo estudo de Figueiredo et al. (2021) em que as autoras apontam que no contexto pandêmico a AB apresenta atuação primordial nos primeiros cuidados físicos e mentais dos casos, indicando o aumento significativo de transtornos mentais na população em geral e a exacerbação de casos pré-existentes. Por isso, a atenção à saúde mental torna-se indispensável, com destaque para os indivíduos que perderam familiares, estão em isolamento, desempregados, não têm renda, são vulneráveis e/ou enfrentam violência doméstica, que são características de grupos em que os transtornos mentais são prevalentes.

Percebe-se ainda, segundo as autoras, que nesse campo, a assistência à saúde mental apresenta limitações apontadas pelos profissionais, tais como: a fragilidade do sistema na prestação de serviços efetivos às pessoas com transtornos mentais, redes fragmentadas, déficit de trabalhadores qualificados, sobrecarga e espaço físico insuficiente. Conseqüentemente, a baixa adesão aos serviços pode ser resultado de deficiências no processo assistencial, afetando o atendimento do paciente na unidade e, portanto, o tratamento, agravando as complicações associadas às demandas de saúde mental. Tais aspectos ampliam a necessidade de políticas

públicas e investimentos nos serviços de saúde mental na AB, objetivando desenvolver estratégias de cuidado durante a pandemia, de modo a proporcionar aos pacientes um atendimento adequado e seguro, contemplando integralmente suas necessidades (Figueiredo et al., 2021).

A esse respeito, Duarte et al. (2021) ratificam que diante desse contexto, é preciso destacar a importância da AB, representada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e pelo NASF, como espaço privilegiado para produção do cuidado em saúde mental frente a uma situação de emergência pública, visto que parte do fluxo de usuários que recorrem ao serviço encontram-se em sofrimento psíquico com as mais diversas queixas apresentadas. Além disso, reforçam as dificuldades enfrentadas pelas equipes que compõem a formação da AB, a saber, a falta de recursos pessoais, técnicos e estruturais para dar suporte e devido atendimento para tais demandas, causadas ou não pelos efeitos produzidos pela pandemia da COVID-19.

Para Dimenstein et al. (2020), a pandemia apresenta caráter coletivo, pois trata-se de um acontecimento que deixa sua marca em toda a sociedade, tal impacto fragmentou a vida da população evidenciando fragilidade na saúde pública e na proteção social, trazendo à luz as desigualdades e vulnerabilidades em todo o mundo. Todavia, cabe enfatizar que o cenário nacional apresenta particularidades que assumem um tom e perfil diferentes do resto do mundo, pois apesar do desastre ter sido um evento mundial, o processo de vivenciá-lo não foi expresso uniformemente entre os sujeitos. Deste modo, as eventualidades afetarão diretamente nas experiências de sofrimento, seja para subsidiar ou não a formulação de formas de enfrentamento individual e coletivo contra o desamparo e os efeitos das políticas de abandono e morte, que expõem segmentos vulneráveis da população ao flagelo cotidiano - agora escancarado.

Cardoso e Joazeiro (2022) discutem em seu estudo desenvolvido em pequenas cidades do Piauí os desafios e potencialidades da saúde mental durante a pandemia da COVID-19, apontando para a importância ativa da AB e da atenção especializada no SUS no contexto de

crise pandêmica em que houve uma expansão da vulnerabilidade social. Portanto, os autores apontam que a AB deve ser o centro de comunicação com as redes de saúde, ressaltando que, durante a pandemia, as intervenções do governo brasileiro baseadas em múltiplas contrarreformas fragilizaram o arcabouço do SUS, dificultando o trabalho em saúde e o custeamento das políticas sociais. Ademais, isso gerou sérias barreiras para os protagonistas do trabalho e preocupações internas e intersetoriais da rede, envolvendo em última instância dimensões políticas, econômicas, culturais e técnicas, em casos extremos colocando em sério risco a vida e a cidadania.

Tendo em vista que a AB pode ser considerada referência de saúde no território local, os primeiros contatos das pessoas com transtornos mentais são muitas vezes com os profissionais da ESF, porém, nem sempre essa esfera de cuidado tem condições técnicas, pessoais e profissionais para atender às necessidades de saúde mental, que vem crescendo de modo exponencial, principalmente devido à pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). Nessa perspectiva, o papel da AB consiste na abordagem dos casos em saúde mental, antes, durante e após o encaminhamento realizado, assim, suas principais potencialidades são ofertar resultados mais significativos nos tratamentos implementando abordagens individuais e comunitárias, reduzindo o estigma do paciente, vinculação com a comunidade, identificação precoce e acompanhamento clínico bem como realização de atividade de educação em saúde mental. Entretanto, o potencial deste campo pode ser mitigado por suas fragilidades, principalmente pela falta de preparo, sobrecarga ou desinteresse por parte dos profissionais atuantes, equipes incompletas, falha na continuidade do cuidado e a redução de recursos necessários para o funcionamento do serviço (Morais et al., 2021).

De acordo com Duarte et al. (2021), a pandemia do novo coronavírus acarreta grande impacto na saúde mental da população brasileira, principalmente, em relação às estratégias de combate ao vírus, como, por exemplo, o distanciamento social. Além disso, a exposição

excessiva a notícias e informações, instabilidade política e econômica assim como a desigualdade social, trouxeram implicações negativas para a saúde mental da sociedade, que experimentou situações de medo, angústia, ansiedade, depressão, violência doméstica, uso e abuso de álcool e outras drogas. Logo, isso produz novos desafios para a atenção à saúde mental prestada pela AB, como nível de atenção primária à saúde que enfrenta diante da situação recursos e infraestrutura inadequados, além da fragilidade de vínculo com os sujeitos.

É preciso destacar, também, que as diferentes formas de gestão da crise sanitária, socioeconômica e política podem apresentar inúmeros impactos na saúde mental da população. Portanto, os gestores precisam estar atentos à necessidade de ampliar os equipamentos de apoio, com a qualificação das equipes através de espaços de educação permanente e do mesmo modo, com as condições de biossegurança no trabalho para acolher as demandas provenientes do contexto da pandemia. Nesse sentido, as equipes devem ser amparadas para trabalhar com foco na proteção social, promovendo a equidade e a interface entre os cuidados, fortalecendo as redes intersetoriais, as redes de apoio socioemocional assim como as estratégias sociocomunitárias. Deste modo, é necessário assegurar as condições para detecção precoce, encaminhamento e tratamento, principalmente no que diz respeito à violência, risco de suicídio e abuso de álcool e outras drogas (Dimenstein et al., 2020).

Entretanto, é preciso reconhecer que o fracasso das tentativas internacionais de responder a uma pandemia focada no atendimento hospitalar individual destacou a exigência de uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar, tal como a necessidade de impulsionar o potencial de uma AB forte e integrada. Por esse lado, observa-se que o modelo brasileiro pautado no enfoque territorial por meio da equipe saúde da família, apesar dos desafios e fragilidades postos em problematização, aponta para resultados positivos na saúde da população ao passo que desempenha um papel importante na rede assistencial de cuidados, além de contribuir fortemente para a eficácia de uma abordagem comunitária necessária para o

enfrentamento de qualquer epidemia (Medina et al, 2020).

Nessa perspectiva, apostar no que é a alma da AB, como conhecimento territorial, acessibilidade, vínculo entre usuários e equipes de saúde, atenção integrada, acompanhamento de famílias vulneráveis e acompanhamento de casos suspeitos e leves, representa estratégias essenciais para conter a pandemia e evitar o agravamento dos pacientes com COVID-19. A AB precisa assumir urgentemente seu papel de organizadora do cuidado no SUS, apostando em algumas mudanças como reorganizar os fluxos de usuários no serviço e melhorias no ambiente das unidades. Assim sendo, é preciso que a AB seja o centro da agenda do MS e que o SUS não seja sufocado por emendas constitucionais que limitam os escassos recursos que a União destina à secretaria, pois o êxito do enfrentamento à COVID-19, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros também dependem disso (Sarti et al, 2020).

Como vimos, no âmbito da AB, em face do enfrentamento da pandemia, dentre os principais desafios problematizados, denota-se a dificuldade de implementação de ações de saúde em virtude do baixo investimento financeiro, humano, tecnológico, a fragilidade do vínculo com os usuários da rede e o déficit de qualificação dos profissionais, vistos como essenciais para possibilitar as potencialidades do dispositivo. Pretendemos, portanto, seguir a discussão, visando evidenciar como o sujeito e a população inseridos nesse cenário, acabam sendo atravessados por inúmeros fatores que, conseqüentemente, geram repercussões que vão desde a intensificação do sofrimento psíquico até à medicalização dos desvios e comportamentos oriundos da situação de crise.

### ***1.1.1 A intensificação do sofrimento psíquico na pandemia: Reflexos na AB.***

Neste subtópico, buscamos verificar e discutir o impacto da pandemia sobre a saúde mental da população e como estes efeitos atravessam o campo da AB. Deste modo, partiremos

das problematizações apontadas por alguns autores a fim de evidenciar como os desdobramentos da crise vigente contribuíram para a intensificação do sofrimento psíquico.

O estudo realizado por Oliveira et al (2020a), intitulado *Saúde Mental em tempos da Pandemia da COVID-19: Concepções dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde*, aponta que a pandemia de COVID-19 trouxe maior visibilidade às questões de saúde mental e revelou a necessidade de entender como a demanda é percebida nesse contexto pela equipe que trabalha na UBS. Tais evidências mostram como os sujeitos em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais têm movimentado nesse campo e as formas de cuidado que têm sido produzidas. Os resultados possibilitaram visualizar a pandemia como um fenômeno social e seu impacto na saúde mental dos profissionais de saúde, evidenciando a importância de estratégias e planos que vão além dos efeitos biológicos causados pelo vírus, visando ampliar a integralidade dos sujeitos e o cuidado no território de abrangência.

Ressalta-se, segundo Garrido e Rodrigues (2020), a importância de discutir, com cuidado, a distinção entre sofrimento psíquico, já esperado devido os efeitos da necessidade de distanciamento social e mudanças bruscas no cotidiano assim como no estilo de vida da população, e o adoecimento mental, com o aumento de casos de transtornos mentais comuns. Esta discriminação é essencial, visto que, vivemos em um cenário em que problemas de diferentes naturezas são compreendidos na maioria das vezes pela visão biomédica e, portanto, patologizados e medicalizados, ignorando os determinantes sociais da doença.

Assim, os autores mencionados anteriormente, problematizam no artigo referendado, os impactos das condicionantes sociais preexistentes no Brasil sobre a saúde mental em condições de restrição de contato social na pandemia de COVID-19, demonstrando que as medidas de isolamento, produziram dilemas éticos, legais e econômicos. Tais restrições apresentam impactos negativos na saúde dos indivíduos, especificamente, na saúde mental e partindo do pressuposto de que a saúde não se limita aos parâmetros biomédicos, os marcadores sociais

desempenham um papel importante nesse processo, principalmente, no Brasil onde a estrutura social é desumana e a desigualdade é visível. Logo, existe uma dificuldade de adaptação às normas de prevenção da COVID-19, o que somado ao agravamento dos determinantes sociais afetam significativamente a saúde mental acarretando sofrimento e possíveis adoecimentos, pois já se verifica piora de alguns estados psicopatológicos e aumento no consumo de álcool e drogas (Garrido & Rodrigues, 2020).

Falar de sofrimento significa falar da dor do corpo, da ansiedade, da angústia. Sofrimento também remete ao sofrimento de viver, das dificuldades impostas pelo modo de vida, marcado pela dimensão social, pela penúria, pela miséria. Do sertão que há em toda parte. Agregar o termo psíquico à palavra sofrimento, não significa estabelecer uma divisão ou um corte entre mente/corpo. Significa enfatizar. Olhamos para a complexidade da existência humana, por este viés da singularidade, da subjetividade. Ou seja, incluímos esta dimensão que compreende uma intrínseca relação entre o conjunto de conteúdos da consciência e do inconsciente humano, que estão presentes nos estados e processos da experiência subjetiva e que se constituem/constroem/tecem na relação do sujeito com o seu entorno social, familiar, cultural e etc (Yasui, 2006, p. 103).

Contribuições do estudo de Farinhuk et al. (2021), a partir das problematizações apontadas no artigo *Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde*, permitiram apreender que os conceitos de transtorno mental e sofrimento psíquico são compreendidos com facilidade entre os profissionais atuantes na AB. Mas esta distinção parece não ter impacto no processo decisório para o desenvolvimento de um plano terapêutico, que em ambos os casos, muitas vezes, prioriza a escolha por

tratamentos medicalizantes e encaminhamento para serviços especializados. Fato este que se correlaciona com a atual estrutura de atendimento, que requer intervenções breves e resolutivas por parte dos profissionais, além das limitações no processo de formação, o que acaba reforçando o modelo de cuidado centrado na queixa.

Nesta conjuntura, reconhecer o conceito de vulnerabilidade associado ao contexto da pandemia verifica a integralidade do sujeito e o adoecimento como fragmento dessa totalidade, apontando para a concepção da doença para além dos aspectos biológicos, o que sugere uma compreensão abrangente do encadeamento da pandemia na vida dos indivíduos e coletivos. Contudo, ainda que os profissionais apresentem esta preocupação, o que se percebe são estratégias de cuidados que desconsideram a dimensão subjetiva do processo saúde-doença frente às demandas de saúde mental. Assim, além dos efeitos físicos do vírus, entender o impacto da COVID-19 na saúde das pessoas é necessário para confirmarmos o seu status de fenômeno social com todos os seus desdobramentos políticos, econômicos e psicológicos, reiterando o conceito de saúde como um processo multifatorial (Oliveira et al., 2020a).

A esse respeito Silva et al. (2020), corroboram apontando que a vulnerabilidade psicossocial em que as pessoas estão expostas e o impacto provocado pela crise de uma pandemia para a saúde mental, devem ser problematizados com o intuito de analisar as estratégias e redes de apoio psicossociais necessárias. Para Nabuco et al. (2020), compreender o verdadeiro impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população exigirá tempo e um volume maior de pesquisas, porém, com base nas semelhanças de epidemias recentes e grandes desastres, sabe-se que o adoecimento mental é inevitável e muitas vezes supera a morbidade diretamente relacionada à infecção. No caso do Brasil, isso foi agravado por uma crise no sistema político e orientações divergentes de fontes oficiais, alimentando o sentimento de insegurança e ansiedade na população.

Faro et al. (2020) apontam a partir dos achados da pesquisa relacionada à problemática

da *COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado* que as medidas de restrições praticadas neste contexto – distanciamento social, quarentena e isolamento – apresentaram consequências classificadas em três períodos diferentes: pré-crise, intracrise e pós-crise. Em face dos resultados mencionados, no primeiro período evidenciou-se que a duração da medida adotada aumentou a incidência de sintomas depressivos. No que se refere à intracrise percebeu-se que a pandemia não se trata de um fenômeno apenas biológico, pois acarreta inúmeras desordens (psicológicas, sociais, econômicas) para os sujeitos. Já no pós-crise verificou-se a ocorrência dos efeitos psicológicos em diversos níveis, isto é, sintomas depressivos, ansiedade e estresse de moderado a grave.

Nessa lógica, Borloti et al. (2020), confirmam que o potencial do impacto psicológico da COVID-19 pode ser inferido de outras epidemias, sejam elas primárias, um surto pandêmico da própria doença, ou secundárias, como outras perdas como o desemprego e suas consequências, com a possível crise econômica que poderá surgir após a pandemia. Nesses casos, segundo os autores, os transtornos mentais mais prevalentes que requerem a atenção de um profissional de psicologia são os transtornos de ansiedade, transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de humor e geralmente transtorno depressivo maior.

Os resultados do estudo desenvolvido por Silva et al. (2021), denominado *Efeitos do isolamento social na pandemia da COVID-19 na saúde mental da população*, evidenciou que a quarentena, isolamento ou distanciamento social são estratégias que podem induzir a experiências desagradáveis no cotidiano das pessoas, podendo acarretar consequências sociais, psicológicas e econômicas. A pesquisa mostrou que tais consequências para a saúde mental são aumento da ansiedade, depressão, agressividade, preocupações com a saúde, família e morte, diminuição do bem-estar e satisfação com a vida assim como angústia pela privação de lazer e afastamento dos amigos. Em suma, os sintomas psicológicos relacionados às situações que

envolvem a pandemia de COVID-19, devem ser reconhecidos na prática clínica e na abordagem implementada ao longo do processo de cuidar, pois essas situações demandam atenção dos sistemas de saúde, considerando os impactos negativos que podem suceder das restrições sociais por período indefinido.

Torna-se necessário chamar a atenção para o fato de que o pânico generalizado e o estresse são percebidos com grande frequência na sociedade, sugerindo que a pandemia acarretou o aumento dos sintomas de ansiedade e depressão na população. Outrossim, o impacto da doença afetou direta e indiretamente o campo da saúde mental de diversas formas, o que revela preocupante situação de saúde pública (Silva et al., 2020). Diante das elevadas prevalências apresentadas percebe-se a necessidade constante de garantir serviços de atenção à saúde mental no contexto pandêmico (Mattos et al., 2022).

Gonçalves et al. (2021) destacam que a pandemia do novo coronavírus tornou-se um grande desafio para o campo da saúde mental como emergência de saúde pública global e brasileira. Logo, a COVID-19 suscitou preocupações relacionadas com a saúde física, com a saúde mental, além do sofrimento de vários sujeitos sociais como população em geral, usuários e trabalhadores da saúde, deixando marcas vertiginosas pela ocorrência das diferentes reestruturações, inclusive denotando o aumento do processo de medicalização. Completa-se a isso, as problematizações apontadas por Gomes et al. (2022), que constatam que a COVID-19 provocou incontáveis efeitos negativos para os diferentes âmbitos sociais, tais como o agravamento de psicopatologias, sentimentos de medo, depressão e ansiedade o que contribuíram significativamente para o aumento do uso de psicofármacos.

No artigo *O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?*, os autores Nabuco et al. (2020), evidenciaram como principais fatores de risco para o adoecimento mental a vulnerabilidade social, medo de contrair o vírus ou conviver com pessoa infectada, histórico de transtorno mental, idosos e profissionais de

saúde. O estudo aponta o isolamento social e propagação de informações nem sempre confiáveis como causadores do elevado nível de estresse durante a crise, bem como as especificidades do luto durante a pandemia, o que contribui para o risco de luto patológico. Portanto, recomenda-se que a AB, dentro dos seus atributos, consiga identificar as famílias com maior risco de adoecimento mental; articular com a rede para atender às necessidades dos mais vulneráveis; orientar as pessoas sobre como reduzir os fatores geradores de ansiedade, assim como apoiar as famílias para possibilitar a elaboração do luto.

No que se refere ao processo de luto, o estudo desenvolvido por Crepaldi et al. (2020), buscou sistematizar o conhecimento sobre o luto no contexto da pandemia de COVID-19, evidenciando a importância de reconhecer que os processos de terminalidade, morte e luto são vivenciados de maneira individualizada, sem sequências e rituais pré-estabelecidos frente às despedidas e a elaboração de sentido para as perdas durante a pandemia. Por conseguinte, os resultados da pesquisa apontam para o fortalecimento da rede de apoio que é de grande relevância no enfrentamento das dificuldades durante e após a pandemia, sendo necessário que o profissional de psicologia procure enfatizar o potencial e os recursos familiares disponíveis e não apenas as perdas recorrentes.

Diante dos resultados extraídos do estudo de Pereira et al. (2020), notou-se que as pessoas que vivenciam o isolamento social são mais propensas a desenvolver transtornos de saúde mental e desenvolver sintomas de sofrimento psíquico. Observou-se que os sintomas psicológicos mais comuns destacados neste estudo foram principalmente estresse, medo, pânico, ansiedade, culpa e tristeza, que produzem sofrimento psíquico e podem levar a sintomas de transtorno do pânico, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e depressão. Conseqüentemente, esses indivíduos devem receber atenção especial no atendimento em relação à saúde mental, pois estão em situação de vulnerabilidade, em que esses sintomas e transtornos podem ser agravados ou marcados mediante a vivência do isolamento.

Com base no estudo desenvolvido por Malta et al. (2020), os efeitos negativos relacionados ao distanciamento social na saúde individual e coletiva podem ser observados a curto, médio e longo prazo, pois embora a medida de restrição social seja essencial para proteger vidas, reduzir a exposição ao vírus, os casos e de modo consequente a morbimortalidade, o estudo observou que o isolamento social pode levar a desdobramentos psicossociais, afetando o estilo de vida da população. Evidenciou-se altos níveis de isolamento, ansiedade e tristeza, além de aumento do uso de bebidas alcoólicas e cigarros, diminuição da atividade física como também aumento do consumo de alimentos não saudáveis, como refeições congeladas e lanches. Esses achados são preocupantes e podem ter efeitos prejudiciais à saúde, como alterações de peso, aumento de doenças crônicas não transmissíveis e complicações psicológicas.

