

Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil

Reflections on the predominance of the biomedical model in the context of Primary Health Care in Brazil

Juliana Soares Raimundo^{†*}, Roberta Barbosa da Silva[§]

Como citar esse artigo. Raimundo, J.S.; da Silva, R.B. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Revista Mosaico*, v.11, n.2, p. 109 - 116, 2020.

Nota da Editora. Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Resumo

O presente artigo é resultado de um levantamento bibliográfico cuja finalidade foi investigar as práticas de cunho biologizantes, vigentes no cenário da saúde na contemporaneidade, como também na saúde mental no âmbito da Atenção Básica em Saúde, que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto central desse estudo reside em discorrer sobre os vetores que direcionam as ações e estratégias nesse nível de atenção, num sentido que reforça paradigmas reducionistas e biologizantes, em detrimento da solidificação de um dos princípios norteadores do SUS – a integralidade nas práticas de saúde. Neste sentido, visando aprofundar a discussão, o artigo traz apontamentos acerca das transformações almejadas Pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, dentre os quais a consolidação de uma compreensão sobre a multidimensionalidade nos cuidados à saúde da população. No discorrer do trabalho são colocados em paralelo o princípio da multidimensionalidade e as visões e estratégias predominantes no campo da saúde, que implicam na disciplinarização e controle dos sujeitos, o que Michel Foucault nomeia de biopolítica. Neste ínterim, justifica-se a abordagem do tema, devido aos efeitos que essa dinâmica entre os saberes supracitados incide diretamente na atuação das equipes de saúde, como também nos posicionamentos da população, enquanto usuária dos equipamentos de saúde, em especial, a Atenção Básica.

Palavras-chave: Biopolítica, Biopoder, Princípios do SUS, Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica.

Abstract

This article is the result of a bibliographic survey whose purpose was to investigate the biologizing practices, in force in contemporary health and mental health, within the scope of Primary Health Care, which makes up the Unified Health System (SUS). The central point of this study is to discuss the vectors that direct actions and strategies at this level of care, in a sense that reinforces reductionist and biologizing paradigms, to the detriment of the solidification of one of the guiding principles of SUS - integrality in health practices. In this sense, aiming to deepen the discussion, the article brings notes about the transformations desired by the Health Reform and the Psychiatric Reform, among which the consolidation of an understanding about the multidimensionality in the health care of the population. In discussing the work, the principle of multidimensionality and the prevailing visions and strategies in the field of health are placed in parallel, which imply the disciplinarization and control of the subjects, which Michel Foucault calls biopolitics. In the meantime, the approach of the theme is justified, due to the effects that this dynamic among the aforementioned knowledge directly affects the performance of the health teams, as well as the positions of the population, as a user of health equipment, especially Primary Care.

Keywords: Biopolitics, Biopower, SUS Principles, Health Reform, Psychiatric Reform.

Introdução

Ao longo das transformações das estratégias de cuidado em saúde, as intervenções eram impulsionadas, predominantemente, por uma lógica pautada na fragmentação da análise do fenômeno do adoecimento, com uma atenção maior na dimensão biológica do ser humano. Sendo esse panorama, sustentado pelo foco no sujeito e seu corpo doente e disfuncional no qual cabia, apenas, ações com viés curativista, intervenções medicamentosas e destaque para a atenção hospitalar, colocando o indivíduo em uma posição de assujeitamento que reflete em seus processos de subjetivação e autonomia.

Anteriormente à Reforma Sanitária, iniciada na década de 1970, as práticas em saúde que operava numa lógica médico-hospitalar, era um direito apenas de uma parte da população (trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho), através da medicina previdenciária, enquanto o cuidado com o restante da população ficava à mercê da filantropia. Além disso, fez-se presente também iniciativas sanitárias, visando o combate e controle de epidemias como, varíola (RAMMINGER, 2014). As medidas adotadas eram predominantemente através de campanhas de vacinação obrigatória que, por sua vez, eram realizadas sem qualquer esclarecimento sobre seus procedimentos para a população (PONTE & FALLEIROS, 2010).

Afiliação dos autores:

[†] Psicóloga, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

[§] Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFF, professora da Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

* Email de correspondência: julianasoaresr@yahoo.com.br

Recebido em: 02/03/20. Aceito em: 16/06/20.