Corroborando assim, Brooks et al. (2020), apontando que o impacto psicológico da quarentena pode despertar efeitos psicológicos negativos, tais como: ansiedade, depressão, estresse, humor deprimido, tristeza, irritabilidade, insônia e sintomas de estresse pós-traumático. Os principais estressores identificados foram relacionados ao tempo de isolamento, medo de infecção, sentimentos de insatisfação e aborrecimento, falta de informação sobre a doença e seus cuidados, prejuízo financeiro, aumento do desemprego e estigma da doença.

Conforme apontam Tomim e Nascimento (2021), deve-se levar em consideração que os transtornos mentais podem ser produzidos sob a influência de inúmeros fatores, entre os quais os fatores sociais têm grande influência nesse sentido. Por esse motivo os resultados apontam que a pandemia intensificou o sofrimento psíquico e embora o distanciamento social seja considerado um agravante, ele por si só não pode ser critério de risco para o adoecimento mental, sendo mais suscetíveis os sujeitos com antecedentes dos referidos sintomas ou outras predisposições.

Com efeito, a pandemia da COVID-19 tem atravessado toda a tessitura social deixando

profundas marcas tanto na vida coletiva quanto individual, de modo que, tem produzido intensas repercussões para a área da saúde mental e inclusive apontando para preocupações com o processo de medicalização. Em vista disso, é necessário problematizar conceitos relativos à normalidade e ao patológico presentes em face da crise, buscando compreender como o sofrimento humano acaba sendo capturado pelas esferas pessoais e sociais. Sendo assim, nesse contexto, o termo normal refere-se à diferença compreensível entre respostas esperadas frente a situações anormais e já a psicopatologia carece de critérios objetivos e quantitativos devido à natureza avaliada e contextual das concepções de normalidade e de patologias (Lima, 2020).

Cumprir destacar que não se trata de ignorar os casos de Odepressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, alcoolismo e ideação suicida que são vistos com grande frequência pelos profissionais de saúde mental que presumem uma pandemia da doença mental. Trata-se principalmente de problematizar o impacto do distanciamento social ou de questões pessoais e o efeito de fatores como pobreza, falta de acessibilidade à internet, dificuldade de acesso a cuidados de saúde, orientação de autoridades conflitantes, entre tantos outros. A esperada pandemia de transtornos mentais se produziria pelo distanciamento social ou pela intersecção de questões sociais e a exacerbação de mazelas históricas na sociedade brasileira? Nesse ínterim, a doença mental poderá ser a quarta onda com a qual teremos que lidar após a pandemia, o que se legitima num discurso em que o sofrimento psíquico é entendido frequentemente como uma doença, tornando-se patologizado e medicalizado nesse contexto (Silva e Rodrigues, 2021).

Conforme verificado, os elementos mapeados obtiveram resultados congruentes no que se refere ao aumento de sintomas psicológicos no contexto pandêmico, ainda que analisados sob diversos aspectos e fatores associados, apontando em ampla proporção seus atravessamentos para os indivíduos e a sociedade como um todo, o que torna evidente o processo de intensificação do sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, no tópico seguinte

problematizaremos os discursos e as práticas evidenciadas a partir das rupturas que marcam como essas estratégias capturam esse sofrimento de modo a normalizar/normatizar os sujeitos na conjuntura vigente.

## **1.2 Práticas de normalização do sofrimento psíquico: estratégias de capturas da sociedade contemporânea**

Pretende-se, nos próximos parágrafos, capturar algumas práticas atravessadas pelas relações de saber-poder que operam frente ao dispositivo da AB no contexto da pandemia. Para tanto, cumpre inicialmente destacar, sob qual prisma serão desenvolvidas as problematizações acerca das noções de normalidade no âmbito apresentado.

Assim, conforme Morais et al. (2021), para uma sociedade que se adaptou a excluir, segregar e marginalizar o oposto, neste momento, seria fundamental aprender a lidar com as minúcias do patológico no que se refere à saúde mental, tema ainda pouco reconhecido e bastante estigmatizado. Ademais, é necessário levar em consideração que com o advento da Reforma Psiquiátrica, a loucura foi reinserida em uma sociedade onde impera a normalidade. Logo, o resultado, perante o exposto, foram abordagens, muitas vezes ineficientes e fragilidades na esfera de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico.

Para Silva e Rodrigues (2021), com as medidas de distanciamento social necessárias no período de pandemia do novo coronavírus, o termo “novo normal” foi incorporado aos discursos dos profissionais de saúde mental, replicado pela mídia e utilizado frequentemente com naturalidade. Além de questionarmos o que traduziria a normalidade nesse contexto e por que almejamos tal coisa, o fato é que o novo não traz nenhuma novidade, pois o que se verifica é o aumento das disparidades socioeconômicas, que reproduzem implicações no acesso à saúde, educação, informação e, portanto, reforça situações de violência e exclusão social. Esse novo

normal remete às inúmeras possibilidades de atividades mediadas pela Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), bem como medidas protetivas que só foram possíveis para quem dispõe de recursos para continuarem em casa, atendidos por delivery, abastecidos de álcool em gel e com internet para manter as atividades remotas. Afinal de contas, quem estaria inserido nessa "normalidade"?

Portanto, sabemos que os discursos e práticas produzem diferentes verdades, regras e enfoques a respeito das concepções de normalidade e patologias existentes em diversos períodos da história. Em vista disso, para compreender as relações de saber e poder provenientes do cenário apresentado, torna-se necessário problematizar um entrelaçado de questões dentro dos aspectos temporais e locais, evidenciando as estratégias utilizadas na governamentalidade do sofrimento psíquico, as quais serão melhor apresentadas nas próximas linhas.

### ***1.2.1 Primeira linha de análise – Práticas discursivas e das relações de poder médico-paciente.***

Partindo da perspectiva de que o vasto contexto da pandemia contribuiu para o aumento do sofrimento psíquico e intensificou a incidência dos transtornos mentais já existentes, nota-se nesta linha de análise, que as práticas discursivas centradas na biomedicina são amplamente utilizadas na produção do cuidado em saúde mental bem como seus desdobramentos na vida dos sujeitos.

Segundo Carvalho et al. (2020), a pandemia surgiu como um mal incompreendido em uma época em que a medicina tem como princípio a possibilidade de cura e tratamento de quase todas as enfermidades. Dessa maneira, a confiança no saber-poder médico, caro à sociedade contemporânea, passa a coexistir, paradoxalmente, com as tendências negacionistas associadas

ao conhecimento científico e às consequências da pandemia em geral. De acordo com Dimenstein et al. (2020), somado a essa realidade, existe o risco de aumentar a patologização do sofrimento e a medicalização da vida, que já era uma realidade nas práticas de saúde brasileiras antes da pandemia, potencializando os danos à saúde mental.

Nesse sentido, Freitas e Reuter (2021) apontam que o campo da saúde mental vem sofrendo novas formas de controle, fundamentado na conduta de uma psiquiatria, ainda de base biomédica, acompanhado de um crescente processo de medicalização. Os achados evidenciaram que o diagnóstico psiquiátrico tornou-se uma ferramenta de classificação do sofrimento humano, além de ser utilizado para controlar e normatizar os indivíduos por meio da medicalização da vida, o que interfere nos modos em que o sujeito se produz e se relaciona com outros, isto é, o torna dependente dos saberes biomédicos e dos fármacos, privando-se da autonomia para governar sua vida.

Pode-se mencionar, conforme Molck et al. (2021), que ocorreu a inserção da medicamentação na vida e sofrimento dos usuários da ESF, concepção que vai ao encontro da medicalização social sustentada por um modelo biomédico que abarca o fluxo de trabalho da AB. Em face a essa realidade Farinhuk et al. (2021), mencionam que a escolha de uma rotina que prioriza intervenções centradas na doença, embora saiba a diferença entre transtornos mentais e sofrimento psíquico, refere-se a uma realidade complexa e multifatorial.

Dessa forma, podemos perceber que, inseridos em uma sociedade que confere o *status* de anestesiari e sedar os sintomas, médicos e usuários de saúde aprendem a reprimir muitas vezes, questionamentos ligados a qualquer dor ou enfermidade (Tesser, 2006 como citado em Filardi et al., 2021). Consequentemente, tanto profissionais quanto pacientes são atravessados, capturados, engajados e assimilados por um discurso que molda práticas baseadas em conformidade com as regras de normalidade (Filardi et al., 2021).

Neste sentido, ao contatar um médico, o paciente não se reconhece como alguém “normal” e confia que o profissional, detentor do conhecimento científico, tenha uma resposta. O médico, ao classificar os sintomas, exerce sobre o paciente um controle disciplinar. O paciente, por sua vez, julga não ter o poder do conhecimento e que está cansado de se sentir “estranho”. Pela percepção que tem de si e de seu contexto social, acata o saber do profissional, submetendo-se ao tratamento medicamentoso e acreditando que a medicação restabelecerá a “normalidade” perdida e a esperança da resolução de seus problemas que, geralmente, revelam uma condição de dificuldades e sofrimento. No processo, o paciente deixa de pertencer a si próprio, sua vida passa a ser administrada pelas regras que lhe são ditadas pelo outro, apenas reproduzindo um comportamento que acredita ser compatível com seu diagnóstico. Do mesmo modo, o paciente ressignifica seus valores e a si mesmo de acordo com o diagnóstico e a medicação prescrita (Freitas e Reuter, 2021, p. 7).

Em consequência disso, nota-se que o impacto do poder na relação médico-paciente reflete-se principalmente pela falta de esclarecimento sobre os efeitos colaterais e funções da medicação, pela prerrogativa que sustenta a não reincidência dos sintomas persistindo no uso, foco na eliminação dos sintomas, negação de uma possível dependência, controle sobre a decisão para reduzir ou interromper o uso, além da dificuldade do usuário em questionar a conduta mesmo não concordando, pois teme enfrentar desafios na renovação da prescrição, caso altere a medicação (Molck et al., 2021).

Logo, os resultados evidenciaram que o termo " pelo resto da vida" é usado como simbólico para reduzir toda potencialidade do sujeito, sob o argumento de que o corpo se acostumou com o psicofármaco, de modo que, é impossível sua retirada resultando na cronificação do uso. Dessa forma, a relação com o discurso médico resumido em “ ‘ não poder

parar’ e ‘se parar vai fazer mal’, é uma prática discursiva que naturaliza o pressuposto para ‘o resto da vida’ ” baseada na função que o médico faz da autoridade de seu papel para silenciar ou reduzir a autonomia do indivíduo (Molck et al., 2021).

Nesta perspectiva, o sujeito se vê atravessado por uma rede de poderes na qual as concepções sobre saúde, doença, normalidade e anormalidade são produzidas por um saber (médico) que determina regras a serem seguidas. Por outro lado, quando o indivíduo não se enquadra nos padrões determinados busca por intervenção de “pílulas mágicas”, um ajustamento que o modifique para que seja aceito na sociedade (Freitas e Reuter, 2021).

Portanto, pode-se inferir que medicamentos são relatados como a única forma de produzir cuidados, o que sugere que as intervenções de saúde mental na AB se limitam às prescrições medicamentosas, centradas no saber médico focado apenas na manutenção do comportamento. Assim, evidencia-se a necessidade de buscar formas alternativas de enfrentamento às demandas sintomáticas, conforme as causas psicossociais, experiências de vida e singularidades que foram deixadas em segundo plano, sem relevância ou encaminhadas para outros profissionais, o que reforça que a resolutividade do cuidado se limita ao que o serviço prevê para as necessidades que traz ao usuário, neste caso estabilização dos sintomas (Molck et al., 2021).

Levando-se em consideração estes aspectos, o processo de medicalização da vida associado a um modelo biológico de atenção à saúde, centralizado na imagem do médico, com foco na prescrição de medicamentos, não responsável pelas questões políticas e sociais da área de abrangência, acaba transferindo a responsabilidade para fatores pessoais. É necessário ampliar a compreensão do fenômeno para que seja possível repensar as práticas de cuidado e o trabalho no âmbito da AB, visando a autonomia e não apenas a eliminação de sintomas desvinculados dos estilos e modos de vida da população (Molck et al., 2021).

Deste modo, percebe-se que as formas de cuidado que vem sendo desenvolvidas na

AB, no contexto da pandemia, retratam a perpetuação do modelo biomédico, ou seja, centrado na queixa dos pacientes, culminando no processo de medicalização. Tais intervenções caracterizam a predominância do poder médico que em busca de responder às demandas de saúde mental em consequência da crise, acabam reproduzindo práticas normalizadoras a partir do discurso patologizante. Todavia, cabe ressaltar, que este panorama também reflete o assujeitamento dos pacientes, que muitas vezes, pela falta de entendimento, protagonismo ou na tentativa de abafar o sofrimento, submetem-se às relações de poder (médico). A linha de análise a seguir prossegue na discussão acerca das regras de higiene e o mecanismo de controle no contexto da pandemia do novo coronavírus.

### ***1.2.2 Segunda linha de análise – Práticas higienistas: vigilância como forma de controle dos sujeitos.***

Nesta linha de análise, será problematizado como o indivíduo é capturado pelas medidas de restrições adotadas com o advento da pandemia, em função das práticas de vigilância e controle da população que produzem efeitos sobre os sujeitos. Deste modo, cumpre destacar como tais práticas culminam e operacionalizam o disciplinamento tendo como alvo o corpo, que estrategicamente é atravessado pelas relações de saber-poder.

É de conhecimento geral que a chegada da pandemia da COVID-19 resultou na necessidade de estratégias globais de prevenção, particularmente, do distanciamento social, que impactou os modos instituídos de existir e de estabelecer relações nas diversas culturas e regiões. Por conseguinte, a sociedade, de alguma forma, foi atravessada pela ameaça do contágio e pelo perigo iminente do adoecimento e morte, mudanças bruscas na rotina de trabalho, educação, lazer, uso de espaços privados e públicos, nas relações com o corpo e com os outros. O ser humano, que sustenta sua existência afetiva e material por meio das relações

sociais, notou subitamente a necessidade de tecer novas formas de vínculos e reorganizar os acordos sociais existentes, sob os auspícios desta reivindicação ética e política, tarefa complexa e difícil de operar de maneira coletiva (Dimenstein et al., 2020).

Assim sendo, observa-se que as práticas de higiene, controle e proteção desempenham papel ativo no combate à pandemia, nesse caso, a vigilância é aplicada como forma de controle de si e dos outros, em função de uma tarefa voltada para a prevenção contra o vírus, em que nenhuma medida a mais é considerada exagerada. Logo, ao se lutar contra um inimigo invisível, muitas vezes o excesso de limpeza vem a ser normal, na possibilidade de contaminação a qualquer instante, explicitando a necessidade de controle vigente e os desafios de ter que lidar com algo que, embora seja difícil de controlar, buscamos fazê-lo (Carvalho et al., 2020).

Em consequência disso, observa-se que a disciplina não é produzida, somente pela exclusão, internação ou segregação, tendo em vista que ela pode ser realizada em meio aberto pelas práticas de vigilância generalizada, um mecanismo de dominação política e docilidade efetuada pelas ações coletivas e de saúde mental de caráter higienista para estabelecer regras de cuidado. Dessa forma, a medicalização do corpo, na vida cotidiana, no poder empregado no trabalho, na vigilância e controle da população, pressupõe que problemas sociais parecem estar se transformando em uma ordem de normalização médica e neoliberal. Por isso, a medicalização do corpo tem o objetivo não apenas de prevenir, resolver doenças ou manter a saúde, mas também o controle governamental da população, logo, sua função é regular e disciplinar os sujeitos de acordo com seus interesses políticos e econômicos (Lemos et al., 2020).

É necessário compreender que no panorama pandêmico, o fato de estar enfermo coloca o sujeito em situação de vulnerabilidade e submissão, o que de modo consequente, concebe mecanismo para o controle social desse corpo doente, julgado temporariamente como incapaz de tomar suas próprias decisões e necessitado de ajuda de outros. Observa-se, que todo e

qualquer sujeito fica à mercê da invalidação do vírus, apontando para diferentes tentativas de disciplinamento do corpo, como por exemplo, os rituais de cantar o hino nacional e "parabéns para você" duas vezes enquanto lava as mãos. Além disso, tem a limpeza na área de descontaminação de tudo que vem da rua, propagandas com emoji de uma máquina de lavar roupas cheia de mantimentos, paródias de músicas famosas para reiterar as necessidades de higiene, são alguns dos modos que se tornaram rotineiros nesse contexto (Carvalho et al., 2020).

Entretanto, é preciso considerar, conforme Silva et al. (2020), que as premissas da vigilância adotadas na pandemia, causada pela COVID-19, como parâmetros de contenção do vírus e estado de calamidade pública, tais como: a quarentena, o contingenciamento de recursos, o distanciamento social, podem levar ao agravamento de condições psicológicas pré-existentes em parcela específica da população, afetando geralmente o status do indivíduo diante da sociedade. Em consequência disso, nota-se que estas regras de enfrentamento podem alterar significativamente o estilo de vida do sujeito, bem como permitir rupturas significativas nas relações sociais, podendo gerar o aumento do risco da emergência de problemas psicológicos como reflexo da crise.

Segundo Carvalho et al. (2020), a lógica biomédica de controlar epidemias não disseminando o vírus passa pelo entendimento de que as máscaras não são uma ferramenta para proteger os indivíduos, como um muro, mas para conter o mal que pode residir em nós, silenciosamente. Ironicamente, o muro mais longo do mundo foi construído na China, onde se deu o primeiro foco da pandemia de COVID-19.

Dessa forma, com base na discussão apresentada, poderíamos nos inquirir: quem está sendo controlado a partir das regras de higiene provenientes das medidas de restrição da pandemia do novo coronavírus: o vírus ou a população? Como os sujeitos se transformam ou se (re)configuram na sociedade contemporânea a partir das problemáticas do poder que parecem transcender as normas disciplinares? Existem muitos desdobramentos por trás destas

inquietações os quais nos convocam a problematizar como o assunto é articulado com o saber-poder médico como modelo predominante, objeto de discussão do subtópico a seguir.

### ***1.2.3 Terceira linha de análise – Práticas centradas no modelo biomédico: processo de medicalização como disciplina dos corpos.***

Por último, esta terceira linha de análise traz em seu escopo as problematizações referentes ao sofrimento psíquico atravessado pelo movimento de medicalização da vida como práticas de docilização dos corpos na esfera de cuidado da saúde mental.

É indiscutível que a crise pandêmica é sensível aos efeitos dos medicamentos prescritos assim como ao seu uso irracional, pois suas implicações se alongam para além daqueles utilizados de modo direto no contexto da COVID-19 (Alves et al., 2021), visto que a situação favoreceu o aumento dos casos de sofrimento psíquico e transtornos mentais, com potencial impacto na prescrição de psicofármacos (Alcântara et al., 2022). Cabe considerar ainda, que não se trata de desqualificar a relevância do uso de tais medicamentos, mas tecer uma crítica ao processo de patologização e de continuidade da lógica biologicista (Mattos et al., 2022).

Estudo realizado, por Filardi et al. (2021), sobre *Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família*, evidenciou que a população ao procurar auxílio dos médicos da AB, acaba acatando principalmente o uso de psicofármacos como respostas para seus problemas cotidianos causadores de sofrimento psíquico, em razão da sua prescrição ser considerada a terapêutica mais disponível para o alívio dos sintomas, ao passo que a aceitação das abordagens não farmacológicas são pouco frequentes e ainda desvalorizadas.

Logo, percebe-se que as práticas de cuidado em saúde mental estão baseadas principalmente em ações realizadas *in loco* sem uma articulação efetiva com a rede psicossocial e no processo de medicalização centralizadas nos sintomas da doença. Estas práticas não levam

em consideração as especificidades e particularidades dos sujeitos, reproduzindo um cuidado intramuros que se caracteriza como modelo asilar, o que conseqüentemente, enfraquece a capacidade de transformação das práticas de saúde mental em oposição ao que sugere a reforma psiquiátrica. Tal cenário requer mudanças de paradigmas que buscam priorizar a revisão epistemológica e a reflexão dos profissionais de saúde como maneira de potencializar novas ações (Campos et al., 2020).

Embora, os psicofármacos possam ser utilizados como coadjuvantes no tratamento de diversos transtornos mentais, seu uso centralizado como “solução” fragiliza a atenção psicossocial necessária para acolher os sujeitos com este tipo de sofrimento, prática que configura-se como discursiva de caráter medicalizante. De acordo com os achados, o crescimento do uso desses tipos de medicamentos, durante a pandemia da COVID-19, no Brasil, aponta para o progresso da medicalização da vida na sociedade contemporânea (Garcia et al., 2022). Nessa perspectiva, os psicofármacos podem, por oportuno, inserir-se nessa conjuntura, docilizando os corpos e ignorando os modos e experiências de vida dos sujeitos quando usados indiscriminadamente, pressupondo a padronização dos serviços coletivos de saúde (Oliveira et al., 2020b).

Segundo Freitas e Reuter (2021), em oposição ao modelo biomédico, a saúde não se constitui apenas na ausência de doenças, mas a relação entre elas ocorre para além dos aspectos biológicos, abrangendo panoramas sociais e ambientais em conjunto com as particularidades do indivíduo. No que se refere à saúde mental, o movimento de Reforma Psiquiátrica está centralizado nos usuários como sujeitos de direitos e desejos, considerando suas singularidades e protagonismos em seus modos de conduzir a própria vida. Todavia, evidencia-se que tal movimento não conseguiu alterar totalmente as noções sobre a loucura, pois apesar do advento da reforma, percebe-se outros modos de controle como o aumento do uso de psicofármacos

... Se a reforma psiquiátrica, desde seus primórdios, sempre foi um movimento contra-hegemônico e de resistência micro e macropolítica, o que dizer do desafio que a ela se impõe nesse momento? “Coragem!”, dizem os trabalhadores uns aos outros. Coragem para seguir lendo, enunciando e intervindo no mal-estar gerado pela insistência dos manicômios, ainda que se esteja falando da impotência vivida nas próprias práticas de cuidado para consigo e com o outro. Coragem para interrogar a estrutura social que adoece, silencia, anestesia e mata. Para renunciar ao ideal de adaptação social, que captura a existência em um campo de sentidos instituídos. Para oferecer a possibilidade de pertencimento na diferença, acolhendo também a face intraduzível desta ... Para sustentar o cuidado em liberdade, em uma interminável negociação entre direitos e cuidado, especialmente nesse momento, em que as regras e códigos da vida coletiva precisam ser repactuados (Dimenstein et al., 2020, p. 13).

A tendência das práticas de medicalização como conduta para lidar com o sofrimento psíquico tem sido motivo de estudos e vem sendo contestada por correntes alinhadas com a reforma psiquiátrica, com a luta antimanicomial, com a defesa do SUS e das políticas públicas de saúde mental, no campo acadêmico e nos modos de resistência do coletivo que solicitam garantias do cuidado integral e da autonomia desses sujeitos. Na oposição a esses movimentos e em ataque aos defensores dos direitos humanos na esfera da saúde mental, os impulsionadores da contrarreforma têm se firmado, durante a pandemia do novo coronavírus, no reducionismo biomédico e na medicalização do sofrimento psíquico, através da propagação do discurso de “quarta onda”, que relaciona seu crescimento pressuposto a “epidemia de transtornos mentais” (Garcia et al., 2022).

Percebe-se que a reconfiguração da finalidade do uso de psicofármacos é evidente mais do que em outras situações, com o aumento das prescrições, que passam a ser consideradas

como “mediadores de conflitos”, ou seja, um alicerce no manejo de qualquer sinal de sofrimento psíquico é estigmatizado como patologia, mesmo que essa dor corresponda ao momento de calamidade provocada pela pandemia. Este tipo de atuação corrobora com o domínio da racionalidade biomédica e a doença se apresenta como algo concreto e imutável, desconsiderando a singularidade do sujeito bem como o contexto em que ele esteja inserido, aspectos estes fundamentais nas condições psiquiátricas (Molck et al., 2021).

As problematizações realizadas a partir da pesquisa desenvolvida por Filardi e colaboradores (2021), apontaram que o uso demasiado de psicofármacos no geral, está associado ao enfrentamento de sofrimentos psicossociais, além de causas relativas com a estrutura social precária, denotando como os sujeitos lidam com as dificuldades do cotidiano. Os entrevistados responderam unanimemente que, além do aumento da prevalência de uso de psicofármacos, os fatores relacionados podem ser diversos como “luto, perda da mãe ou do pai, necessidade de cuidar de um parente que está doente, problemas no trabalho e com familiares, o estresse da vida agitada, dificuldades financeiras, desemprego, ansiedade, insônia,” (Filardi et al., 2021, p. 428), evidenciando enunciados fundamentais para a formação do discurso medicalizado. Além das razões do uso que acometem todas as classes, também destacam-se problemas específicos sofridos por importantes segmentos da população referentes aos efeitos da vulnerabilidade social (Filardi et al., 2021).

Na trajetória do uso descontrolado de medicamentos existe uma apropriação do saber-poder da medicina, em que se conferiu ao discurso médico uma soberania sobre o cuidado dos corpos pela prescrição de psicofármacos. Cumpre destacar que é preciso debater sobre o uso inadequado e arbitrário de medicamentos bem como dos supostos diagnósticos que lhe oferece sustentação, considerando que os psicofármacos utilizados de forma excessiva produzem iatrogenia, reações colaterais nefastas além de causar sérios problemas de saúde (Lemos et al., 2020). A esse respeito as autoras apontam as seguintes afirmações:

Vende-se soluções. Vende-se felicidades. A ideia é mostrar que para todas as dores há um remédio e uma terapêutica a aplicar e a promover com o fim de organizar alguma prática de cuidado constante. Consequentemente, a ideia é cultuar e exaltar os efeitos das medicações. Evidenciando, desta forma, a invasão do discurso médico no cotidiano das pessoas. Para aqueles que não alcançarem esta noção de vida feliz, os resta procurar uma solução imediatista e milagrosa, com receio de serem rotuladas, patologizadas ou psicologizadas dentre as várias classificações de doença. Surge neste momento, a figura das indústrias farmacêuticas. Promessas milagrosas, tristeza que vai embora, tumores emocionais que são extraídos: esse é o ápice dessas organizações. A patologização anteriormente instalada por elas mesmas é, agora, milagrosamente suprimida com a simples utilização de algumas cápsulas (Lemos et al., 2020, p. 234)

O uso de psicofármacos como prática ampliada e quase ilimitada se apresenta como estratégia do biopoder, em uma perspectiva de suposta multiplicidade terapêutica, difundida conforme necessário, os efeitos negativos são minimizados e os benefícios são exaltados, ressaltando sua utilização como uma boa opção para produzir disciplinamento dos corpos na adversidade. De acordo com os achados, o uso excessivo e crônico desses medicamentos é um sintoma de problemas estruturais na sociedade atual e de limitações das diretrizes públicas, logo, a medicamentação se apresenta como produto e legitimação do processo de medicalização que tem origem no biopoder. Os entrevistados afirmam possuir críticas sobre tais aspectos, mas se referem impotentes para revertê-los por meio de outros recursos não farmacológicos para lidar com o sofrimento psicossocial (Filardi et al., 2021).

Nesse sentido, a renovação excessiva de receitas sem uma avaliação antecedente aponta como consequência uma sociedade dependente em psicofármacos e progressivamente resistente

para enfrentar seus sentimentos e dificuldades recorrentes, que por conseguinte tem ampliado de forma abrupta com o advento da pandemia, do isolamento social e da crise econômica resultantes dela. De acordo com os autores, os benzodiazepínicos converteram-se em suporte em uma sociedade política e socialmente desigual (Morais et al., 2021).

Os dados da pesquisa desenvolvida por Oliveira et al. (2020a) evidenciaram que ainda que alguns profissionais reconheçam as diversas dimensões da pandemia, que partem de efeitos inerentes do distanciamento social, medos e sofrimento psíquicos, percebe-se o direcionamento das práticas de cuidado em saúde mental focadas na medicalização e na figura do médico como detentor do saber. Tal fato indica a necessidade da reflexão sobre a falta de educação continuada e de qualificação voltadas para as demandas de saúde mental neste período de crise social como o momento vigente.

O artigo *Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia*, dos autores Alves et al. (2021), problematizou o luto pandêmico diante da patologização do sofrimento e o aumento do uso de psicofármacos. O estudo comparou o primeiro trimestre de 2020 (momento referente aos primeiros casos de COVID-19 no Brasil) e 2021 (vigência da pandemia), evidenciando o crescimento considerável no consumo de diferentes psicofármacos no país, tais como: “antidepressivos bupropiona com acréscimo de 137% nas vendas, amitriptilina com 41,5%, escitalopram com 37,9% e trazodona com 17,4%. Em relação aos benzodiazepínicos, obromazepam demonstrou acréscimo de 120% e o hipnótico zopiclona, 29,3%” (Alves et al., p. 3). Os achados reforçam a associação com a pandemia, pois estes aumentos não foram contínuos relacionados com os mesmos períodos dos anos antecedentes.

Os resultados da pesquisa intitulada *Análise do uso de psicofármacos no Brasil no contexto da pandemia da COVID-19*, dos autores Gomes et al. (2022), demonstraram crescimento de até 113% na busca de psicofármacos destinados ao tratamento de ansiedade,

depressão e insônia, tais como: a bupropiona, a amitriptilina e o bromazepam.

No que se refere aos psicofármacos foram considerados dois diferentes contextos de uso que não estão diretamente relacionados ao diagnóstico, tais como: 1) a utilização voltada para o avanço de resultados em atividades do mercado altamente competitivas, com o uso de metilfenidato visando superar o desenvolvimento habitual das práticas sociais e produtivas e 2) o consumo advindo das populações vulneráveis para lidar com experiências diárias de sofrimento que julgam insuportáveis de outra maneira. Deste modo, evidencia-se um processo de uso intensivo de psicofármacos vinculados aos ideais de produtividade e desempenho ditados pelo modelo normativo de subjetividade neoliberal que afeta principalmente as mulheres (Alvarenga e Dias, 2021).

Ainda, segundo os autores, suprimindo essa relação entre produtividade, trabalho e sofrimento psíquico, a psiquiatria hegemônica e a lógica da medicalização se orientam pelo entendimento de que os transtornos mentais são falhas de natureza cerebral, que resultam de desequilíbrios neurológicos e bioquímicos, os quais devem ser ajustados através do uso de psicofármacos. Logo, as manifestações ligadas ao sofrimento cujo estilo de vida atual produz, são abreviadas a determinados defeitos individuais, relativos ao funcionamento inadequado das funções bioquímicas do cérebro, que podem ser solucionadas pela dispensa de medicamentos, tencionando ocultar as falhas da estrutura social (Alvarenga e Dias, 2021).

A pesquisa desenvolvida por Alcântara et al. (2022), sobre a *Prescrição de Medicamentos Psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia Covid-19* verificou que, no município da amostra (Pinhais-PR), há elevado número de prescrições de psicofármacos na AB, com maior incidência entre as mulheres comparado aos homens. Entretanto, percebeu-se que com a pandemia, os homens começaram a frequentar as unidades de saúde da família mais vezes, o que representou o crescimento de prescrição em 10% de 2019 para 2020. Anterior a esse cenário, o número de prescrições para as mulheres era 2 vezes

superior comparada aos homens, evidenciando-se as desigualdades de gênero no parâmetro de consumo desse tipo de medicamentos, conseqüentemente, elas seguem sendo assimetricamente psiquiatrizadas, medicalizadas e percebidas de modo potencial como doentes na área da saúde mental.

*O uso de medicamentos controlados durante a pandemia da COVID-19 observado em uma drogaria na região do sudoeste baiano*, título do estudo longitudinal desenvolvido por Penha et al. (2021), apontou que houve um crescimento nos receituários no mês de maio/2020, com elevado nível no mês de julho, indicando pequenas alterações nos meses seguintes até novembro. Dessa maneira, foi evidenciado que “os grupos mais comuns foram os Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (32,9%), com destaque para a Fluoxetina (7,8%); os Benzodiazepínicos (24,5%) com o Clonazepam (13,8%); e antidepressivos tricíclicos (18,0%), a Amitriptilina (15,3%)” (Penha et al., 2021, p. 1).

Vale enfatizar, que o panorama pandêmico provocou impactos psicossociais na sociedade, em razão das regras de distanciamento social, como medo, angústia, luto e incertezas, que desencadearam alterações físicas e mentais, frequentemente tratadas com psicofármacos, que, por conseguinte, foram fatores relevantes para elevar as taxas de uso. É expressivo reportar, que nesta pesquisa só foram analisados o consumo oriundo de prescrições médicas, embora a automedicação seja também uma realidade que atravessa a questão exposta e pode dar ainda mais dimensão à problemática (Penha et al., 2021).

De acordo com a Portaria 2.516 de 22 de setembro de 2020, que “dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19”, com impacto orçamentário no valor de R\$ 649.833.472,83 (seiscentos e quarenta e nove milhões, oitocentos e trinta e três mil quatrocentos e setenta e dois reais e oitenta e três centavos), evidencia-se o

processo de medicalização vigente. Apesar de perceber, no documento proposto pelo Ministério da Saúde, o reconhecimento de que há “impactos sociais” da pandemia, o investimento de recursos para a aquisição de psicofármacos é colocado como estratégia, restringindo deste modo, os efeitos sociais da pandemia a questões essencialmente biomédicas (Brasil, 2020b como citado em Garcia et al., 2022).

Contudo, o contexto da crise da pandemia da COVID-19 apresenta relação estreita com o crescimento e agravamento de doenças mentais, apontando para os efeitos do consumo excessivo de psicofármacos, enquanto prática que visa reduzir as diferentes consequências psicológicas provocadas. À vista disso, faz-se necessário desenvolver políticas de incentivo ao uso racional de tais medicamentos, assim como a construção de outras possibilidades para o enfrentamento do sofrimento mental para além do momento pandêmico (Gomes et al., 2022).

Tendo em vista aspectos problematizados, a medicalização da vida se apresenta como prática naturalizada na sociedade contemporânea, movimento que ocorre na medida em que é sobreposto ao alívio dos sintomas, por meio da fragmentação entre o biológico, psicológico e as condições de vida do sujeito. Percebe-se a hegemonia do modelo biomédico vigente como saber/poder prioritário, demonstrando a necessidade de inovações nas intervenções psicossociais, culturais e políticas a fim de promover a reversão do processo de medicalização (Filardi et al., 2021).

Assim, cabem como considerações possíveis de desfecho deste capítulo, constituído a partir do mapeamento das fontes problematizadas, apontar a emergência do objeto desta pesquisa, por meio da revisão de literatura concernente. Pretendemos com isso, iniciar as discussões teóricas que podem fundamentar a concepção dos discursos e práticas evidenciadas, inferindo como o dispositivo analisado captura o sofrimento psíquico, produzindo comportamentos naturalizantes. Dessa forma, tencionamos no capítulo seguinte dar entrada aos recuos históricos através das discussões teóricas suscitadas, buscando distanciamento do objeto

inicialmente proposto, a fim de obter uma visão panorâmica que nos ofereça pistas (rastros) para evidenciar e problematizar as estratégias de domínio e as forças históricas que atravessam o dispositivo em questão.

## **Capítulo 2 – Uma breve genealogia da biopolítica e governamentalidade: Política de Saúde Pública e o governo das condutas**

Eis, portanto, um primeiro ponto para uma genealogia de nós-mesmos: a atualidade e a busca dos processos históricos de montagem, peça por peça, daquilo que nos constitui como sujeitos individualizados; dos saberes que identificam em nós os meandros de uma psiquê, nossos motivos para agir, preveem nossos comportamentos, classificam nossas características e que, prescrevendo normas, nos tornam desviantes em potencial e objetos de práticas de tutela, a que nós, já agora sujeitos individualizados, nos encontramos assujeitados (Lobo, 1997, p. 01).

A narrativa que compõe este capítulo compreende uma segunda fase da pesquisa, que trata do período situado por volta do início do século XVIII, quando se deu aproximadamente o começo da história da higienização das populações. Portanto, buscaremos adiante realizar uma investigação genealógica acerca dos seguintes fenômenos mapeados: 2.1 Processos de higienização das populações; 2.1.1 Biopolítica e medicalização como estratégia de dominação e 2.2 Gestão biopolítica das epidemias e da saúde pública brasileira; 2.2.1 Breve história das epidemias e pandemias: estratégias biopolíticas evidenciadas, por fim, 2.2.2 Movimento de sanitização no Brasil: alguns elementos para uma problematização das Políticas Públicas de Saúde Mental no contexto contemporâneo.

Assim, partindo dos marcadores elencados, pretendemos evidenciar as principais estratégias biopolíticas de governo adotadas ao longo dos séculos, que progrediram em direção a contemporaneidade, para ampliar o entendimento sobre as principais transformações ocorridas. Isso posto, interessa-nos mediante o deslocamento do objeto de análise, aprofundar a compreensão acerca das relações de saber-poder na sociedade, sendo deste modo, oportuno

articular as discussões dos tópicos que seguem também com as concepções de governamentalidade.

Consequentemente, faz-se necessário realizar uma “escavação” para analisar como as camadas desse poder que flui entre os sujeitos e seus atravessamentos, produzem práticas normalizadoras tais como as problematizadas no capítulo anterior. Partimos, então, do pressuposto de que os sujeitos e suas práticas sociais são produzidos historicamente, conectados por um sistema de valores e normas. Deste modo, ancoramos nos escritos teóricos de Foucault juntamente com os demais colaboradores da área, que tecem argumentações pertinentes a respeito das formas de governo que operam em face das diferentes estratégias e táticas, enquanto mecanismos para estabelecer condutas disciplinares e de controle.

Nesse adentramento, é preciso apontar que esse processo de governo, segundo Foucault (1995), refere-se à maneira como governamos e somos governados, assim como se constroi a relação entre o governo do Estado, dos outros e de si mesmo. Tal noção é usada para indicar formas de moldar, guiar, dirigir o comportamento do sujeito ou do coletivo, isto é, disparidade ao poder dos homens sobre a mulher, dos pais sobre os filhos, da psiquiatria sobre o doente mental, da medicina sobre a sociedade, da administração sobre os modos de vida dos indivíduos, o que por conseguinte, relaciona-se a um modo de estruturar o eventual campo de ação dos outros, como a conduta da conduta.

Deste modo, Foucault (2008) denominou esses regimes específicos de governo de governamentalidade, apresentando a seguinte conceituação:

... conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança.

Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência deste tipo de poder que podemos chamar de "governo" sobre todos os outros - soberania, disciplina - e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco "governamentalizado" (Foucault, 2008, p. 143-144).

Então, no que se refere à vinculação da terminologia citada com o objeto desta pesquisa, nota-se que mediante o acontecimento histórico da COVID-19 o estado fomentou leis e normativas para governar a vida dos sujeitos, o que por sua vez produziu a intensificação do sofrimento psíquico como visto no capítulo anterior. Para Moura e Silva (2021), com a finalidade de controlar esse aumento bem como “evitar uma sobrecarga maior ao sistema de saúde (e capitalista), principalmente em períodos pós-pandêmicos, algumas ações interventivas (leia-se estratégias biopolíticas) foram sendo delineadas para que esse quadro de adoecimento psicofisiológico da população fosse extinguido ou, ao menos, amenizado” (Moura e Silva, 2021, p. 1177).

Portanto, partindo da perspectiva de que os saberes e os poderes biopolíticos objetivam capturar o sofrimento psíquico na crise sanitária vigente, consideramos oportuno realizar uma busca, uma escavação, a fim de articular e descrever os elementos do dispositivo pandemia, apontando como as problematizações e as experiências históricas se correlacionam, de modo a compreender de que maneira essas práticas discursivas se deslocam e se transformam em cada momento da história. Assim sendo, apesar da breve contextualização, acreditamos que ela

aponta elementos de reflexão sobre a intensificação do poder médico na pandemia, momento em que os discursos e práticas de higiene também se fizeram presentes, o que engendra a necessidade de debruçar sobre as rupturas e descontinuidades tecidas ao longo deste capítulo.

## **2.1 Recorte histórico 1 – Medicina da Vigilância: Processos de higienização das populações**

O que tencionamos apresentar nesse capítulo partirá de uma questão da atualidade (pandemia) e se desdobrará no passado. É neste sentido que Lobo (1997) sinaliza que desenrolar a linha histórica pode jogar alguma luz sobre nossa atualidade, levando-nos a diagnosticar as forças presentes que marcam nossos corpos e nos constituem como sujeitos. Propomos, assim, nesta linha uma análise da racionalidade política produzida pelas práticas discursivas do dispositivo de gestão de riscos (Cassoli, 2016) que emerge a partir da pandemia de COVID-19.

Assim, neste tópico, focalizamos a discussão a respeito das práticas de governamentalidade e seus dispositivos de poder disciplinar e de normalização que deram origem à ampliação do domínio da psiquiatria, incidindo sobre os corpos dos sujeitos em sofrimento psíquico, além de evidenciarmos como esse governo das condutas se vincula com as normas disciplinares na sociedade contemporânea.