No entanto, salienta-se que esses padrões de intervenção foram os mesmos que a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica e, posteriormente, os textos das leis regidas pelos princípios desses movimentos visaram desconstruir e superar, para consolidar uma compreensão sobre a multidimensionalidade do ser humano. Entendendo que,

a complexidade dos problemas de saúde requer para o seu enfrentamento a utilização de múltiplos saberes e práticas. O sentido da mudança do foco dos serviços e ações de saúde para as necessidades individuais e coletivas, portanto para o cuidado, implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional (EPSJV, 2005, p. 75).

Essas reformas vislumbravam solidificar abordagens mais acolhedoras e mais humanizadas, um olhar mais ampliado, para assim propiciar a promoção da saúde (SOUZA, 2006). Este é um ponto fundamental que se contrapõe às visões e estratégias predominantes que implicam na disciplinarização e controle dos sujeitos em determinada sociedade, o que Foucault (2005) nomeou de biopolítica. Dispositivo de poder esse, que se ancora em um tripé, segundo Ignácio & Nardi (2007, p. 90), “produzido pela dependência, assistencialismo e individualismo”, dos indivíduos no meio social e, também, no campo da saúde.

Outra mudança que vale destacar é o novo modelo de organização do SUS, dividindo-o entre atenção básica, secundária e terciária - diferenciando-as entre si, devido ao grau de complexidade tecnológica além dos procedimentos dispensados por cada nível da hierarquia. Ou seja, nessa dinâmica prega-se que o usuário do sistema dê entrada aos serviços, preferencialmente, pela Atenção Básica de Saúde. Esse nível de atenção é caracterizado por ser um conjunto de ações, as quais abrangem cuidados na esfera coletiva e individual, ações de promoção, prevenção, tratamento, diagnóstico, reabilitação e redução de danos, tendo como objetivo o cuidado integral do usuário. Acresce em suas atribuições reconhecer as demandas da população e organizá-las em outros níveis de atenção, “contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 20).

Diante do exposto, propõe-se com esse trabalho, a investigação sobre práticas em saúde e em saúde mental na Atenção Básica em Saúde, na contemporaneidade. Assim como seus vetores que podem direcionar as ações e estratégias para um sentido reforçador de paradigmas reducionistas.

Sendo assim, para ancorar tal discussão, foi realizada uma revisão bibliográfica, explorando a literatura sobre o tema abordado. Entretanto, cabe a ressalva de que devido à amplitude da temática, a

discussão proposta e as obras utilizadas não esgotam o arcabouço teórico para outras possíveis discussões.

Um Breve Histórico

A saúde pública, enquanto direito social fundamental, foi assim definida a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira, no ano de 1988. Segundo o art. 196 da Carta Magna, a saúde passa a configurar como direito de todos os cidadãos. O acesso universal, nesse novo contexto, passa a ser garantido mediante a formulação de políticas públicas para a área, como também a garantia de um atendimento integral, conforme especificado no art. 198, do documento supracitado. Posteriormente, no ano de 1990, essas garantias foram regulamentadas pela formulação da Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 8.142/90 que versa sobre o controle social nesse sistema de saúde, além de demarcar preceitos sobre o fluxo dos recursos financeiros para subsídios na área.

Destarte, é possível observar que tais mudanças propuseram romper com uma tradição que operava numa lógica médico-hospitalar que era regida por um modelo de cunho biomédico. Esse modelo, com um caráter reducionista de intervenção, exclui do seu campo de cuidado dimensões que levam em consideração aspectos sócio-históricos como, por exemplo, a cultura e a política e suas influências no corpo, deveras adoecido. Ponte (2010) considera que a organização e institucionalização do Estado e da medicina, respectivamente, foi marcado por uma dinâmica, onde diversas linhas teóricas propunham explicar a manifestação de epidemias e doenças que se espalhava pela população. No entanto, havia uma sintonia em relação a um aspecto crucial: a medicina precisava ter um caráter interventor amplo, ou seja, em todo o âmbito social.