O uso de práticas de cunho higienista no campo da medicina não se configura como uma prática moderna, mas antiga, desde o nascimento da medicina social, ainda no século XVIII. O capítulo cinco, intitulado *O Nascimento da Medicina Social* da obra *Microfísica do poder*, descreve que o Estado desenvolveu práticas de normalização, logo, a urbanização obteve práticas higienistas e o corpo se transformou em mercadoria de força de produção. É importante destacar que estas tramas históricas não se desenvolveram de forma única, mas se desmembraram em três períodos (Alemanha, França e Inglaterra) que, embora distintas, se

complementam conforme aponta Foucault (1979):

1. Na Alemanha – o centro do desenvolvimento da medicina seu deu na manutenção da saúde da população, com base na ciência do Estado que controlava os corpos através da normalização realizada pelos cartórios em termos de vida e de morte, isto é, do conhecimento estatístico ao calcular e registrar dados de mortalidade, taxas de natalidade, dados de patologias, como uma espécie de policiamento médico. Percebe-se, o domínio do saber médico para governar os corpos e condicioná-los saudáveis por meio das práticas de controle, sendo portanto, a medicina e o médico, o primeiro dispositivo de normalização, ou ainda, o médico foi o primeiro sujeito normalizado.
2. Na França – final do século XVIII, a medicina social se desenvolveu a partir do fenômeno da urbanização, na medida em que as cidades superlotadas deram origem ao aumento de epidemias como peste e a lepra, levando a um crescimento do número de mortos, o que gerou o denominado "medo urbano" – medo das epidemias, da morte, do barulho, das oficinas, da indústria, do grande número de pessoas e dos cemitérios<sup>8</sup>. Conseqüentemente, devido ao perigo iminente, medidas de higiene foram adotadas, de modo que tudo o que era considerado nocivo, patógeno, causador de doenças e endemias, era procurado e deslocado para a periferia da cidade. Logo, as primeiras precauções da medicina urbana não se deram pela análise individual de cada sujeito, mas pelo exame da população e da estrutura social.
3. Na Inglaterra – com o desenvolvimento industrial (século XIX), começaram a surgir na sociedade o aumento da pobreza, o que causou grande preocupação na medicina pela percepção do risco representado pelos pobres, uma vez que, eles tinham a característica de se revoltar e também pelo fato da epidemia da cólera ter atingido a classe proletária.

---

<sup>8</sup> É necessário destacar, segundo Foucault (1979), que “este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano” (Foucault, 1979, p. 87).

Criou-se então, a “Lei dos Pobres” destinada a ajudar o proletariado e os plebeus, que em compensação eram subordinados a diferentes formas de controle do saber médico, cujo objetivo era proteger o rico da epidemia do pobre, ao passo que este recebia ajuda gratuita ou de baixo custo dos ricos, uma via de mão dupla, de modo que, era uma medicina basicamente focada no controle da saúde e do corpo da classe menos favorecida, para produzir sujeitos aptos ao trabalho e reduzir o perigo iminente às classes mais ricas.

Foucault (2015) afirma que, nesse período, a medicina social considerava a valorização e a manutenção da saúde como pressupostos da sociedade disciplinar, compreendendo o poder sobre a vida a partir da perspectiva do corpo em dois extremos: homem-máquina e corpo-espécie. No primeiro caso, o corpo era visto como máquina, ou seja, um corpo dócil, doutrinado, produtivo, modificado e inspecionado pelos dispositivos econômicos – disciplina do corpo. Assim, os sujeitos transformam-se em obedientes, monitorados, suscetíveis e condicionados ao poder. No segundo extremo, o corpo era considerado como espécie, do ponto de vista biológico, associado ao controle da natalidade, mortalidade, longevidade e manejo da saúde – biopolítica da população.

Na conferência *O Nascimento do Hospital*, Foucault (1979) contextualiza o surgimento dos mecanismos disciplinares na instituição hospitalar, por meio do isolamento do corpo pela internação e pelo controle do corpo através da vigilância. Deste modo, a hospitalização se materializa como barreira para evitar a propagação de epidemias pelos pobres, de modo que, o hospital era tido como dispositivo disciplinar e de controle, que não tinha a função de curar, mas um lugar para morrer. Percebe-se que “o indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvo de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX” (Foucault, 1979, p.111), fato que possibilitará, posteriormente, a medicalização da sociedade

por meio de estratégias/táticas empregadas.

Nesse sentido, faz-se relevante discorrer sobre os referidos termos, sendo a palavra “estratégia” conceituada – dentre suas várias definições – como a racionalidade utilizada para se alcançar um objetivo, isto significa, a compreensão relacionada aos movimentos de um jogador em dado jogo, referindo-se aos mecanismos utilizados para obter vantagens sobre o outro. A tática visa construir com os corpos docilizados e com técnicas formadas, atividades organizadas, dispositivos que produzem diferentes forças premeditadas, se caracterizando como a forma mais elevada da prática disciplinar. Conseqüentemente, ambos estão relacionados ao âmbito militar, portanto, conceitos que evidenciam um jogo (Foucault, 1995).

Ainda conforme cita Foucault (1979), no capítulo treze do *Microfísica do poder*, sobre *A Política da Saúde no século XVIII*, o aparecimento progressivo da medicina no século XIX não pode ser visto de forma separada da organização, pois se trata de uma política da saúde, que considera as doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades para que elas devam tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto. Isto posto, é possível perceber que a medicina nessa época encontrava-se alinhada a duas faces do mesmo processo: medicina “privada” e medicina “socializada”, as quais revelam em seu apoio recíproco e em sua oposição, uma estratégia comum. Em síntese, a medicina para além dos serviços de doenças e arte das curas, se apresenta como técnica geral de saúde, assumindo um lugar de destaque nas estruturas administrativas e na maquinaria de poder que, no decorrer do século XVIII, não deixou de se expandir e de se afirmar, de tal maneira que, o médico atinge diferentes instâncias de poder.

Nesse panorama, é possível perceber a emergência de um novo poder, diria melhor ainda o processo de acomodação deste a partir das estratégias e táticas aplicadas ao corpo, o qual se estendeu do final do século XVIII até o século XIX. Cabe destacar, segundo Caponi (2013), que esse fenômeno não exclui ou substitui a tecnologia disciplinar, mas integra-se e utiliza-se

em parte do fenômeno a fim de dirigir-se ao seu novo foco de intervenção: o homem como espécie biológica atuando nas regulações da população através do controle da vida. A esse respeito Veiga-Neto (2004) corrobora com o seguinte excerto:

Trata-se de um poder que se aplica à vida dos indivíduos; mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos. O que importa é que tais corpos são tomados naquilo que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie ... e a população é o novo conceito que se cria para dar conta de uma dimensão coletiva que, até então, não havia sido uma problemática do campo dos saberes (Veiga-Neto, 2004, p.87).

De fato, entra em questão um tipo de poder bem distinto das especificidades do poder disciplinar, ora inicialmente aqui contextualizado. Emerge então, o que Foucault (2015), denominou de biopoder: "... técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações" (Foucault, 2015, p. 151). Em outras palavras, relaciona-se a um poder que atua sobre a vida dos sujeitos, por meio de tecnologias de poder, designadas como biopolítica, as quais possibilitam controlar/normalizar a vida de modo geral.

Assim, a norma pode ser compreendida como o elemento que circula do poder disciplinar ao regulamentador, baseado na capacidade de controlar/disciplinar o corpo e um dado acontecimento da sociedade. A partir disso, surge um novo tipo de poder constantemente exercido por meio da vigilância, indispensável para a garantia da normalidade, mediante o discurso da regra/regular, que por sua vez, determinará as leis normativas. Partindo dessa concepção, o sujeito passa a ser classificado pela medicina como normal e anormal, por meio dos parâmetros que estabelecem os ideais aceitos socialmente, ou seja, o corpo saudável e o que se caracteriza como um desvio dessas regras, o corpo patológico (Foucault, 2005).

Deste modo, faz-se necessário considerar o conceito de norma para uma melhor

compreensão do termo biopolítica, com esse intuito, buscaremos em Canguilhem (2009) alguns apontamentos a partir da sua obra *O Normal e o Patológico*. O referido autor destaca duas concepções de doenças, a relação entre saúde-doença sobre o ponto de vista quantitativo e qualitativo. Do ponto de vista quantitativo, doença e saúde (estado normal) diferem apenas em número, e há continuidade entre as duas. Os distúrbios do estado de equilíbrio do corpo é a doença, e buscar restaurar esse estado de equilíbrio é buscar a normalidade, eliminar doenças e alcançar a cura. De modo qualitativo, a doença difere da saúde porque uma qualidade é diferente da outra. Esses dois estados são considerados diferentes e não há grau entre eles. Aqui se pensa a doença não como um grau diferente do estado “normal”, mas algo que muda o indivíduo e o torna diferente de antes.

De acordo com Nordenfeld (2000), o conceito de normal apresenta duplo entendimento, ou seja, ele pode ser compreendido a partir da ideia de médias estatísticas, cálculos ou constantes e também pode ser compreendido como um conceito valorativo, que se relaciona àquilo que é considerado desejável em certo momento e em dada sociedade, determinando como uma função, processo ou conduta deveria ser.

Emerich et al. (2014) apontam que na contemporaneidade somos atravessados por práticas disciplinares e controladoras de higiene, resultantes das estratégias de poder do capitalismo do século XVIII e da biopolítica que visam regular o corpo social, caracterizando o que Foucault denominou de sociedade da normalização. Corroborando com essa discussão, Andrade et al. (2018) ratificam que o saber médico acaba produzindo efeitos sobre os sujeitos e as coletividades por meio dos mecanismos do biopoder assim como das técnicas biopolíticas de governo.

Tendo em vista tais apontamentos, Caponi (2013) expõe que o saber médico-psiquiátrico baseado no padrão de normalidade examinam, inspecionam e classificam os sujeitos como normal ou anormal. Situando nosso objeto de pesquisa nesse espaço de diálogo,

é possível denotar que o sofrimento psíquico proveniente da pandemia é atravessado pelas relações de saber-poder, de modo que a categorização desse sofrimento aponta para o processo de patologização da vida.

Nesse sentido, conforme discutido no capítulo anterior, é preciso considerar que os termos sofrimento psíquico e transtorno mental se diferem, a fim de evitar confusão conceitual, estando o primeiro relacionado aos sentimentos como ansiedade, tristeza e outros, inerente ao ser humano frente às reações esperadas, como por exemplo durante o acontecimento da pandemia, não podendo ser confundido com um processo de adoecimento. Todavia, percebe-se frequentemente, a classificação desse sofrimento dentro dos padrões de normalidade/anormalidade, o que acaba produzindo estratégias medicalizantes as quais discutiremos no subtópico seguinte.

### ***2.1.1 Biopolítica e medicalização como estratégia de dominação.***

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que a medicalização surgiu com a medicina social tendo como elementos centrais o corpo do indivíduo (poder disciplinar) e o corpo social (biopolítica), atuando sobre a vida dos sujeitos, objetivando maximizar a docilidade, nos espaços públicos, dominar o tempo e os sistemas de vigilância, de modo a gerar saberes e subjetivar práticas cotidianas. Consequentemente, os indivíduos são causa e efeito desse saber-poder, de forma contínua, sendo esse poder relacionado com a medicalização dos corpos, ou seja, “... penetrar nos corpos de maneira mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global. ... vinculou-se o corpo à sua valorização como objeto de saber e como elemento nas relações de poder” (Foucault, 2015, p. 116-117).

Assim, ainda segundo o autor, a medicalização se refere a um fenômeno complexo, que não diz respeito somente à dispensa de medicamentos, mas também à maneira como o saber

médico exerce controle sobre os diversos aspectos da vida humana, como por exemplo, a moral, a sexualidade, a higiene, os hábitos alimentares, dentre outros. Trata-se de uma espécie de ortopedia social diretamente relacionada à forma como o poder é exercido sobre a população, sem precisar atuar de modo coercitivo e repressivo, uma vez que o discurso médico apresenta um valor normativo de verdade assumido pelo sujeito. Assim sendo, com o capitalismo não se tem a instituição de uma medicina privada, porém uma coletivização da medicina através da socialização do corpo como objeto e força de produção (Foucault, 1979).

Deste modo, a psiquiatria clássica evoluiu essencialmente por meio de estratégias medicalizantes, por conseguinte, a sua institucionalização no ocidente em função da higiene do corpo social, a partir do século XIX, demandou a patologização de pressupostas anormalidades marcadas por transtornos mentais, garantindo ao poder psiquiátrico a vigilância das estratégias de controle da sociedade (Foucault, 2010). No entanto, não se pode considerar somente os saberes biológicos, da psiquiatrização, da patologização e da medicalização, pois as estratégias biopolíticas e disciplinares operam através de fatores bem mais sutis para controlar o sujeito e a população, isto é, mediante o governo dos riscos e vulnerabilidades assim como pelo potencial produtivo/lucrativo de cada indivíduo (Lemos et al., 2020).

Segundo Caponi (2013), essa biopolítica pode ser resumida como o discurso do risco, ou seja, “... nas promessas de um saber médico e psiquiátrico obcecado por antecipar os riscos.” (Caponi, 2013, p. 98). Moura e Silva (2021) ressaltam que quando os sujeitos são incluídos no panorama de anormalidade – fato que implica a diminuição do rendimento deles em detrimento do estado de patologia –, o dispositivo gera estratégias de saber-poder que visam à normalização dos corpos a partir de técnicas biopolíticas, conforme as exigências do sistema capitalista vigente, de modo a produzir sujeitos aptos, ágeis e dóceis para o trabalho.

Para Zorzanelli e Cruz (2018), essa intensificação do processo de medicalização que passou a categorizar o fenômeno do risco de adoecer está especificamente relacionada ao

biopoder característico dos séculos XVIII e XIX. Na verdade, a medicina é o nexos que liga a biopolítica à disciplina, em outras palavras, é o nexos do biopoder no governo da vida, que opera por meio da noção de norma. Trata-se das transformações que as formas de vigilância sobre o corpo, sobre a doença e sobre a saúde exercem por via do conceito de risco e das novas biotecnologias, possibilitando repensar o que significa medicalização na sociedade contemporânea.

A psiquiatria utilizou-se do binômio normal versus anormal em movimentos de higiene e preconceito para possibilitar a proteção e segurança do corpo social. Essa concepção de prevenção, previsão e antecipação de certos acontecimentos impertinentes decorre da biopolítica em defesa da sociedade, em que prevenir torna-se o ato de rastrear risco ou fatores de riscos (Castel, 1978). Assim, a expansão do domínio da psiquiatria torna-se evidente na seguinte afirmação de Caponi:

É possível afirmar que uma das estratégias indispensáveis para garantir a indefinida ampliação de diagnósticos e categorias psiquiátricas é a obsessão por identificar pequenas anomalias, angústias cotidianas, pequenos desvios de conduta como indicadores de uma patologia psiquiátrica grave por vir. O risco, na medida em que aparece como um modo de antecipar o perigo possível (real ou imaginado) sobre a vida e a saúde, constitui a estratégia biopolítica por excelência que permite garantir a legitimidade e a aceitabilidade desse modo de exercer o governo das populações. A ambição por identificar comportamentos de risco cada vez mais sutis, com a finalidade de construir uma psiquiatria preventiva, é central para compreender o modo como os pequenos desvios de conduta e as tristezas cotidianas ingressam no campo das intervenções psiquiátricas iniciando um verdadeiro processo de medicalização do não patológico (Caponi, 2013, p. 116).

No trecho apontado, percebe-se que em torno dele se estruturam as estratégias biopolíticas no campo das intervenções psiquiátricas, evidenciando de que forma o saber médico e a noção de norma emergem como elementos fundamentais para a compreensão das relações de poder provenientes do governo das condutas bem como do modo como elas operam baseadas na gestão dos riscos, de tal forma que, acaba produzindo efeitos para o mecanismo de patologização e, conseqüentemente, da medicalização do sofrimento na sociedade contemporânea. Logo, é preciso considerar que no contexto pandêmico, as recomendações de vigilância (leia-se estratégias de governo) adotadas e seus desdobramentos para a saúde mental dos sujeitos, produziram a intensificação do sofrimento psíquico, compreendido sob a ótica da classificação de normalidade, transformando em patologias determinadas reações emocionais que são esperadas dado o cenário da pandemia.

Conforme Foucault (2008), essa necessidade de identificação precoce de risco e de intervenção com viés medicalizante é uma estratégia biopolítica, destacando-se como dispositivo “risco-segurança”. A esse respeito o autor identifica que foi por meio dessa concepção de risco apoiada na quantificação probabilística do que pode vir a caracterizar uma ameaça ou perigo para a vida que se deu a constituição dos dispositivos de segurança, a partir de uma série de elementos: verificar por intermédio da estatística, diferentes cálculos de risco (idade, sexo, profissão, etc); determinar diversas curvas de normalidade; calcular os desvios e gerar estratégias padronizadas; indicar populações de risco e verificar padrões de morbidade e mortalidade; desenvolver intervenções preventivas que reduzam os indicadores de morbidade visando antecipar os riscos eminentes.

Necessário se faz apontar que no século XIX a psiquiatria era considerada um ramo da higiene pública, tendo sido institucionalizada como um saber médico a partir da concepção de limpeza e purificação do tecido social contra os perigos que devastassem a sociedade e a

colocasse em risco. Deste modo, para garantir a higiene social foi preciso que o saber psiquiátrico estabelecesse a noção de patologização do social, isto é, patologizar todos os desvios, erros, distúrbios e deficiências com o papel de proteger o corpo social contra os riscos provenientes. Além disso, foi necessário que a psiquiatria trouxesse a noção da loucura como perigo, tornando-se o único saber legítimo para instituir a higiene social dos loucos, visto que, a psiquiatria era responsável por curar a doença mental, sendo assim, por proteger a sociedade do perigo que os loucos pudessem causar (Foucault, 2010).

Caponi (2009) ratifica que essa expansão da psiquiatria, isto é, essa medicalização dos comportamentos, dos sofrimentos e dos desvios começou no século XIX e parece persistir na contemporaneidade, levando em consideração o aumento expressivo da necessidade de diagnósticos de transtornos mentais nos últimos 30 anos. Para a referida autora, talvez esse mesmo esquema explicativo, ou seja, essa transformação epistemológica que permitiu que a psiquiatria ampliasse o seu espaço de intervenção para quase todas as condutas humanas, possibilita-nos apreender o marco histórico que até hoje legitima o processo de medicalização do não-patológico.

Nessa perspectiva, Dantas (2009), cita que após o século XX, a ciência médica progrediu mais rapidamente com o surgimento do cenário tecnológico do discurso médico, uma vez que, a indústria farmacêutica está investindo progressivamente mais na descoberta de novos medicamentos. Assim, com a ampliação dos domínios da ciência biológica e do saber médico-psiquiátrico, o que poderia ter a vida e a cura como princípios, tornou-se na verdade uma ameaça, pois os sujeitos não se sentem mais capacitados para lidar com as adversidades oriundas do cotidiano, tais como: conflito, medo, tristeza, angústia, ansiedade, doença e morte, perdendo dessa maneira, a autonomia sobre sua saúde física e mental, transferindo-a para os profissionais de saúde, especificamente para o saber médico e dispositivos terapêuticos.

Dessa maneira, nota-se que um dos temas centrais que acompanham à psiquiatria

moderna no decorrer da história, foi justamente essa problemática do risco e a intenção pela detecção precoce de sujeitos com a possibilidade de vir a ser acometido por alguma doença de ordem psiquiátrica que pode ser evitada antes que se cronifica. Tal motivo tem acarretado o crescente processo de medicalização que se iniciou com o nascimento da psiquiatria e permanece até os tempos hodiernos (Caponi, 2013). A esse respeito Foucault (1999) destaca que a partir disso, o saber psiquiátrico modificará seu objeto de estudo bem como suas estratégias de intervenção, pois seu interesse não será mais restaurar a saúde perdida, mas prever toda e qualquer anormalidade, ou seja, “tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter reativo, falta de afeto, etc., tudo, daqui em diante, poderá ser psiquiatrizado” (Foucault, 1999, p. 150).

Dado o exposto, é possível perceber que os acontecimentos apontados nos séculos XVIII e XIX sobre o processo de higienização das populações coadunam com o avanço da medicalização na contemporaneidade ampliando a compreensão sobre o objeto problematizado. Tal discussão, possibilitou observar o fenômeno da medicalização, seus deslocamentos e transformações a partir do lugar que o corpo passou a ocupar na sociedade ao longo da história, evidenciando como o poder se reestruturou com outros campos de saberes, de modo a produzir padrões normalizantes. Tencionamos, adiante, realizar uma análise biopolítica das estratégias de governo centradas no dispositivo de segurança e antecipação de risco a partir da ideia da gestão de epidemias, entendidas como necessárias em dadas situações de crise, como por exemplo, a pandemia da COVID-19, com o intuito também de evidenciarmos como se organizou historicamente a política de saúde da população brasileira.

## **2.2 Recorte histórico 2 – Gestão biopolítica das epidemias e da saúde pública brasileira**

... À peste que é desordem, responde à ordem, cuja função é desemaranhar as confusões

provocadas pela doença que se transmite quando os corpos se misturam. ... Contra a peste que é confusão a disciplina faz valer seu poder de análise (Foucault, 1999, p. 201).  
... contra um mal extraordinário, o poder se faz visível, inventa engrenagens, compartimenta, reticula, imobiliza (Foucault, 1999, p. 208).