Entretanto, diante de toda essa conjuntura, no final da década de 1970, profissionais da saúde e população civil em geral, iniciaram um movimento que objetivava alterações no modelo vigente de atenção à saúde. Tal mobilização recebeu o nome de Reforma Sanitária. Uma de suas reivindicações era justamente superação da abordagem curativista e individualista, hegemônica até então. Já num contexto de fim do regime militar e conquista do modelo democrático, no ano de 1985, houve a realização de um importante evento precursor da criação do SUS e a possibilidade de reconhecimento da saúde enquanto um direito de todos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008). Tal evento contou com a participação da sociedade civil, de profissionais, prestadores de serviços e usuários dos equipamentos de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, diante disso, seria considerada um marco para a construção de um novo modelo de saúde pública no país. Seu alicerce

seria calcado no rompimento de uma estrutura médica individualista e privatizante (FALLEIROS & LIMA, 2010).

Em outros termos, a consolidação do SUS propõe superar a reforma, não somente em âmbito administrativo. Sua extensão abarca transformações no conceito de saúde e, como consequência na ampliação do mesmo, até em mudanças socioculturais sobre a área e nas formas de atuação no interior dos equipamentos públicos de saúde (RAMMINGER, 2014). Nesse sentido, em termos de teorização e princípios adotados e almejados na implementação de uma nova práxis no campo da saúde, torna-se fundamental destacar a dificuldade de transposição desse modelo defendido e, por outro lado, ainda a forte influência de práticas individualistas, centradas na doença e com forte predominância do saber médico, com seu viés normatizante.

A adoção de um conceito mais amplo para a área, seguindo os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual seriam abrangidos, também, fatores sociais e psíquicos, além do biológico trouxe uma possibilidade de alcance de intervenções, inédita nesse contexto.

A abrangência desse panorama, ou seja, da tentativa de amplitude do que passa a ser saúde na legislação do país é elencado e descrito no art. 3º, da Lei 8.080/90 como,

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS destacam seu caráter universal, equitativo, integral, regional, hierárquico e descentralizado dos serviços de saúde, sendo esse campo e o acesso a ele, expressão de um direito de cidadania da população brasileira. Para efeitos práticos do presente artigo, nos deteremos de forma mais detalhada no princípio da integralidade.

Este aspecto visa abarcar alguns conceitos – tais como a formação “integral” do profissional que atua no SUS, no sentido de aliar suas práticas com os conhecimentos teóricos; o cuidado com o indivíduo pautado em ações protetivas, preventivas e de recuperação; e, por último, mas não menos importante, ir além de um cuidado baseado no modelo biomédico, sendo valorizadas as dimensões ambientais e relacionais que interferem na saúde, como anteriormente mencionado (MATTA, 2010).

Tendo como base essa lógica, o Ministério da Saúde (2013) preconiza que a Atenção Básica funcione enquanto serviços de base, operando num sentido de ordenamento da rede de saúde e de suas intervenções

como, também, ser descentralizada e resolutiva. Acresce em suas atribuições, reconhecer as demandas da população e organizá-las em outros níveis de atenção, “contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 20). A Saúde da Família e a estruturação dos dispositivos da Estratégia de Saúde da Família (ESFs), seria o principal ponto estratégico para o ordenamento da Política Nacional de Atenção Básica (idem, ibidem). E, de acordo com as necessidades demandadas em cada caso, os graus de atenção se elevam conforme suas especificidades. De acordo com Lopes & Corbo,

a proposta desse sistema é romper com o modelo de atenção predominante hoje, caracterizado pela centralidade no trabalho médico e no hospital, e voltado para o tratamento de doenças com forte uso de tecnologias e medicamentos. Ou seja, procura-se construir um sistema baseado na defesa da saúde como um direito, entendendo-a como resultante das condições de vida da população. Para isso, propõe-se um sistema pautado nas ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção (dos postos de saúde até o hospital especializado), e na participação popular na gestão do sistema e do cuidado. (2010, p. 256).

Paralelamente aos acontecimentos trazidos pelo movimento da Reforma Sanitária e os desdobramentos propiciados por ela, no âmbito da saúde mental também ocorreram importantes insurgências contrárias ao paradigma individualizante e hospitalocêntrico desse campo específico – a Reforma Psiquiátrica, que propôs um novo olhar sob os cuidados com indivíduos com transtornos mentais.