Iniciamos este tópico a partir desses fragmentos redigidos por Foucault em sua obra *Vigiar e Punir*, com o objetivo de descrever e analisar as estratégias biopolíticas centradas no dispositivo de segurança e antecipação de risco, que se mostraram necessárias em outros momentos da história, considerando a gestão de epidemias. Assim sendo, buscaremos problematizar as questões inerentes ao dispositivo disciplinar frente às medidas de combate à crise, como o modelo da quarentena e isolamento, a fim de situá-las historicamente e evidenciar como elas se aproximam do presente. No entanto, compete ressaltar, que embora encontramos em Foucault uma compreensão eminentemente histórica, a análise que segue não se limita aos apontamentos trazidos pelo autor, mas apresenta um processo complexo do qual inúmeros pesquisadores integram o debate.

No primeiro momento, pretendemos realizar um panorama sobre a história das pandemias a fim de apreender as reverberações que esse campo de força produziu na vida dos sujeitos em épocas passadas. A partir disso, tentamos refletir acerca das possíveis estratégias biopolíticas adotadas como forma de governo das populações no controle de riscos frente às epidemias. E por fim, apresentaremos algumas discussões relacionadas ao movimento de higiene social ocorrido no Brasil, para evidenciarmos como tais acontecimentos se aproximam e distanciam da discussão em foco.

### ***2.2.1 Breve história das epidemias e pandemias: estratégias biopolíticas evidenciadas.***

Com o intuito de compreender a gestão da pandemia do novo coronavírus no contexto

brasileiro, torna-se fundamental realizar uma breve análise de como se constituiu o momento presente, considerando que todo acontecimento é atravessado por linhas de forças que geram múltiplos desdobramentos na vida dos indivíduos. Assim, apoiando-se nos achados foucaultianos e de outros colaboradores, buscaremos evidenciar como as populações, ao longo da história, enfrentaram outras epidemias, produzindo a partir disso, estratégias biopolíticas de governo para controle da crise.

Deste modo, iniciaremos por elucidar o que podemos compreender pelos termos peste, epidemia e pandemia, enquanto apontamentos conceituais necessários para seguir com a análise. O primeiro é derivado do latim *pestis* e é usado para identificar alguns surtos epidêmicos, como a Peste Negra, Peste ou Praga de Cipriano, Peste Antonina e etc. Hoje, o termo pode ser definido como uma enfermidade infectocontagiosa provocada pela bactéria *Yersiniapestis*, transmitida através da picada de pulga infectada (Ministério da Saúde, s/d). No que se refere, ao segundo termo, em sua origem grega, epidemia é proveniente da combinação de duas expressões, “epi”, que quer dizer sobre, e “demos”, que representa povo, o que equivale sobre o povo, ou seja, a manifestação coletiva de uma doença que se espalha rapidamente por contágio direto ou indireto até atingir uma grande parcela da população em uma determinada área e que desaparece após um tempo. Já o termo pandemia, também de origem grega, consiste na associação das palavras “pan”, que significa tudo ou todos, e demos, que conforme mencionado representa povo, utilizada para representar uma enfermidade que potencialmente se prolifera geograficamente em diversas regiões no mundo (Rezende, 1998).

Foucault (1999) aponta que, na gestão de uma epidemia, estratégias biopolíticas tornam-se possíveis para governar uma população, baseado na concepção de dispositivo de segurança e mecanismos disciplinares. Nessa perspectiva, o autor complementa que a epidemia acaba convertendo-se em estratégia política, partindo da consideração das mudanças relativas aos mecanismos de controle e gestão da lepra na Europa à gestão da peste como processo que

possibilitou a aplicação de tecnologias disciplinares, isto é, ampliação do poder e suas diferentes estratégias de normalização.

Para Foucault (1999), a lepra deu origem a políticas de exclusão na Europa, por meio das quais os leprosos eram vistos dentro de uma prática de rejeição e de exílio. Durante a peste, a partir do final do século XVII, foram implementadas estratégias de controle nas quais os espaços eram fechados e monitorados, de modo que, os indivíduos eram colocados em lugares fixos e controlados, sob a inspeção de uma vigilância hierárquica contínua, caracterizando o dispositivo disciplinar dominante.

No que tange à história, é possível perceber que a doença para a qual mais se buscou o isolamento foi a lepra. Relatos e evidências dessa segregação são conhecidos desde os tempos antigos, sendo que na era medieval, a prática muitas vezes não era para impedir a transmissão, mas para perseguir os enfermos de maneira discriminatória e deixá-los à própria sorte (Zamparoni, 2017). Sabe-se, que tal prática chegou à contemporaneidade atingindo outras esferas, como as pessoas com doenças sexualmente transmissíveis e mesmo as doenças não contagiosas, como os doentes mentais. Esta última aparece problematizada por Foucault (2019a) em sua obra *a História da Loucura*, tendo iniciado por volta do século XVII e estendido até o século XX, momento em que ocorreu a reforma antimanicomial (Basaglia, 1980).

Dado o exposto, as medidas de isolamento denominadas quarentena também reportam à antiguidade, mais especificamente à Idade Média. Ao buscar o início do uso desse método na história, podemos apontar que o termo foi utilizado pela primeira vez no século XIV, no porto de Veneza, Itália, época em que a Europa e a Ásia experimentaram a epidemia da Peste Negra, que por sua vez, matou centenas de milhares de pessoas. Consequentemente, aqueles que chegavam ao porto de Veneza, vindo de áreas infectadas, eram obrigados a ancorar e esperar quarenta dias para o desembarque dos sobreviventes (Rezende, 2009).

A epidemia de Cólera surgiu entre 1817 e 1966, causando oito grandes surtos que

afetaram o mundo por 150 anos, mas tais eventos ocorreram de forma intermitente em diferentes países e continentes, matando mais de um milhão de pessoas. Durante a crise de Cólera no Brasil no século XIX, vários lugares foram convertidos e usados para cuidar dos doentes, incluindo templos religiosos, em consequência do medo do contágio e à influência do saber médico, os cemitérios começaram a ser instalados em áreas distantes das cidades. É importante destacar que nessa época, assim como no cenário da pandemia causada pelo novo coronavírus, vários tratamentos foram propostos e utilizados de forma especulativa, ressaltando ainda, que médicos e estudantes de medicina foram chamados para tratar os doentes, do mesmo modo ao que aconteceu recentemente quando foram criados os hospitais de campanha para tratar os infectados pela COVID-19 (Ujvari, 2003).

De acordo com Brooks et al. (2020), atualmente, a palavra quarentena tem sido empregada como tentativa de controlar o surto da COVID-19, por meio de implicações para isolar e restringir a circulação de indivíduos que foram expostos ao vírus a fim de evitar a contaminação e reduzir o risco de infecção de outras pessoas. Conforme apontam Garrido e Rodrigues (2020), evidentemente, tal medida de saúde pública adotada na contemporaneidade não se compara com a espécie de isolamento dos tempos passados, em que deixava “o doente ao relento, mas ao uso objetivo de medida restritiva para se evitarem os contágios, e estas devem guardar relação com a capacidade infecciosa do patógeno” (Garrido e Rodrigues, 2020, p.3).

Salienta-se que as medidas de distanciamento social e isolamento já foram executadas em diferentes cenários de epidemias e pandemias presentes na história da saúde mundial, tais como a pandemia de gripe espanhola de 1918-1919, a epidemia de síndrome respiratória aguda grave (Sars) em 2002-2003, a epidemia por H1N1 em 2009-2010 e o Ebola, em 2014 (Silva et al., 2020 como citado em Silva et al., 2021). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a gravidade das pandemias mudou no contexto histórico da humanidade, levando em consideração a época e o local em que foram vivenciadas, bem como do preparo da sociedade

para responder às demandas oriundas da crise (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Na obra *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos*, do autor Ujvari (2003), as descrições históricas evidenciam que ao longo dos tempos o homem apresentou diferentes maneiras de vivenciar as pandemias, sendo que o comportamento de isolamento social e suas consequências são evidenciados com frequência em épocas de pandemias. Nota-se que alguns dos comportamentos manifestados que estiveram presentes nas principais situações de pestes, epidemias e pandemias que afligiram o mundo, estão atrelados ao medo de adoecer, à dificuldade de lidar com as transformações nos rituais fúnebres e à sensação de estar confinado pela necessidade de quarentena.

Ainda, segundo os achados do autor, no decorrer da Peste de Atenas, em 430 a.C, muitos infectados foram abandonados e morreram sozinhos, pois em virtude do medo do contágio, evitavam-se contato com os enfermos. Durante a primeira epidemia de peste bubônica, na Praga Justiniano, no século VI, as pessoas ficaram enclausuradas em suas residências com medo de que os agentes causadores da peste, invadissem suas casas. Nessa época, as investigações científicas sobre as doenças pandêmicas ganharam força, através de estudos desenvolvidos na Universidade de Paris, para explicar as causas e formas de disseminação do patógeno, verificando que a principal via de contaminação se dava pelo ar. Portanto, foram adotadas como medidas de controle o uso de máscaras, o isolamento, limpeza e desinfecção de superfícies contaminadas. Além disso, as vítimas eram enterradas rapidamente e seus objetos eram incinerados (Ujvari, 2003).

Nessa perspectiva, Carreta (2011) afirma que a humanidade seguia tentando controlar as pandemias pelos meios de que detinha e testando soluções em busca de eficácias. Em meados do século XIX, durante a epidemia de febre amarela no Brasil, o miasma foi identificado como a principal causa da doença e uma série de medidas sanitárias foram instituídas para combatê-lo. No entanto, somente no início do século XX que um modelo preventivo, combatendo

mosquitos e isolando os doentes dos outros, foi introduzido. A decisão do médico sanitarista Oswaldo Cruz de controlar o surto foi recebida com severas críticas da mídia e resistência popular, como refletido em charges da época e, mais especificamente, pela Revolta da Vacina, que consistiu em um movimento popular contra uma lei promulgada pelo presidente Rodrigues Alves, que exigia que todo cidadão fosse vacinado contra a varíola.

Assim sendo, Silva e Rodrigues (2021), apontam que:

... A epidemia, deste modo, possibilita todo o funcionamento de mecanismos de poder disciplinar nos quais um conjunto de instituições e de técnicas assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os tidos como anormais, pestilentos, doentes. O funcionamento de modo capilar do poder, nos mais ínfimos detalhes da existência. (Silva e Rodrigues, 2021, p. 330).

Os resultados da pesquisa desenvolvida, por Feijoo et al. (2021), evidenciaram que em meio aos acontecimentos que ocorreram em outras epidemias e pandemias, ao longo da história, muitos se reproduziram no cenário da COVID-19. Mas, apesar das peculiaridades do presente comparadas com outras épocas, notam-se as medidas de controle da crise adotadas, tais como: o isolamento social, o uso de máscaras, sanitização de ambientes, mudanças nos rituais fúnebres, dentre outros se fizeram a partir das necessidades e circunstâncias apresentadas no momento. Logo, os relatos históricos nos aproximam dos discursos produzidos nos diferentes períodos, apontando para os atravessamentos no comportamento dos sujeitos e as estratégias biopolíticas utilizadas para gestão da crise. Desse modo, destacando ainda, que mesmo a despeito dos avanços da medicina e da tecnologia, no século XXI, a população encontra-se suscetível a ser atingida por surtos pandêmicos, considerando os registros mais recentes como os episódios de H1N1 e do novo coronavírus.

Para Han (2021), em vista do dispositivo higiênico, a sociedade é constantemente vigiada e controlada pelas relações de poder. O autor traz uma análise de como a crise pandêmica acarretou um regime de vigilância biopolítico e seus desdobramentos para o corpo dos sujeitos, problematizando principalmente as questões inerentes à dor na pandemia. Para tanto, intitulou sua última obra como *A sociedade paliativa*, para designar como o corpo social atribui ao saber médico e tecnológico uma relação de domínio por meio da soberania. Dessa maneira, propõe que a histeria da saúde levaria a um mecanismo de vigilância permanente, ou seja, o sujeito ergue em si próprio uma ditadura interna – regime de controle interno – em que a coerção coincide com a vigilância biopolítica, não sendo mais percebida como opressão, mas em nome da saúde. Logo, essa dominação não diz ao dominado o que ele é proibido de fazer, como no controle disciplinar, ao contrário, sugere o tempo todo, o que ele deve fazer, suavizando as formas de domínio de governo.

Conforme aponta Foucault (2019b), essa estratégia de governo pautada na concepção de antecipação de risco em que os sujeitos são direcionados a adotar condutas de cuidado com a saúde física e mental, tanto para si quanto para os outros, é denominada de prática de cuidado de si e do outro, isto é, um processo individual e coletivo em que o indivíduo subjuga a si mesmo como motivo de conhecimento e campo de ação para mudar-se, advertir-se, autocontrolar-se e autogovernar-se. Partindo dessa constatação, Caponi (2014) acrescenta que a vida não é considerada pela biopolítica em termos coloquiais ou vulgares, pelo contrário, ela leva a carga epistemológica de uma vida determinada pelos discursos, as formas de classificar, medir, intervir e avaliar típicas das ciências biológicas e médicas, produzidas entorno à oposição normal-patológico. Por esse motivo, a medicina, a higiene e a saúde pública, ocupam um lugar privilegiado na sociedade contemporânea, viabilizando a interface entre um saber sobre o biológico e as intervenções governamentais sobre indivíduos e populações.

Sintetizando o exposto, denota-se que historicamente os momentos de crise e ruptura

mostraram-se eminentemente propícios para o uso de estratégias biopolíticas frente à gestão de riscos, o que se aproxima também das práticas adotadas no recente cenário da pandemia de COVID-19, as quais foram assinaladas pelos mecanismos de poder vigentes. Nesse contexto, foi possível perceber que as epidemias e pandemias produziram em outras épocas diferentes efeitos no comportamento dos sujeitos, o que evidentemente aponta para uma série de elementos presentes na construção do dispositivo de segurança predominante, articulando-se com os modos de governar as populações ao longo da história. Dito isso, interessa-nos, mediante nosso objeto de análise, seguir a discussão evidenciando e problematizando como ocorreu o processo de higienização no Brasil como estratégias de “governamentalidade”.

### ***2.2.2 Movimento de sanitização no Brasil: alguns elementos para uma problematização das Políticas Públicas de Saúde Mental no contexto contemporâneo.***

Neste subtópico, pretendemos traçar algumas reflexões sobre a denominada Reforma Sanitária Brasileira, a fim de resgatar as rupturas e transformações desse importante processo histórico e social, sem a pretensão de esgotar a complexidade da temática, mas com o intuito de apontar alguns elementos, que possam contribuir para uma breve análise de como se deu a construção do referido dispositivo sanitário. Assim, buscaremos evidenciar a ligação existente entre biopolítica e o governo das populações no âmbito da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como da Reforma Psiquiátrica.

Nessa direção, importante se faz assinalar que no Brasil, os problemas de saúde da população tiveram destaque no contexto de grandes epidemias, pobreza excessiva e alta mortalidade decorrentes das condições de vida urbana no final do século XIX e início do século XX. Conseqüentemente, os acontecimentos de vida e morte tornaram-se o foco do desenvolvimento econômico do país, de modo que, além da família, a população passou a ser

o centro de estratégias de saúde que implementaram sobre ela uma biopolítica (Nespoli, 2014). Partindo dessa perspectiva, Paim (2009) salienta que, ao longo do século XX, no país, as estratégias de saúde organizaram-se de diferentes maneiras a partir da constituição de mecanismos de governo da vida que operava na normalização dos corpos e nos processos biológicos do homem-espécie, caracterizando práticas higienistas e campanhistas, na condição de técnicas da saúde pública.

Assim, a construção da soberania estatal brasileira encontrou nesses modos um dispositivo biopolítico, que foi disseminado através de técnicas, procedimentos, saberes e práticas que refletiam sobre a vida dos sujeitos, normalizando-os de acordo com os critérios de interesse para o desenvolvimento econômico do país, ação que só foi possível segundo a hegemonia da racionalidade biomédica mercadológica, com base nos conhecimentos técnicos, científicos e especializados (Nespoli, 2014). Por conseguinte, a higiene necessitava ser condizente com o dia a dia da população e teria que fazer parte dos seus hábitos de vida, a partir de um amplo escopo de atuação, ou seja, se anteriormente, a política de saúde pública era pautada na cura da doença, com o tempo, perceberam que tal posição não era suficiente, apontando para o surgimento e adoção de novas práticas, como a educação higiênica, que muitas vezes era imposta (Tamano, 2017).

Os efeitos desses mecanismos de “governamentalidade” indicam como a fragmentação das práticas e o investimento numa racionalidade médica liberal privatista, de cunho individual e curativista, favorecem o controle e a medicalização dos indivíduos e, logo, da população, corroborando a lógica do capitalismo contemporâneo que investe sobretudo na vida. E o investimento na vida foi tamanho que resultou num aumento de sua expectativa em termos de idade, correlata a uma mudança, já conhecida, nos padrões de adoecimento e morte, derivada da introdução de novas tecnologias capazes de tornar

a população mais saudável, mais forte e produtiva por mais tempo – um ajustamento dos fenômenos populacionais aos processos econômicos (Nespoli, 2014, p.76).

Dessa maneira, o nascimento da saúde pública no Brasil ocorreu na transição do século XIX para o século XX, período do fim da monarquia ao início da “República Velha”. Caracterizou-se em um processo de criação de regras e organizações sanitárias assim como transformações nas práticas dominantes, conhecido como “sanitarismo campanhista”, com destaque nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, para, sobretudo limpar os ambientes de fluxo de mercadorias exportáveis, prevalecendo até meados dos anos de 1960. O marco histórico desse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, com a participação de diferentes setores sociais organizados, em que o consenso era de que não bastava apenas uma reforma administrativa e financeira para o setor da saúde no país, mas uma mudança em todo o quadro jurídico-institucional em vigor, considerando a ampliação do conceito de saúde de acordo com os princípios da Reforma Sanitária. O relatório elaborado no evento serviu de base para os participantes que produziram a Constituição de 1988 (Andrade et al., 2000).

Para Borges et al. (2014), grande parte da política de saúde pública no Brasil nos últimos 30 anos afirma a necessidade e a intenção de consolidar a Reforma Sanitária, pois essas políticas remetem ao movimento reformista da década de 1970, que culminou na criação e implantação do SUS, em 1988. Nespoli (2014) ressalta que o SUS é considerado uma conquista da sociedade civil contra um governo militar autoritário e antidemocrático, assim, o processo sanitário denunciou a fragilidade das situações de vida e o monitoramento das extremas desigualdades sociais que sobrecarregaram (e ainda sobrecarregam) a maior parte da população brasileira. Logo, garantindo através de um movimento democrático, o debate e a defesa de outro projeto de saúde pública para o país, por meio de outras estratégias e dispositivos de governo para

conduzir e gerir a saúde bem como a vida da população.

Todavia, o SUS ainda é um projeto em construção que atravessa muitos entraves, pois exige, além da sua constituição jurídica, novos modos de “governamentalidade”, distintos daqueles criados historicamente, que fortalecem a gestão da vida em razão do aumento do capital. Sua defesa, quando harmônica com a proposta de Reforma Sanitária no Brasil de universalização da saúde, vai contra um projeto neoliberal de reforma do Estado, que ampara políticas sociais residuais para os pobres e prioriza a regulação do mercado na prestação de cuidados de saúde. Assim, o cenário político e econômico desfavorável à implantação do SUS é uma das principais dificuldades para a garantia do direito à saúde; entretanto, em contrapartida ao seu avanço, a denominada saúde suplementar tem aumentado, fortalecendo modelos biomédicos de cuidados e da medicalização da vida no campo social (Nespoli, 2014).

Ainda, com referência em Nespoli (2014), não se trata de analisar essas políticas e os mecanismos propostos, tampouco reduzir a relevância de todas as iniciativas que são constitutivas do SUS, mas evidenciar que as populações estão cada vez mais sendo foco do governo e das políticas públicas de saúde, sendo que nesse contexto, a participação social apresenta-se como elemento estratégico. Trata-se de refletir sobre as limitações e possibilidades do SUS a partir de outra perspectiva, da “governamentalidade”, o que significa problematizar se, de fato, a proposta brasileira de saúde pública busca reverter o processo de dominação que atua através de uma biopolítica que sustenta um estado adequado de saúde da população, sem o risco de resistência. Do mesmo modo, significa refletir sobre os efeitos produzidos pelas tecnologias governamentais que atravessam as organizações do SUS e sobre as formas como elas colocam a vida no centro das políticas, pois nos parâmetros do SUS, a vida ainda é representada por meio de estatísticas, indicadores e metas.

Nesse amplo processo histórico, constatamos que as primeiras instituições psiquiátricas, especificamente hospitalares, foram desenvolvidas no Brasil no final do século XIX e início

do século XX. Logo, os manicômios eram vistos pelo Estado como ambientes para o tratamento psiquiátrico, sendo comum a adoção de práticas como o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. Dentre os fatos identificados, cumpre destacar a inserção do uso de psicofármacos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, a partir da descoberta dos primeiros neurolépticos, que apontaram a existência de uma grande comercialização para essa classe de medicamentos, de modo que outras substâncias começaram a ser testadas e comercializadas para essa procura (Amarante, 1994).