Em um cenário de descaso e, em grande parte, de violência e maus-tratos com os ditos “loucos” nos ambientes hospitalares e motivados pelo cenário de lutas e reivindicações propiciados pela Reforma Sanitária, profissionais, sociedade civil e usuários dos serviços de saúde mental, também se articularam visando mudanças. Assim como a necessidade de se repensar a ampliação do conceito de saúde emergiu, nesse panorama, a reflexão sobre a necessidade de rompimento com uma lógica de enclausuramento, individualizante e asilar, onde o sujeito era excluído totalmente de sua convivência social. Havia um estigma estruturante em toda essa dinâmica, que acarretava a marginalização da pessoa com transtorno mental e a total ausência de respeito e dignidade em seus cuidados.

Com isso, outra necessidade em comum também se fazia presente nesse movimento: a importância de ampliar as transformações para esferas culturais e sociais superando mudanças somente na estrutura tecnicista do tratamento, uma vez que os essas pessoas carregam um histórico de marginalização e preconceito no meio social em que vivem, que dificultam a inserção nesse contexto, enquanto sujeitos de direitos. Segundo Ramminger (2014, p. 41), “exigência não só de novos

paradigmas e conceitos, mas igualmente invenção de outros modos de intervir, gerir serviços, relacionar-se, trabalhar”.

Ambos os movimentos propuseram influenciar vários setores da sociedade, desconstruindo para, posterior a isso, reconstruir estruturas sociais, econômicas, culturais e sociais, contando com o rompimento do pressuposto segregacionista do cuidado em saúde e na saúde mental. Os acontecimentos e articulações angariaram um formato sólido com a promulgação da Constituição de 1988, abrindo horizontes dos quais seria possível que os dispositivos de saúde acolhessem de forma diferente daquela hegemônica até então, os indivíduos que deles necessitassem.

Saúde Mental e Atenção Básica

Conforme preconizado pela legislação vigente, o primeiro contato das pessoas e da comunidade com os serviços de saúde deve ser realizado, preferencialmente, através da Atenção Básica em Saúde. É por intermédio desta que os cuidados podem ser levados aos territórios onde esses indivíduos vivem. E, uma vez que a Atenção Básica representa a porta de entrada preferencial de organização e direcionamento da rede de saúde do SUS, torna-se um espaço de privilégio para compreender as necessidades de saúde da população. A ESF entra como um importante elo estratégico para a eficácia de tais pressupostos. Segundo Granja e Zoboli (2012), tal modelo

foi proposto como uma estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil, tendo como pilar a humanização. Esse modelo de atenção objetiva criar vínculos entre os profissionais e usuários por meio da responsabilização na resolução dos problemas de saúde. Essa estratégia vem melhorando o acesso da população ao sistema de saúde, proporcionando considerável melhora na qualidade do atendimento oferecido (p. 499).

No tocante à questão, a ESF conta com uma equipe multiprofissional, podendo ser composta por médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem, cirurgião dentista, agentes comunitários de saúde, etc. Objetivando aumentar o escopo das ações na Atenção Básica, por meio da atuação de demais especialistas, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. As equipes de Nasf são constituídas a partir de critérios definidos pela própria gestão municipal, mediante a demanda observada de cada localidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Podem contar com o apoio de nutricionistas, fisioterapeutas, especialidades médicas, educador físico, assistente social, fonoaudiólogo e psicólogo. Para o Ministério da Saúde (2010), o Nasf ocupa um importante espaço, ao considerar que

a busca pela integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos Nasf deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos (p. 17).

Já no ano de 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que tem como preposição reorganizar o modelo assistencial brasileiro em saúde mental. Em 2011, é promulgado o Decreto nº 7508, que dispõe sobre a organização, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa do SUS, permitindo a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em território brasileiro. Incluiu-se uma nova logística de equipamentos substitutivos aos manicômios, estando presente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RTs) e, dentre outros dispositivos, os serviços que compõem a Atenção Básica em Saúde, como as ESFs.

Conforme elenca o Ministério da Saúde (2010), para as ações em saúde mental na Atenção Básica, devem ser consideradas as diretrizes, como: a identificação e acolhimento às demandas de saúde mental, em seus níveis distintos de severidade - sendo crucial a manutenção de seus laços familiares e sociais; a priorização dos casos mais graves; as intervenções devendo ser realizadas levando em consideração o contexto comunitário do usuário do serviço; cuidado interdisciplinar e com garantia de sua continuidade; cuidado com base no princípio de integralidade, preconizado pelo SUS; etc.