... o surgimento da Psicologia como uma ciência do indivíduo, como uma disciplina da norma que regula, que vigia, que realiza uma ortopedia das subjetividades. Conforme o autor, ela nasce no final do século XIX, dentro de um exercício de poder não mais centrado no corpo, mas na subjetividade. É uma ciência que tem a norma como seu instrumento técnico. Tal instrumento de poder permite estudar e comparar os indivíduos, elaborar uma curva normal através de uma matemática política – a estatística – criando normatizações, construindo padrões *a priori* de normalidade e depois normalizando os indivíduos que são encaixados nesta curva, onde são marcados seus desvios ou sua normalidade. Posteriormente, tais desvios são nomeados, instituídos, criam-se os diagnósticos e os tratamentos. Através da Psicologia, é possível avaliar e validar os comportamentos conforme as regras. Ela produz um saber epistemológico e também tecnológico, e, de certa forma, um saber clínico (assim como a psiquiatria e a criminologia). Entendemos, assim, que a Psicologia surge para dar conta das individualidades, o que torna tal sistemática um problema político ao invés de um problema simplesmente técnico, pois se trata de um saber produtor de verdades, produtor de rituais e de técnicas, produtor de realidade (Foucault, 2005, como citado em Bicalho et al., 2009, p. 31).

Levando-se em consideração esses aspectos, podemos evidenciar como as drogas psiquiátricas tornaram-se operadores simbólicos para os pacientes e especialistas da saúde. Por um lado, é um componente indispensável na produção do enfermo, uma marca da patologia, pois o seu uso caracteriza um sinal proeminente dos transtornos mentais; sob outro enfoque, tais substâncias funcionam como um mecanismo inibitório, utilizadas pelos profissionais como formas de domínio, para que o comportamento do paciente se aproxime mais das expectativas de normalidade (Cunha, 1986).

Partindo dessa perspectiva de análise, Costa (1980) afirma que o modelo norteador das práticas na área da saúde pública era prioritariamente o higienismo, preceito que conferia ao Estado o direito de organização dos espaços urbanos na perspectiva de evitar a enfermidade do corpo social. Em 1923, Gustavo Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental, com o objetivo de aprimorar o atendimento aos doentes mentais, mediante a participação em treinamentos, atividades profissionais e organização de instituições de tratamento. Nesse sentido, Fonte (2012) complementa apontando que os estabelecimentos de cunho higienista procuravam impor ações rígidas de controle social, ou seja, os fenômenos mentais seriam produtos da raça e do ambiente, sendo fundamental corrigir comportamentos e certificar a integridade da raça branca, o que justifica a base eugênica desse modelo.

De acordo com Amarante (1994), desde a ditadura, na década de 1960, o asilo começou a formar uma indústria de internação, à medida que as instituições médicas privadas passaram a ser amplamente financiadas pelo governo, incluindo práticas de saúde mental, logo, nas palavras do autor, a doença mental era objeto de lucro, uma mercadoria. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) alterou a relação comercial dos serviços de saúde, de modo que, o Estado passou a contratar serviços de psiquiatria da iniciativa particular, o que gerou um excesso de vagas que, quando preenchidas, correspondia a 97% dos recursos

da saúde mental com internações na rede privada hospitalar, levando à consolidação de uma indústria da Loucura.

Kimati Dias e Muhl (2020) apontam que tal modelo de atenção à saúde mental foi criticado, bem como outras alterações relativas à saúde no Brasil, principalmente, a divergência entre os custos do sistema e seus indicadores de que não poderiam ser modificados. Assim, no final da década de 70, o movimento Antimanicomial e o movimento a favor da Reforma Psiquiátrica começaram a ganhar força no país. Para Yasui (2006), os defensores da Reforma Psiquiátrica buscaram quebrar a base teórica da psiquiatria que se concentrava apenas na doença, sintoma e diagnóstico, ignorando o sujeito e seu sofrimento, propondo, portanto, uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, isto é, apoiavam a revisão da legislação psiquiátrica, a ampliação da rede extra-hospitalar e a criação de novas alternativas de atendimento assim como a participação da população em instituições psiquiátricas.

Dado o exposto, esse processo crítico culminou nas manifestações dos movimentos sociais mediante articulação junto ao Congresso, resultando na aprovação da Proposta de Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, cujo objetivo era garantir a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Dessa maneira, a grande diferença trazida pela referida lei é que a internação psiquiátrica tornou-se a última opção para o tratamento dos transtornos mentais, deixando de ter precedência. Portanto, o modelo estabelecido, conhecido como Atenção Psicossocial, apoiou-se em conceitos mais amplos de saúde e doença, incluindo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, denominado pelo MS como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um modelo alternativo de cuidado à saúde mental implantado no país (Ministério da Saúde, 2001).

No entanto, é fundamental ressaltar que o próprio movimento de transformações das políticas de saúde mental no Brasil aponta para o aumento do processo de medicalização, pois o uso de drogas psiquiátricas facilitou o manejo do transtorno mental e a permanência do

paciente fora dos manicômios, não ocorrendo, dessa maneira, uma contestação das práticas desenvolvidas na Reforma Psiquiátrica e pelos serviços de referência e cuidado da psiquiatria vigente. Sabe-se que os modelos diagnósticos da psiquiatria frequentemente estiveram presentes no centro dos serviços comunitários, logo, a mudança de modelo de atenção à saúde mental favoreceram a expansão da epidemia de uso de psicofármacos, inclusive com custeio público. Do mesmo modo, a mudança de modelo e de contextualização do sofrimento mental e seus referenciais, como o cuidado em liberdade, a autonomia e o protagonismo do sujeito incluídos na Reforma Psiquiátrica, não foram um obstáculo para a propagação da epidemia de drogas psiquiátricas (Kimati Dias & Muhl, 2020).

Conforme nos lembra Yasui (2006), o campo da Reforma Psiquiátrica tornou-se complexo, pois tal complexidade carrega a marca da diversidade de atores que o constituem:

... trabalhadores de saúde, gestores, usuários, familiares, parlamentares, acadêmicos, pesquisadores, estudantes e simpatizantes de diversos segmentos sociais. Nascida sob a égide de uma luta política contra a ditadura e o autoritarismo, a Reforma Psiquiátrica nunca deixou de ser este campo político por excelência: lugar de disputas, de confrontos, de alianças, de contradições. Sua proposta de ruptura radical com um determinado modelo de entendimento e de cuidado ao sofrimento humano, produziu no seu cotidiano histórico, discursos sobre este sofrer, modos de cuidar e lugares que enunciavam estes mesmos discursos (Yasui, 2006, p.64-65).

Assim sendo, para Yasui (2006), os discursos se constituem como campos de saber, de produção de verdades, problematizando que a Reforma Psiquiátrica organizou-se como um campo de saber/poder e acabou reproduzindo a mesma lógica de dominação e exclusão nas práticas de seus atores. Nesse sentido, não são apenas os profissionais do CAPS que devem

estar atentos à persistência de velhos paradigmas, pois se nossa prática gera saberes, não se pode negar que também gera poder nas novas formas de cuidado que agora são ações estatais. Conseqüentemente, o autor aponta para as seguintes reflexões: Qual o impacto que este poder é capaz de produzir? Este poder poderá efetuar uma ruptura que promova a emergência ou a constituição de novas subjetividades mais autônomas e livres? Ou instigado e esvaziado de seu potencial transformador é reduzido a apenas mais um dispositivo de controle e de dominação?

Mediante as análises e problematizações tecidas ao longo deste capítulo, foi possível notar que os principais marcos históricos elencados permitiram compreender melhor o dispositivo higiênico e o dispositivo médico-psiquiátrico à luz do saber, poder e verdade que permearam a discussão. Dessa forma, foi a partir de uma perspectiva mais concentrada de tais questões que conseguimos evidenciar algumas estratégias biopolíticas dominantes, no que se refere ao processo de higienização destacado ao longo da história, enfatizando as reflexões acerca das principais epidemias e pandemias como momentos de rupturas e transformações. Diante disso, verificou-se que as relações de poder-saber médico na contemporaneidade geram práticas normalizadoras, atravessadas principalmente pelos mecanismos de governamentalidade, tais como destacadas por meio das medidas de vigilância adotadas provenientes do dispositivo de segurança e antecipação de risco.

Logo, necessário se faz compreender como esses dispositivos produzem efeitos nos modos de subjetivação, problematizando o processo de patologização e medicalização da vida na AB, com o intuito de compreender as implicações do diagnóstico psiquiátrico na subjetividade dos sujeitos assim como evidenciar o papel da psicologia no contexto da pandemia da COVID-19, apontando as rupturas e resistências frente ao exercício da profissão, objeto de análise e discussão do próximo capítulo.

### **Capítulo 3 – Problematizações do processo de patologização e medicalização da vida na pandemia: materialização dos efeitos nos modos de subjetivação**

A vida cotidiana não está “fora” da história, mas no “centro” do acontecer histórico: é a verdadeira 'essência' da substância social. ... As grandes ações não cotidianas que são contadas nos livros de história partem da vida cotidiana e a ela retornam. Toda grande façanha histórica concreta torna-se particular e histórica precisamente graças a seu posterior efeito na cotidianidade (Heller, 1989, p.20).

Neste presente capítulo, pretendemos lançar luz na análise do dispositivo psicológico contemporâneo, principalmente, ao que se refere às implicações da pandemia da COVID-19, no campo da saúde mental. Em seguida, buscamos estabelecer uma relação da psicologia com o biopoder e a biopolítica nesse cenário de emergência e desastre, a fim de problematizar as práticas naturalizantes da psicologia ao que se refere à normalização do sofrimento psíquico e ainda, refletir sobre os efeitos do diagnóstico psiquiátrico na subjetivação dos sujeitos. Longe de esgotar tão emaranhado tema, temos como objetivo apontar alguns elementos que possam contribuir para uma reflexão sobre o lugar da psicologia nesse contexto, sem o intuito somente de apontar um novo olhar sobre o nosso objeto de pesquisa, mas apresentar as rupturas que descortinam esse complexo campo da medicalização.

#### **3.1 Diagnóstico psiquiátrico e a produção de subjetividade a partir da pandemia**

*- O excesso de telas estão me atravessando.*

Seu olhar acentuado pelas telas do *home office* evidenciava o sofrimento de Joana<sup>9</sup>. Ela, que era professora da rede de ensino público, enunciou essa frase enquanto era atendida por mim (psicóloga), me instigando a refletir. Alucinação? *Burnout*? Contudo, logo minha compreensão se voltou para algo mais perceptível. À minha frente, estava ela expressando uma profunda dor. Ela que já viera marcada pelo diagnóstico psiquiátrico assim como pela prescrição em receituário especial que a afetava por inteira. Perguntou-me como iria conseguir continuar produzindo (no trabalho) diante das inúmeras perdas familiares oriundas da COVID-19. No âmago, a sua dor e a sua angústia denunciavam os rastros deixados pela pandemia, que por sua vez, refletiam nos efeitos produzidos em sua subjetividade.

Neste breve fragmento de cena que vivenciei na Atenção Básica, é possível evidenciar como o sofrimento psíquico advindo da pandemia pôde ser objetivado e transformado em sintomas de uma doença, de modo que, a depender do ponto de vista do especialista, resulte em um provável diagnóstico, que define o quadro e orienta a conduta. Corroborando com essa ideia, Freitas e Amarante (2017), apontam que esse sofrimento psíquico, juntamente com o desconforto de vivenciar um evento de emergência e desastre [acontecimento pandemia], muitas vezes, pode ser confundido com o processo de adoecimento e, assim, tornar-se patologizado e medicalizado. 0

Para Willrich et al. (2022), na pandemia da COVID-19 os mecanismos da tecnologia de poder se fazem presentes, na medida em que o controle disciplinar e a regulamentação biopolítica se combinam, de tal modo que, no Brasil, um país marcado pela desigualdade social, essa combinação tem gerado sujeição e subjetividades marcadas por efeitos de verdade que colocam sobre a população a responsabilidade em atravessar este período de emergência sanitária. Logo, isso tem produzido sofrimento e angústia, visto que os sujeitos se veem sozinhos enfrentando todas as crises decorrentes da pandemia, como a crise sanitária (aumento

---

<sup>9</sup> Nome fictício.

no número de mortes e colapso do sistema de saúde), crise econômica (desemprego, aumento do custo de vida) e crise social (relações sociais afetadas).

Sob outra perspectiva, podemos compreender esse sofrimento como parte de um processo complexo, uma dor que urge sentido. Nas palavras de Yasui (2006, p. 68):

Diferentes formas de olhar e de ouvir que implicam em diferentes formas de atuar e intervir. Modelos de discursos, de produções de saber e de práticas sobre a realidade: um que representa um modelo hegemônico de pensar e nos fala de uma racionalidade científica médica com suas características (isolar, observar, classificar, determinar), e um outro modo que se espanta com o acaso e o incorpora buscando compreender este complexo mosaico do viver e do sofrer (Yasui, 2006, p. 68)

Contudo, pôde-se constatar que Yasui (2006) sinaliza que diferentes modos de pensar, ver, escutar e compreender a realidade da demanda se contrapõem em muitos aspectos. Nessa direção, tencionamos com esse tópico realizar um diagnóstico do presente, a fim de evidenciar e problematizar como o dispositivo analisado pôde atravessar nossa prática e interferir em nossas condutas, produzindo subjetividade e comportamentos naturalizantes.

Para tanto, verifica-se, nesta reflexão, a necessidade de compreender melhor a concepção do termo subjetividade. Segundo Guattari e Rolnik, a subjetividade é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais, salientando que:

A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à

subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (Guattari e Rolnik, 2005, p. 42).

Essa explicitação é trabalhada por Foucault (2005) que assinala que a subjetividade implica uma produção constante de efeitos que são moldados no indivíduo a partir dos encontros que vivencia com o outro, de modo que, ao se falar em produção de subjetividade, não a entendemos como algo preestabelecido, pois ela se caracteriza por um processo social constante. Nessa perspectiva, há muitas formas de se subjetivar no transcorrer da história, em que os sujeitos podem fixar, manter ou transformar sua identidade de várias maneiras.

É nesse sentido que Freitas e Reuter (2021) destacam que, os modos de subjetivação existentes, no cotidiano, refletem-se no processo de medicalização, pois, o sujeito para ser considerado “normal”, precisa se adequar às normas sociais. Nota-se, assim, o impacto do diagnóstico e, portanto, da medicalização nos sujeitos identificados com transtorno mental ou em sofrimento psíquico. Por conseguinte, ao analisarem os impactos da atribuição de um diagnóstico, os autores evidenciaram a atuação do biopoder regendo a subjetividade dos sujeitos e suas maneiras de se comportar.

Ainda, segundo Freitas e Reuter (2021), por se tratar de um conhecimento científico, a pessoa aceita o diagnóstico como parte de sua identidade e se comporta de acordo com a classificação atribuída. Esse fato demonstra a ênfase no discurso psiquiátrico como discurso do especialista aplicado ao corpo, assim como a não consideração da experiência subjetiva do paciente e da sua história de vida. Os achados mostram que, a partir do diagnóstico psiquiátrico, podem surgir novos modos de subjetivação, logo, esse movimento ocorre para que os sujeitos diagnosticados com algum transtorno se tornem "adequados" ao cumprimento das normas e padrões estabelecidos pela influência da cultura médica.

Nesta perspectiva, a subjetividade se exterioriza, se transforma em uma verdade afirmativa, isto é, uma realidade suscetível de observação científica, como é o caso da psicologia, por exemplo, que tem como fundamento uma “ciência” com base nas evidências dos sintomas e sinais. Assim, a loucura como objeto de conhecimento só poderá ser falada pelo médico, delegado da razão. A experiência humana da loucura se desfez, dando espaço para um discurso da racionalidade que define quem está privado dela, de maneira que as correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, porém, sobretudo de palavras (Yasui, 2006). Assim, “hegemonicamente produzem-se subjetividades normalizadas, articuladas por sistemas hierárquicos, por sistemas de valores e sistemas de submissão, internalizados por uma ideia de subjetividade que precisa ser ‘preenchida’ ”(Bicalho et al., 2009, p. 24).

Segundo Alvarenga e Dias (2021), estamos diante de uma epidemia das drogas psiquiátricas que medicalizam cada vez mais comportamentos cotidianos e limita o conceito de saúde mental a padrões inatingíveis de normalidade baseados em fundamentos reducionistas, atravessados por jogos de interesses e poder. A abrangência da epidemia não se limita ao uso terapêutico como forma de manejo dos sintomas, mas também se estende ao mundo do trabalho, caracterizado por um foco excessivo no desempenho profissional. Busca-se ainda uma melhora cognitiva visando ao aumento da produtividade por meio dos psicotrópicos, desconsiderando as implicações éticas desse processo.

Ainda para Alvarenga e Dias (2021), ao estimular maior produtividade e rendimento da população, eleva-se a demanda por drogas de performance, enquanto os antidepressivos servem como recursos para o enfrentamento das frustrações geradas por esse modelo econômico que pressiona os sujeitos pela lógica do consumo. Nesse sentido, a droga passa a desempenhar um duplo papel: não só ajuda na busca de melhores resultados e melhor desempenho em todas as áreas da vida, mas também se torna o meio necessário para lidar com o vazio de sentido que decorre da busca frenética pelo desempenho.

Cumprе destacar que, o estudo realizado por Alcântara et al. (2022), sobre *Prescrição de Psicofármacos na Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia da Covid-19* evidencia que existe uma patologização do sofrimento psíquico, o que implica o uso de psicofármacos como elementos centrais na área da saúde mental. Este estudo sugere que no município analisado, dada a quantidade de unidades prescritas por dia, ano e sua relação com o tamanho da população, apresenta altas taxas de prescrição, banalização e medicalização do sofrimento.

Vale aqui salientar que, a medicalização do sofrimento mental corresponde à eliminação das diversas formas de opressão que o produzem, assim como à deslegitimação dos movimentos sociais que apontam cada vez mais para as consequências traumáticas das violências perpetradas nas várias esferas sobre as subjetividades, no Brasil e em outros países. Assim, o posicionamento crítico diante deste processo é um elemento preponderante para a defesa de uma noção de saúde mental democrática, baseada nos direitos humanos e nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira (Garcia et al., 2022).

Dessa forma, ao abandonar os possíveis saberes a respeito da singularidade, da subjetividade e dos "males" da humanidade na hodiernidade, a ciência, o discurso médico e a psicofarmacologia contemporânea se apresentam como as mais perfeitas e ideais engenharias do organismo, fundadas na sofisticação tecnológica e no aniquilamento da palavra, do discurso do sujeito e do seu inconsciente (Lemos et al., 2020).

O modelo vigente da psiquiatria encontra-se colocado à disposição da sociedade de consumo e da cultura de mercado, assim como de seus efeitos sobre a saúde mental da população. Por conseguinte, a própria medicação se transforma em objeto de consumo atendendo a dois aspectos ambíguos e simultâneos. Ao mesmo tempo em que o modelo proporciona uma condição artificial em que se torna possível suportar o peso das exigências da vida, também permite ao sujeito contemporâneo ampliar suas capacidades laborais, acadêmicas

e estéticas, ao menos de forma momentânea (Alvarenga e Dias, 2021).

A pesquisa desenvolvida por Molck et al. (2021), intitulada *Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família*, a qual se debruçou sobre o fenômeno da medicalização, circunscrevendo-o no cuidado em saúde e tomando-o como categoria de análise para o problema do consumo excessivo de psicotrópicos no contexto da Atenção Básica, possibilitou verificar que a medicação foi colocada como bem de consumo e sendo possível perceber que seu uso é reconfigurado: se antes era usada apenas para aliviar sintomas, agora é vista como mediadora de conflitos, isto é, como válvula de escape ou como um modo de vida sem sofrimento. De modo que, esse tipo de vida, aparentemente com os sofrimentos suavizados, também foi colocado de forma discursiva como “apática” e vivida sem intensidade.

Por conseguinte, o referido modelo de sociedade voltado para o presente, que apresenta uma forte demanda de prazer em uma cultura de excessos, como busca da felicidade, tem intensa adequação ao consumo generalizado de drogas psicotrópicas. Tal relação não parte inteiramente do pressuposto de que esse padrão social implica sofrimento mental e na necessidade de lidar com ele quimicamente, mas faz parte do modo como se constitui a produção contemporânea de subjetividade (Alvarenga e Dias, 2021).

Corroborando com essa ideia, os dados obtidos na pesquisa de Molck et al. (2021), possibilitaram afirmar a medicação como resposta *a priori* e praticamente exclusiva aos diferentes impasses subjetivos e ao sofrimento psíquico sem alternativas prévias à prescrição de psicotrópicos. Em alguns casos, foram oferecidos grupos terapêuticos ou psicólogos, mas vistos como um auxílio ao tratamento e não como uma outra possibilidade.