Devido à amplitude das demandas acima elencadas, torna-se primordial uma maior abrangência das intervenções nesse contexto, tendo como um princípio fundamental a participação de todos os profissionais de saúde. E, mesmo as intervenções realizadas por especialistas em saúde mental (sejam eles, psicólogos ou psiquiatras), precisam ser respeitadas noções acerca dos contextos de vida dos sujeitos em seus territórios de pertencimento e as idiosincrasias presentes nesses cenários. Uma vez agindo numa dinâmica da qual seja possível propiciar transformações nos modos de vida da população, percebendo as múltiplas variáveis que incidem nesse meio, permite-se que o foco possa a ser a produção de saúde e, não somente, a eliminação da doença.

Já a equipe NASF, em responsabilidade conjunta com as equipes de Saúde da Família, também podem direcionar ações no sentido de operar de forma integrada com outros dispositivos de Saúde Mental (como os CAPS, que compõem a atenção secundária em saúde), em se tratando de casos de transtornos severos e persistentes e visando o cuidado dessas pessoas. Além de propiciar romper com uma lógica de

encaminhamento, sem a devida responsabilização pelo caso após encaminhá-lo a outro serviço; identificar as maiores ocorrências de transtornos mentais no território e, assim, efetuar um melhor planejamento e diagnóstico; promover reuniões multidisciplinares e discussões de casos; atendimento compartilhado com outros profissionais; articular atividades terapêuticas e comunitárias, sejam elas nos serviços, nos domicílios ou espaços próprios da comunidade; entre outras ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde (2013) preconizou que a nível de atenção concentrado na Atenção Básica, juntamente com a Saúde Mental,

são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas práticas na área da Saúde (p. 29).

Visto isso, nota-se que é indiscutível que esse novo modelo assistencial propiciou uma maior abrangência das práticas na Atenção Básica, inclusive, no que se refere à Saúde Mental.

Com um conceito de saúde mais abrangente, a confecção de ferramentas inéditas para o uso nesse meio, foi preponderante. Uma delas, foi o que se denominou de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com o olhar multidisciplinar, o PTS reúne uma gama de condutas que se articulam entre si, visando o cuidado com o usuário do serviço, ou mesmo direcionado à família ou grupos. Um aspecto a se destacar, é que um dos fundamentos desse dispositivo de intervenção é considerar o contexto social, as crenças, as necessidades, as expectativas do sujeito, como também, conta com seu protagonismo e participação ativa na formulação das propostas de ação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Portanto, esse pressuposto passa a funcionar numa lógica onde cada caso é visto como único e com características próprias e “desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde” (*idem, ibidem*, p. 55).

A ampliação de ações foi viabilizada, considerando estratégias articuladas entre profissionais e equipes e a expansão de intervenções na comunidade uma vez que o processo saúde-doença passou a ser compreendido como parte de uma rede complexa, na qual diversos outros fatores estariam em constante afetação mútua como, por exemplo, aspectos sociais, econômicos, familiares, culturais, etc. Portanto, com essa nova perspectiva outras estratégias foram construídas, como a articulação de ações em saúde de promoção/prevenção/diagnóstico/tratamento. Essas práticas trazem como objetivo desenvolver um cuidado integral ao usuário dos serviços de saúde; estimular a corresponsabilização entre profissionais e usuários, visando o desenvolvimento de mais autonomia desses; entre outras estratégias. Estratégias, portanto, que reforçam que ações ultrapassa

os muros dos equipamentos de saúde.

O Modelo Biomédico e sua Predominância no Cenário da Atenção Básica

O princípio de integralidade adota uma visão mais abrangente de cuidado, uma vez que leva em consideração fatores de nível cultural, socioeconômicos, entre outros. O profissional de saúde que estiver inserido nesse cenário terá competências exigidas que ultrapassam apenas o conhecimento técnico do processo saúde-doença. Exige-se, também, perícia nos aspectos sociais, inter-relacionais, conhecimento da cultura do território, capacidade de articular intervenções com outros equipamentos que compõem a rede psicossocial, auxiliar no fortalecimento do protagonismo dos próprios usuários dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Lopes & Corbo (2010), exploram o seguinte argumento ao afirmar que,

neste sentido, pensar em serviços de saúde que incorporem a diretriz da integralidade implica, quase sempre, a reestruturação dos processos de trabalho tradicionais, centrados no médico, no uso excessivo de tecnologias, desvinculados de ações de vigilância e educação em saúde e sem qualquer preocupação político-social em relação ao processo de adoecimento dos sujeitos (p. 258).