Todavia, é preciso considerar os elementos sintetizados na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no trecho abaixo destacado, o qual apresenta o entendimento sobre o processo saúde-doença assumido e defendido pela Reforma Psiquiátrica:

A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito, com as dissociações mente/corpo e trabalho/prazer ... Refletida em: a) Mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir do seu diagnóstico; b) Diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em Saúde Mental; c) uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em Saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (Ministério da Saúde, 1994, p.11 e 12).

Neste contexto, ressalta-se os reflexos do diagnóstico psiquiátrico na produção de subjetividade dos sujeitos, apontando para a necessidade de mudanças no modelo assistencial em saúde mental, a partir de questões sociais contemporâneas. A esse respeito, Yasui (2006, p.130) apresenta reflexões pertinentes sobre como os múltiplos sentidos que os sintomas do sofrimento psíquico podem revelar: “na dor, na fragilidade, no sofrimento psíquico, o que se deseja é ser olhado e escutado por inteiro, como uma pessoa com vida e com história. Ser acolhido integralmente”.

Portanto, retomo aqui as suas palavras, pois elas traduzem essa perspectiva, ou seja, esse caminho que insistimos em percorrer, isto é, trata-se de “construir um lugar na relação com aquele que busca os cuidados do serviço implica em ouvir, fazer falar o sujeito e sua subjetividade, colocar a doença entre parênteses e olhar para a pessoa e a complexidade e sua existência” (Yasui, 2006, p. 131).

É nesse viés que podemos analisar as implicações dos discursos e práticas direcionadas ao campo da saúde mental, no cenário de pandemia da COVID-19, verificando como o

sofrimento psíquico acaba sendo capturado e atravessado pelo processo de patologização e medicalização da vida. Observa-se ainda, que inúmeras maneiras de analisar o contexto da demanda pode acarretar diferentes condutas, gerando mudanças na forma de perceber o sujeito, considerando sua complexidade e não ser apenas o seu diagnóstico.

Cabe salientar que não quisemos com essa reflexão ignorar a importância da psiquiatria para os cuidados em saúde mental, mas dar ênfase aos micropoderes que produzem novas subjetividades humanas, a fim de evidenciar o lugar de ruptura com o modelo médico hegemônico ocupado e, enfim, pensar o lugar da psicologia no tocante à oferta de cuidados, problematizando a produção de comportamentos naturalizantes. Logo, buscando encontrar novas perspectivas ao olhar para esse sofrer psíquico ou ainda produzir novas possibilidades de compreensão de paradigmas que potencializem e transformem a vida.

### **3.2 A psicologia no contexto da pandemia da COVID-19: rupturas e resistências**

Diante dos reflexos provocados pela pandemia da COVID-19, em todas as áreas e setores da vida humana, a Atenção Básica, apesar de não se caracterizar como o principal serviço de saúde no enfrentamento da crise sanitária, teve que lidar com seus desdobramentos no cotidiano do dispositivo. Nesse sentido, os profissionais responsáveis, especificamente os profissionais de psicologia, observaram mudanças significativas na dinâmica de funcionamento, ou seja, nas formas de conduzir o cuidado e no aumento de demandas de saúde mental.

Segundo Maurício e Comis (2021), a psicologia, inserida neste contexto de pandemia, buscou construir novas formas de possibilitar a continuidade de cuidado psicológico e o acolhimento de demandas oriundas, adquirindo um papel de destaque, uma vez que, as situações emergentes pela crise sanitária apresentaram implicações psicossociais para os sujeitos, pois as

mudanças provocadas nas dinâmicas do cotidiano acabaram afetando também as relações sociais existentes.

Para Schmidt et al. (2020), a psicologia diante da pandemia do novo coronavírus, pode contribuir de forma significativa para o enfrentamento dos reflexos da COVID-19 na saúde mental da população, por meio de intervenções psicológicas que buscam minimizar o impacto negativo e promover a saúde mental durante a crise e nos momentos em que os sujeitos precisam se reajustar e lidar com o luto e transformações provenientes da pandemia.

Assim, no cenário vigente da pandemia da COVID-19, nota-se o aumento de transtornos mentais na população em geral, bem como o agravamento dos casos pré-existentes, de modo que o acolhimento em saúde mental na Atenção Básica é indispensável para os usuários do serviço. Em vista disso, houve uma implementação de novas práticas adaptadas ao novo cenário, como por exemplo o teleatendimento, por meio de vídeo chamadas e ligações. Todavia, tais práticas possuem limitações em decorrência do perfil dos usuários, apontando para a relevância de outras estratégias de acolhimento que possam incluir todos os usuários do serviço, pois a grande maioria trata-se de uma parcela economicamente vulnerável da população (Figueiredo et al., 2021).

Em caminho semelhante, Duarte et al. (2021) apontam que, na tentativa de continuar ofertando cuidados na Atenção Básica, novas técnicas de promoção à saúde foram desenvolvidas, como por exemplo a utilização da tecnologia para a produção de vídeos educativos, teleconsultas e desenvolvimento de aplicativos, embora o arsenal de estratégias citadas revelam uma carência de critérios que façam a utilização da tecnologia, pois devido a desigualdade social e a instabilidade econômica, parte da população não tem acesso à internet e nem mesmo aparelhos eletrônicos.

Diante da sedução por respostas rápidas, previstas pelos manuais que orientam o que

deve ser feito e que tipo de comportamento deve ser aceito; diante das estatísticas e dos diagnósticos psiquiátricos, que interpretam como transtorno o comportamento do homem diante das situações inusitadas trazidas pela pandemia; diante dos discursos científicos que afirmam como deve ser o comportamento do homem e atestam como doença as suas dores; diante da mídia que busca homogeneizar o modo de resposta aos acontecimentos, o psicólogo pode dar um passo atrás e demorar-se nas diferentes situações e nos diferentes discursos, acolhendo os modos singulares de lida com o que vem ao encontro em nosso próprio tempo. O psicólogo sabe que tudo isso não é nada mais nada menos que o caráter de liberdade do homem que grita e faz-se aparecer e, assim, esse profissional pode acolher qualquer realidade, até mesmo aquela que até então parecia inusitada (Feijoo et al., 2021, p.13).

Evidencia-se, a partir do fragmento apontando, o lugar do profissional de psicologia nas crises impetradas neste contexto de pandemias. Deste modo, este especialista pode acolher o sujeito frente a sua expressão de vulnerabilidade e medo, bem como frente a sua expressão de indiferença e descrença. No entanto, para além da confecção de cartilhas e manuais, o psicólogo pode oferecer uma escuta atenta e cuidadosa à dor e ao sofrimento, assim como uma escuta privilegiada, sem preconceitos com relação à maneira como o sujeito reage a situações como a proporcionada pela pandemia (Feijoo et al., 2021).

Os principais tratamentos não farmacológicos apontados pelos profissionais foram psicoterapia, acupuntura, homeopatia e atividade física, além de atividades como desenvolver hobbies, ler livros, plantar horta e participar de rodas de terapia comunitária integral. Nesse sentido, destaca-se que a abundância de opções de terapêuticas não farmacológicas deve sempre ser considerada, pois tais métodos, quando necessários, precisam seguir todo o ritual de um plano de cuidado, elaborado e validado pelos profissionais que ocupam um lugar de saber,

portanto também deve ser creditada pelo paciente (Filardi et al., 2021).

Neste contexto, intervenções psicoeducativas e apoio psicológico online são alternativas de tratamento que os psicólogos podem fornecer para o enfrentamento do estresse e o favorecimento do desenvolvimento da autoconfiança e do autocontrole diante das situações emergentes da crise. Ademais, são importantes intervenções psicológicas também para reduzir o sofrimento psíquico e prevenir os agravos causados pela pandemia (Borloti et al., 2020).

Apesar da relevância de tais iniciativas, no que tange à saúde mental, é preciso não perder de vista as especificidades dos diferentes grupos sociais, das condições de vida, o risco da uniformização cultural e da padronização de procedimentos adotados. Ainda, é necessário considerar a conjuntura sócio-política vigente, pois, não levar em consideração as particularidades do cenário brasileiro na abordagem dos impactos subjetivos vividos pela população, com ou sem pandemia, corrobora para a hegemonia das forças despolitizadoras e psicologizantes, o que gera padronização e normalização do sofrimento psíquico (Dimenstein et al., 2020).

Deste modo, ainda segundo os referidos autores, observa-se que a maior parte das produções acadêmicas e profissionais no campo da psicologia trazem a abordagem da saúde mental e do cuidado que busca se adequar para qualquer sujeito de qualquer parte do planeta, pois afinal de contas, a pandemia é percebida como um fenômeno "natural" e as respostas psicológicas a ela seguem padrões "universais" (Dimenstein et al., 2020).

Assim, deve-se notar também que, apesar das tentativas de implementação de medidas de acolhimento das demandas no campo da saúde como um todo, existem barreiras para atingir parte da população que não possui acesso a meios de comunicação digitais, como o acesso de qualidade à internet. Esses dados sinalizam as desigualdades sociais vivenciadas em nosso país e apontam para o despreparo dos serviços de saúde, inclusive da Atenção Básica, para o enfrentamento de uma situação de catástrofe nacional (Oliveira et al., 2020a).

A partir dessa perspectiva, Dimenstein et al. (2020) apontam que:

... a invenção de outros modos de se conduzir nos territórios do cuidado em tempos de pandemia está intimamente relacionada a uma ruptura com os modos de subjetivação pelo trabalho que reduzem o trabalhador a operador de uma técnica que parece garantir caminhos seguros, mas que, descontextualizada da cena do cuidado, não faz outra coisa senão mascarar e burocratizar os fluxos singulares da vida (Dimenstein et al., 2020, p. 11).

Enfatiza-se, assim, o compartilhamento sobre como os marcadores culturais de cada território são fundamentais para remodelar o acolhimento, delinear contornos aos afetos e possibilitar redes de cuidado socioafetivas (Dimenstein et al., 2020). Em resposta a esse fenômeno, destaca-se a necessidade de práticas inovadoras voltadas para a produção do cuidado integral, para potencializar a transformação de práticas hegemônicas em saúde e o desenvolvimento de uma modalidade clínica alternativa (Molck et al., 2021).

Nesse sentido, Cardoso e Joazeiro (2022), ressaltam ainda a relevância do apoio matricial como estratégia que visa estimular a potencialidade da rede de atenção nos municípios, na pretensão de fortalecer o trabalho coletivo em saúde e na saúde mental, além de procurar intensificar a dimensão intersetorial necessária para o enfrentamento das mútuas e múltiplas relações entre o sujeito com transtorno mental, a questão social e as vulnerabilidades inerentes à experiência de uma vida marcada pela busca da proteção social e de outros e novos sentidos. Para Morais et al. (2021), é premente que sejam realizadas ações de capacitação dos profissionais no manejo clínico e comunitário dos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como que seja efetivada na prática o matriciamento do cuidado.

Nota-se que os profissionais de saúde mental podem contribuir com a realização de

intervenções psicológicas no decorrer da vigência da pandemia para minimizar impactos negativos e promover a saúde mental, como também em momentos posteriores, quando os indivíduos necessitam se ajustar e lidar com perdas e transformações. Evidencia-se, que estas ações quando adotadas juntas, podem ajudar trazer grandes benefícios à população, reduzindo consideravelmente as consequências do isolamento social para a saúde mental dos sujeitos, além de atuar na prevenção de transtornos psiquiátricos e sofrimento psíquico. Vale reforçar que apesar da pandemia gerar desafios adicionais à atuação dos profissionais de saúde mental no Brasil e no mundo, ela também pode colaborar com o aprimoramento de práticas e da pesquisa em condições de crise, emergência e desastre (Pereira et al., 2020).

Cabe apontar que, do ponto de vista da saúde mental, uma epidemia dessa magnitude resulta em implicações psicossociais que podem exceder a capacidade de enfrentamento da população afetada. Pode-se considerar, inclusive, que toda a população sofre tensões e angústias em maior ou menor grau. Portanto, é preciso que exista uma construção corresponsabilizada de enfrentamento entre os diversos atores sociais envolvidos nesse processo, ou seja, a população, os dispositivos, autoridades sanitárias e o poder público (Silva et al., 2020).

Dessa maneira, é importante que os profissionais estimulem o reconhecimento das estratégias que partem dos próprios usuários, para que eles possam acreditar no seu próprio saber e tornar-se arquitetos do próprio cuidado. Muitas vezes, percebe-se que o sujeito se mantém à mercê das decisões dos profissionais, aceita como verdade o que é prescrito e não questiona o estabelecido. Considera-se, que a equipe possua um saber inquestionável sobre os usuários que, por conseguinte, não acreditam na validade das suas próprias ações (Oliveira et al., 2020b).

De acordo com Silva e Rodrigues (2021), é nesse contexto que a psicologia é convocada a atuar, pois as medidas de distanciamento e os sentimentos oriundos da situação de pandemia com as diferentes percepções de risco acarretam o agravamento da saúde mental. Todavia, percebe-

se práticas patologizantes da psicologia e negligentes com o cenário social, que perpetuam ações individualistas voltadas para a adaptação dos corpos e subjetividades. Na verdade, são práticas que encontraram, no mercado das subjetividades, consumidores para os produtos que disponibilizam.

Assim sendo, ainda segundo os autores, são preocupantes as práticas da psicologia que negam parte significativa da população que não se beneficia por seus serviços, pois, sequer tem condições de seguir as orientações prestadas por estarem ocupadas com sua subsistência. Em síntese, não se trata de ignorar o sofrimento psíquico proveniente das incertezas, lutos e distanciamento social, ou da potencialidade de agravo de problemas de saúde mental na conjuntura vigente. Mas, trata-se de convocar a psicologia para a discussão das questões sociais, raciais e de gênero implicadas, para um discurso que abrange as diferenças, para a problematização da gravidade da situação e dos seus efeitos como algo esperado e não como patologias (Silva e Rodrigues, 2021).

Por conseguinte, Bicalho et al. (2009), salientam que:

... podemos entender que as rupturas históricas existentes no fazer e no pensar da Psicologia não necessariamente implicam que atualmente há uma ‘humanização’ das teorias e práticas da mesma. Pensar acerca da atuação dos profissionais de Psicologia e dos discursos que se constroem por meio desta ‘especialidade’, deve trazer à tona o movimento de perceber as forças que atravessam tal contexto de produção (Bicalho et al., 2009, p. 32).

Em consequência disso, Han (2020) aponta que os sujeitos “psi” foram produzidos por uma psicologia positiva que se ocupa com a felicidade, o bem-estar e o otimismo, que se submetem à lógica do desempenho neoliberal. Desse modo, percebe-se que o dispositivo da

felicidade individualiza o sujeito, deprimindo-o, visto que atribui o sofrimento, pelo qual a sociedade seria responsável, como algo privatizado, psicologizado e decorrente do fracasso individual, além de produzir a despolitização e a dessolidarização da sociedade.

Em virtude dos fatos mencionados, enquanto as práticas psi tratarem os reflexos da pandemia como semelhantes em todos os sujeitos e tratáveis através do autocuidado, desconsiderando o contexto, terá pouco a colaborar como ciência e profissão que se ocupa da saúde mental da população, de maneira oposta estará apenas ocupada na sua autopromoção, oferecendo serviços e oportunizando no momento o mercado ideal para essa ciência. Entende-se que estas versões da psicologia estão comprometidas numa racionalidade individualizante que patologiza o que é esperado como efeito da vivência deste acontecimento, pois, quem diante de uma crise socioeconômica e de saúde sem proporções deveria manter a dita sanidade? O mal-estar neste caso não seria sinal de saúde? (Silva e Rodrigues, 2021).

Nesse sentido, Han (2021) refere-se ao termo sociedade paliativa, que coincide com a sociedade do desempenho neoliberal, para tratar das negatividades como proibições e punições (típicas das sociedades disciplinares), que são substituídas por positivities como motivação, auto-otimização ou autorrealização. Conforme nos revela o autor, ser feliz é a nova fórmula de dominação, que se exerce sem nenhum esforço, pois o sujeito se supõe livre e não tem consciência de sua sujeição, reiterando que a liberdade não é reprimida, mas explorada.

Dado o exposto, Silva e Rodrigues (2021) apresentam que em vários momentos da história, uma certa versão da psicologia vem atuando na supervalorização do ego, com recortes meritocráticos e uma volta do sujeito para si mesmo, que produz o esvaziamento da esfera política. Na reflexão em tela, sujeitos sócio-históricos produzidos por discursos, subjetividades criadas por propagandas de pessoas vitoriosas, lives de especialistas, entrevistas em mídias diferentes que se apropriam desse discurso da psicologia para vender a necessidade de auto superação e, de modo consequente, terapias diversas que se propõem ao assujeitamento.

Para finalizar a proposta deste capítulo, cabe destacar que buscamos apresentar algumas práticas naturalizantes da psicologia no contexto da pandemia da COVID-19 por meio de estratégias biopolíticas específicas, a fim de problematizar sua função normatizadora. Para tanto, buscamos evidenciar as diferentes “verdades” produzidas pelos saberes, práticas e discursos, que legitimam condutas e comportamentos produzindo novos modos de subjetivação. Assim sendo, com base nas análises levantadas neste capítulo, podemos afirmar que no cenário pandêmico atual, houve uma incidência de agravo da saúde mental na Atenção Básica, resultando na reconfiguração no âmbito da psicologia, como o atendimento mediado pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Todavia, percebe-se que os marcadores culturais dos territórios de abrangência devem ser levados em consideração no que tange à produção de práticas integrais em saúde.

Além disso, é importante ressaltar que, de modo geral, os dados apontam para práticas da psicologia patologizantes e negligentes com a conjuntura sociopolítica contemporânea, que consequentemente, produz um poder disciplinar e um biopoder, que atuam em relação às condutas individuais, o que coaduna para o processo de medicalização. Portanto, acreditamos na importância da discussão crítica sobre as práticas de saber e de poder da psicologia em relação ao sofrimento psíquico oriundo da pandemia. Deste modo, não buscamos uma verdade oculta ou elaborar um julgamento de ordem avaliativa ou de moral das estratégias que compõem os discursos identificados, mas problematizar as racionalidades que conduzem tais discursos.

### Considerações finais

Mas não há dúvida que os remédios de hoje são mais bonitos de aparência e trazem nomes tão singulares que não sei como os poetas ainda não começaram a adotá-los nos títulos de seus livros de poemas. Mas isso em breve acontecerá, pois são nomes misteriosos e ao mesmo tempo moderníssimos, que, não significando claramente nada, sugerem a cada um mundos e mundos novos; o que é função artística e muito adequada neste momento em que todos estão desejando não propriamente deixar este mundo, mas trocá-lo por outro, na esperança de vida melhor.

Cecília Meireles

O presente estudo partiu de inquietações no campo da Atenção Básica, na linha de frente dos serviços de saúde mental, buscando problematizar as ações dos dispositivos de cuidado, inclusive da psicologia. Ao considerarmos que se tratava de um acontecimento (pandemia) atravessado pelas práticas e discursos que normalizam e constituem os sujeitos, propomo-nos ir em busca de elementos que colocassem em evidência como as relações de saber – poder médico poderiam produzir estratégias de domínio.

Partimos em busca de respostas, fontes, documentos, artigos científicos que articulavam com o objeto de análise desta pesquisa. Problematizamos um a um, desmontando-os, desmembrando-os e como em um jogo de quebra-cabeças, quebramos a cena para fazer aparecer as séries de elementos, “verdades”, a partir das rupturas e transformações evidenciadas. Tais rupturas diziam de acontecimentos históricos atravessados pelas estratégias biopolíticas e de biopoder que consequentemente marcam o contemporâneo.

Na primeira fase da pesquisa, discutimos sobre os discursos e práticas desenvolvidas na AB no contexto da pandemia, evidenciando a predominância do modelo biomédico frente às

demandas de saúde mental. Logo, os arquivos apontam para a intensificação do sofrimento psíquico, inferindo como o dispositivo analisado produz estratégias de captura e comportamentos naturalizantes. A partir das linhas de análise apresentadas, examinamos algumas práticas e discursos provenientes das relações de saber e poder, tais como: 1) Práticas discursivas e das relações de poder médico-paciente; 2) Práticas higienistas: vigilância como forma de controle dos sujeitos e 3) Práticas centradas no modelo biomédico: processo de medicalização como disciplina dos corpos.

Enveredamos a partir daí por uma breve exposição do impacto da pandemia da COVID-19 para a saúde mental no campo da Atenção Básica, problematizando alguns desafios e possibilidades face ao dispositivo analisado. Assim, sendo possível evidenciar que ocorreu a intensificação do sofrimento psíquico, para então seguirmos mapeando os discursos e as práticas vigentes do modelo biomédico e psiquiátrico tradicional que capturam o sofrimento psíquico, produzindo verdades e efeitos que incidem sobre o corpo, culminando no processo de medicalização dos desvios e comportamentos oriundos da crise. Porém, reconhecemos que a abrangência da temática advém do caráter múltiplo e complexo dos elementos aqui destacados, marcando talvez algumas lacunas ainda existentes, como a necessidade de aprofundar sobre o fenômeno da medicalização sob outras perspectivas, quiçá, em outro estudo.

A segunda fase da pesquisa, apresentou um recuo histórico destacando os principais marcos que possibilitaram compreender os diferentes dispositivos de cuidados à luz do saber, poder e verdade que permearam a discussão. Deste modo, evidenciamos como as noções de norma e antecipação de risco atuam sobre os sujeitos na atualidade, gerando estratégias biopolíticas de governamentalidade.

Contudo, a partir dos documentos analisados, constatamos que outras pandemias foram enfrentadas em diferentes épocas históricas em que, considerando os traços similares com a pandemia da COVID-19, foram adotadas medidas parecidas, como o distanciamento social e a

quarentena. Tais regras evidenciam a interface do saber-poder médico e as políticas de saúde pública, que produziram estratégias biopolíticas de governo para gerir os sujeitos e a população.

Neste contexto, destacamos ainda alguns elementos que possibilitam uma reflexão sobre o papel da psicologia, de modo que, foi possível evidenciar práticas e discursos científicos normalizantes, principalmente no que se refere à padronização de atendimentos online, desconsiderando a falta de acesso de parcela considerável da população, assim como o uso de cartilhas e manuais diretivos. É relevante apontar que, o profissional de psicologia deve oferecer uma escuta que seja acolhedora que leve em consideração a compreensão global do sofrimento, sendo capaz de perceber a forma como o sujeito se comporta em situações como a ocasionada pela pandemia, visando romper com o amplo processo de patologização e medicalização.

A esse respeito, as análises mostram como o discurso médico produz práticas normalizantes e novos modos de subjetivação. Assim, ancorada a esta discussão, é necessário ponderar que não é objeto de pretensão desta pesquisa negar ou problematizar o saber médico em si, mas propiciar um espaço de debate por meio de reflexões críticas sobre o assunto, a fim de promover novas formas de pensar e construir o cuidado, o que resultará nos avanços nas práticas da saúde para o fortalecimento de ações de promoção da saúde.

Deste modo, podemos apontar que o referido estudo contribuirá com a produção de conhecimento sobre a medicalização da vida, de modo a auxiliar psicólogos e outros profissionais de saúde a fazer a crítica do processo de medicalização, revendo concepções e práticas de caráter medicalizante. Do ponto de vista acadêmico, o aprofundamento científico sobre o assunto, possibilitará a reflexão crítica no campo da interdisciplinaridade, por se tratar de um assunto de cunho interprofissional, a fim de garantir o fortalecimento das ações no âmbito das políticas de saúde.

Enfim, a pesquisa aqui apresentada partiu de algumas pistas que atravessam o dispositivo da Atenção Básica, traçadas com base nos arquivos analisados, vistos como

elementos essenciais para a construção deste debate, na perspectiva da ruptura com o paradigma da medicalização e dos discursos científicos, os quais geram novos modos de subjetivação no contexto contemporâneo. Por se tratar de uma pesquisa genealógica, reflete, pois, nas experiências vividas neste âmbito de atuação durante a pandemia [acontecimento], de modo que a busca pelos fragmentos do passado acaba sendo limitada pela nossa leitura enquanto processos que se desenrolaram em torno da nossa escrita.

Assim sendo, reconhecemos as limitações de olhares para capturar essa realidade, apontando talvez para o aprofundamento dos panoramas apresentados em cada linha de análise, uma vez que diferentes questões podem ter sido suscitadas e continuam provocantes. Em todo caso, essas foram as nossas inquietações para colocar em movimento reflexões sobre o lugar da psicologia nesse contexto, sem a pretensão apenas de levantar um outro entendimento no que tange ao nosso objeto de análise, mas visando problematizar as rupturas e transformações que revelam esse amplo processo de medicalização do sofrimento psíquico, sobretudo, na vigência da pandemia, para propor novas práxis.

## Referências

- Albuquerque Jr., D. M. (2008). Michel Foucault e a Mona Lisa ou Como escrever a história com um sorriso nos lábios. In M. Rago & A. Veiga-Neto (Orgs.) *Figuras de Foucault* (pp. 97-107). Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- Alcântara, S. O. U., Figel, F. C., Campese, M., & Silva, M. Z. (2022). Prescrição de Medicamentos Psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia Covid-19. *Research, Society and Development*, 11 (4), 1-11. doi: 10.33448/rsd-v11i4.20210.
- Alvarenga, R., & Dias, M. K. (2021). Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. *Psicologia & Sociedade*, 33, 1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>
- Alves, A. M., Couto, S. B., Santana, M. P., Baggio, M. R. V., & Gazarini, L. (2021). Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 37 (9). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133221>
- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp.73-84). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, E. O., Givigi, L. R. P. & Abrahão, A. L. (2018). A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. *Rev.Interface: Communication, Health, Education*. 22(64),67–76.
- Andrade, L. O. M., Pontes, R. J. S., & Martins Júnior, T. (2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 8(2). 84-92. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-)

49892000000700026&lng=pt&nrm=iso

- Azevedo, L. J. C. (2019). Medicalização na contemporaneidade. *Psicologia.pt*, 2, 1-6.  
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1304.pdf>
- Basaglia F. (1980). *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates.
- Bicalho, P. P. G., Cassal, L. C. B., & Geraldini, J. R. (2009). Formação em Psicologia, direitos humanos e compromisso social: A produção micropolítica de novos sentidos. *Boletim Interfaces da Psicologia da UFRRJ* – 2 (2), 20-35.  
<http://www.ufrj.br/seminariopsi/2009/boletim2009-2/bicalho.pdf>
- Borges, C. F.; Baptista, T. W. F., & Mattos, R. A. (2014). Um ensaio sobre a ideia de reforma sanitária brasileira. In F. L. Guizardi (Org.). *Políticas de participação e saúde*. (pp. 37-58). Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE.
- Borloti, E., Haydu, V. B., Kienen, N., & Zacarin, M. R. J. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia da covid-19: um panorama. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 16 (1), 21-30. doi:  
<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i1.8885>
- Brito, M. A. (2012). Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. *Ciencia & Saude Coletiva* 17(9):2554-2556 doi:10.1590/S1413-81232012000900036
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Campos, D. B.; Bezerra, I. C., & Jorge, M. S. B. (2020). Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18 (1), 1-18. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>

- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (M. T. C. Barrocas & L. O. F. B. Leite, Trad.) – 6ª ed.- Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*, 19(2), 529-549. doi: 10.1590/S0103-73312009000200016
- Caponi, S. (2013). Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In S. Caponi et al. *A medicalização da vida como estratégia biopolítica* (pp. 103-119). São Paulo: LiberArs.
- Caponi, S. (2014). Viver e deixar morrer: biopolítica, risco e gestão das desigualdades. *Revista Redbioética/Unesco, Montevideú*, 2(10), 27-37.
- Cardoso, F. M. C., & Joazeiro, E. M. G. (2022). Saúde mental e defesa da vida em tempos de pandemia. *Revista em Pauta*, 49 (20), 109 – 124. doi: <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63474>
- Carreta, J. A. (2011). Oswaldo Cruz e a controvérsia da sorologia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, 18(3), 677-700.
- Carvalho, M., Luz, A. C. R., Paulino, B. R., & Ferreira, C. C. I. (2020). Metáforas de um vírus: Reflexões sobre a subjetivação pandêmica. *Psicologia & Sociedade*, 32, 1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240308>
- Cassoli, T. (2016). Humanização, psicologia e riso: produção de liberdade e processos de subjetivação. *Revista Polis E Psique*, 6(2), 109–133. doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.64004>
- Castel, R. (1978). *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Castro, E. (2014). *Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

- Christofari, A. C., Freitas, C. R. D., & Baptista, C. R. (2015). Medicalização dos modos de ser e de aprender. *Educação & realidade*, 40(4), 1079-1102. Doi: <https://doi.org/10.1590/2175-623642057>
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Subsídios para a Campanha não à medicalização da vida e da educação*. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf). Acessado em 27 de agosto de 2023.
- Costa, J. F. (1980). *História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico*. (3a. ed.) Rio de Janeiro: Campus.
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, (e200090), 1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>
- Cunha, M. C. P. (1986). *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Dantas, J. (2009) Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso de medicalização da sociedade. *Fractal Revista de Psicologia*, 2(3), 563-80.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 2ª ed. São Paulo: Editora 34.
- Dimenstein, M., Simoni, A. C. R., & Londero, M. F. P. (2020). Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242817>
- Duarte, N., Jorge, M. S. B., Silva, D. M. F., Souza, D. B. C., Oliveira, R. S., Barroso, P., & Lourinho, L. (2021). Estratégias de promoção mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (11). doi: 10.33448/rsd-v10i11.19527.

- Emerich, B. F., Campos, R. O. & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 18(51),685-696.
- Faria, N. D. J., Ferreira, F. E. C., & Pinto, J. P. S. (2020). A Medicalização do Cotidiano Como Supressão da Iniciativa. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1). <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/294>
- Farinhuk, P. S., Savaris, L. E., & Franco, R.S. (2021). Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. *Research, Society and Development*, 10 (3). doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13267>
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37(e200074). doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Farge, A. (2017). *O sabor do arquivo*. São Paulo: Edusp.
- Feijoo, A. M. L. C. de, Protasio, M. M., Pietrani, E. E. M., Lopes, E. M. S., Protasio, F. M., & Noleto, M. C. M. F. (2021). As enigmáticas expressões do homem moderno frente às pandemias. *Holos – IV Dossiê COVID-19 e o mundo em tempos de pandemia*, 37(4), 1-20. doi: 10.15628/holos.2021.11498
- Figueiredo, T. P., Sousa, M. N. A. & Alves, H. B (2021). Acolhimento em saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, 10, (7), 1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16848>
- Filardi, A. F. R., Passos, I. C. F., Mendonça, S. A. M., & Ramalho-de-Oliveira, D. (2021). Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(2), 421-445. doi: 10.1590/1415-4714.2021v24n2p421.10.
- Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas

- da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 1(18). 1-15.
- Foucault, M. (1957) *Ditos e escritos. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise* (V. L. A. Ribeiro, Trad.). M. B. Motta (Org.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. L. Dreyfus & P. Rabinow. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1996). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir*. Curitiba: Vozes.
- Foucault, M. (2001). Entretien avec Michel Foucault, 1980. In *Dit Et Écrit, vol II- 1976-1988* (pp. 860-861). Paris: Quarto Gallimard.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2007). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2013). *A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970* (L. F. A. Sampaio, Trad.). São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2015). *História da Sexualidade – I: A Vontade do Saber* (2a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Foucault M. (2019a). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2019b). *História da sexualidade III: O cuidado de si* (M. T. C. Albuquerque, Trad.). (6a. ed.) Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra.
- Freitas F., & Amarante P. (2017). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Freitas, C. D. R., & Reuter, B. (2021). Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. *Saúde Sociedade*, 30(1). doi: 10.1590/S0104-12902021200172
- Garcia, M. R. V., Amorim, S. C., Rodrigues, G. V., & Mendonça, L. H. F. (2022). Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. *Revista Em Pauta*, 49 (20), 95 – 108. doi: 10.12957/REP.2022.63525
- Garrido, R. G., & Rodrigues, R. C. (2020). Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. *Journal of Health & Biological Sciences*, 8(1):1-9. doi: 10.12662/2317-3325jhbs.v8i1.3325.p1-9.2020
- Gomes, B. P., Medeiros, G. C., Aguilar, F. Z., Zattar, T., & Franco, D. C. Z. (2022). Análise do uso de psicofármacos no Brasil no contexto da pandemia da COVID-19. *Archives of Health, Curitiba*, 3 (2), 94-98. <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/912>
- Gonçalves, G. S., Ferreira, F. O., Sousa, V. M. M., Braga, M. H., Alves, T. N., & Paula, P. A. B. (2021). Interface entre a saúde mental e a pandemia de COVID-19: a perspectiva dos profissionais de saúde. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (16), doi: 10.33448/rsd-v10i16.23134.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7ª Edição revisada. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Han, B. C. (2020). *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes.
- Han, B. C. (2021) *A sociedade paliativa*. Petrópolis: Vozes.
- Heller, A. (1989). *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: Nemesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Instituto Butantan. (2022). *Qual a diferença entre SARS-CoV-2 e Covid-19?* São Paulo. Recuperado de <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/qual-a-diferenca-entre-sars-cov-2-e-covid-19-prevalencia-e-incidencia-sao-a-mesma-coisa-e-mortalidade-e-letalidade>. Acessado em 27 de agosto de 2023.
- Kimati Dias, M., & Muhl, C. (2020). Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. *Argumentum*, 12(2), 60–74. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29114>
- Le Goff, J. (2003). Foucault e a “nova história”. *Plural*, 10, 197-210. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs0.2003.68075>
- Lemos, F. C. S., Galindo, D. C. G., Rodrigues, R. V., & Sampaio, A. M. (2020). Práticas de medicalização: problematizações conceituais a partir de Michel Foucault. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9(2), 232-244. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v9i2.2945
- Lima, R. C. (2020). Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214>
- Lobo, L. F. (1997). Movimento eugênico: tribunal de todos os desvios. In A. Jacó-Vilela, A. Cerezzo & H. Rodrigues (org.). *Clio-Psyché Ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Lobo, L. F. (2012). Pesquisar: A Genealogia de Michel Foucault. In T. M. G. Fonseca, M. L. Nascimento & C. Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário* (pp.11-17). São Paulo, SP: Sulina.
- Malta, D. C., Gomes, C. S., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. A., Silva, A. G., Prates, E. J. S., Machado, I. E., Souza Júnior, P. R. B., Romero, D. E., Lima, M. G., Damacena, G. N., Azevedo, L. O., Pina, M. F., Werneck, A. O., & Silva, D. R. P. (2020). Distanciamento

- social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Saúde em Debate*, 44 (14), 177-190. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E411>
- Mattos, M. P., Pereira, B. M., & Gomes, D. R. (2022). Um ensaio sobre a cegueira: saúde mental na atenção básica e as disputas diante da pandemia da covid-19. *Saúde e Sociedade*, 31 (1), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200783>
- Mauricio, R. B., & Comis, M. A. C. (2021). O papel do psicólogo frente ao contexto de crise sanitária da Covid-19. *Revista Brasileira de Saúde Global*, 1(2), 9-13. <https://revistas.unisa.br/index.php/saudeglobal/article/view/211/266>
- Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), 1-5. doi: 10.1590/0102-311X00149720
- Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 136-142. <https://www.scielo.br/j/pee/a/Fbgwty4bzXgVTcdqwjFQNHK/?format=pdf&lang=pt>
- Mello, G. A., Fontanella, B. J. B., & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. *Revista APS*, 12 (2), 204-213. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>
- Ministério da Saúde. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.
- Ministério da Saúde. (2001). *Lei nº 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*. Diário Oficial da União, Brasília (DF).
- Ministério da Saúde. (2009). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*.

Brasília-DF. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde (2012). *Política Nacional de Atenção Básica – PNAB*. Brasília. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde. (2013). *Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012*. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde. (2019a). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html).

Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde. (2019b). *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. Brasília. Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>. Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde. (2023). *Coronavírus Brasil*. Recuperado de <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 27 de agosto de 2023.

Ministério da Saúde. (s/d). *Saúde de A a Z. Peste: o que é, causas, sintomas, tratamento diagnóstico e prevenção*. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/peste>. Acessado em 27 de agosto de 2023.

Molck B. V., Barbosa, G. C., & Domingos, T. S. (2021). Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, 1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200129>

Morais, A. P. P., Gomes, A. M. A., & Guimarães, J. M. X. (2016). Modelos tecnoassistenciais para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. In: T. M. M. Moreira et al. *Manual de Saúde Pública* (pp. 91-105). Salvador: Sanar.

Morais, L. G. A., Araujo, R. M. S., Porto, R. M., Trajano, J. A., & Sousa, M. N. A. (2021). Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, 4 (3), 10475-10489. doi: 10.34119/bjhrv4n3-071

Moura, T. S., & Silva, F. V. (2021). Ansiedade em quarentena: estratégias de governabilidade para os sujeitos ansiosos no decurso da pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 21 (4), 1161-1191. <https://doi.org/10.1590/1984-6398202117487>

Nabuco, G., Oliveira M. H. P. P., & Afonso, M. P. D. (2020). O impacto da pandemia pela

- COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, 15(42), 1-11. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)
- Nespoli, G. (2014). Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações. In F. L. Guizardi et al (Org.). *Políticas de participação e saúde*. (pp. 59-90). Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE.
- Nordenfeld, L. (2000). *Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico*. Florianópolis: Bernúncia.
- Oliveira, G. S., Carvalho, M. F. A. A., Gondim, L. S. S., & Freire, A. K. S. (2020b). O autocuidado e seus desdobramentos na produção de saúde na atenção psicossocial. *Research, Society and Development*, 9 (7), 1-21. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4942>
- Oliveira, G. S., Monteiro, L. S., Carvalho, M. F. A. A., & Freire, A. K. S. (2020a). Saúde Mental em tempos da Pandemia da COVID-19: Concepções dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, 9 (10), 1-21. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9339>
- Organização Mundial de Saúde. (2020) *Saúde mental*. [www.oms.org](http://www.oms.org). Acesso em: 14 nov. 2020.
- Paim, J. (2009) *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Penha, I. N. S., Santos, A. L. M., Marinho, A. C. H. F., & Alves, L. A. (2021). O uso de medicamentos controlados durante a pandemia da Covid-19 observado em uma drogaria na região do sudoeste baiano. *Research, Society and Development*, 10 (16), 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23752>
- Pereira, M. D., Oliveira, L. C., Costa, C. F. T., Bezerra, C. M. O., Pereira, M. D., Santos, C. K. A., & Dantas, E. H. M. (2020). A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa.

- Research, Society and Development*, 9(7), 1-35. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>
- Rezende, J. M. (1998). Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. *Revista de Patologia Tropical*. 27(1),153-155. doi <https://doi.org/10.5216/rpt.v27i1.17199>
- Rezende, J. M. (2009). As grandes epidemias da história. In Rezende, J. M. (Org.), *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina* (pp. 73-82). São Paulo: Editora Unifesp. <https://books.scielo.org/id/8kf92>
- Sarti, T .D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), 1-5. doi: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Silva, A. J. C., & Albuquerque, K. M. (2019). Uma crítica à medicalização da vida: Contribuições da abordagem centrada na pessoa. *Revista Científico*, 19(39), 247-263.
- Silva, C. M., & Rodrigues, R. C. (2021). Pandemia de Covid-19 e sofrimento psíquico: alguns elementos para uma problematização do Brasil contemporâneo. *Revista Psicologia Política*, 21 (51), 322-339. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2021000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200003&lng=pt&tlng=pt).
- Silva, G. F., & Machado Jr, S. S (2014). O discurso em Michel Foucault. *Revista Eletrônica História em Reflexão*, 8(16). 1-14. <https://ojs.ufgd.edu.br>
- Silva, H. G. N., Santos, L. E. S., & Oliveira, A. K. S. (2020). Efeitos da pandemia no novo

Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. *Journal of Nursing and Health*, 10 (4).

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18677>

Silva, R. R., Silva Filho, J. A., Oliveira, J. L., Meneses, J. C. B. C., Oliveira, C. A. N., & Pinto, A. G. A. (2021). Efeitos do isolamento social na pandemia da covid-19 na saúde mental da população. *Avanços em Enfermagem*, 39 (1), 31-43. doi:<https://doi.org/10.15446/avenferm.v39n1supl.89262>

Tamano, L. T. O. (2017). O movimento sanitaria no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. *Khronos, Revista de História da Ciência*, 4, 102 - 115. <http://revistas.usp.br/khronos>.

Tomim, G. C., & Nascimento, D. T. (2021). O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental da população brasileira. *RAHIS*, 18 (3), 96-112. doi:<https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.6626>

Ujvari, S. C. (2003). *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. São Paulo: Senac.

Veiga-Neto, A. (2004). *Foucault & a educação*. (2a. ed.) Belo Horizonte: Autêntica.

Willrich J. Q., Kantorski L. P., Guedes, A. C., Argiles, C. T. L., Silva, M. S. S. J., & Portela D. L., (2022). The (mis)government in the COVID-19 pandemic and the psychosocial implications: discipline, subjection, and subjectivity. *Rev Esc Enferm USP*. 56:e20210550. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0550>

Whitaker, R. (2020). O impacto psicológico da pandemia: contra a patologização de nosso sofrimento. In P. Amarante et. al (Orgs). *O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados* (pp.28-31). Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. (Tese de

doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4426>

Zamparoni V. (2017). Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde*, 24 (1):13-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016005000028>.

Zanella, A. V. (2012). Escrever. In T. M. G. Fonseca, M. L. Nascimento & C. Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário* (pp.87-89). São Paulo, SP: Sulina.

Zorzanelli, R. T. & Cruz, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 721-731. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.