Entretanto, para as referidas realizações serem efetivadas, é necessário repensar e desconstruir esse estatuto predominante do modelo biomédico, ainda regente das intervenções em saúde, na formação de profissionais, na organização dos dispositivos e na forma de conceber o conceito do que é saúde. Essas estratégias reducionistas de cuidado podem ser traduzidas enquanto formas de controle do sujeito, uma vez que seu posicionamento subjetivo frente ao adoecimento, assim como as demais dimensões desse processo, ficam suprimidos em nome de uma maior tecnicidade e padronização do tratamento. “Essa polaridade na atuação dos profissionais de saúde talvez possa ser explicada pelo fato de a técnica baseada no conhecimento biomédico constituir núcleo central da formação curricular, legitimado por necessidades de saúde e finalidades do trabalho socialmente aceitas” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 18). Fertorani et.al. (2015), descreve com mais precisão características que compõem o modelo biomédico. Dentre elas, estão: foco na detecção dos sintomas e no tratamento da doença; ausência de prioridade para ações de promoção da saúde; déficit na comunicação e articulação da rede de cuidado em saúde.

Na obra *Microfísica do Poder* (1984), Foucault explora a concepção de que com o desenvolvimento da sociedade capitalista e demandas por forças de trabalho, novas necessidades de controle emergiram, como o controle dos corpos. A ciência médica se

pulveriza por todo o meio social, uma vez que a saúde dos sujeitos passa a ser valorado enquanto objeto de lucro e desejo. E seria, justamente, através desse “objeto”, se aprofundando em sua dimensão biológica e somática que o campo da saúde, através da prática da medicina, se tornaria um dispositivo de biopoder: disciplinador, normatizador e objetificante dos corpos. Machado (1978, p. 156), sobre esse lugar ocupado pela medicina, versa que este funciona enquanto dispositivo de poder enquanto um mecanismo de gestão de vida e administração dos corpos,

capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos e ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social, esteve desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado (...)

Essa lógica também perpassa para a área específica da saúde mental, onde se observam práticas de medicalização de sofrimentos do cotidiano dos indivíduos, a adoção de ações disciplinares e moralizantes frente aos sujeitos acometidos por transtornos mentais. Além disso, a predominância da classificação biomédica no tratamento de transtornos mentais pode ser vista, sobretudo, em tendências cada vez mais crescentes da medicalização e, conseqüentemente, no uso de psicofármacos como resposta ao sofrimento psíquico. No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), reforça-se a classificação de enfermidades psíquicas, mediante ao acúmulo de sintomas que determinaria um transtorno específico, evidenciando-se que sua confecção pautou-se no modelo médico-biológico, em detrimento da análise de dimensões outras como a social e subjetiva.

Ferrazza (2009) considera que,

nessa configuração, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode estar suscetível a ser transformado em objeto das práticas médicas constituídas de rotulações diagnósticas, de terapêuticas medicamentosas, de práticas de tutela e internações psiquiátricas. Nesse processo de transformar qualquer mal-estar psíquico em doença pode-se perceber uma tendência geral da medicina em tornar médico aquilo que é da ordem do social (p. 44).

Essa ampla categorização de sintomas, o tratamento direcionado para a supressão dos mesmos, além da intensa prescrição de psicofármacos atende, de forma cirúrgica, os preceitos da biopolítica, uma vez que há o controle dos sujeitos e a supressão do que se poderia denominar, “desvio social” (VALIANTE, 2016). Nesse sentido, sendo a prescrição de medicamentos tarefa exclusiva do campo médico e sendo utilizada como um gerenciamento da vida humana, essa prática passa a ser hegemônica, quando não tratada como única, para a direção de tratamento (FERRAZZA, 2009). “O uso

da medicação se insere no campo da relação médico/paciente, em que são estabelecidos lugares sociais, nos quais o médico é aquele que sabe e o doente aquele que espera, pacientemente, a cura” (*idem, ibidem*, p. 45). Outra característica marcante desse reducionismo biológico é demonstrar uma pretensa neutralidade, na qual a linguagem tecnicista que prevalece nessa dialética alavanca a concepção de que o corpo individual seria a única fonte de explicação das enfermidades, transtornos e a construção de identidades.

O mecanismo de biopoder também configura um novo entendimento no que tange ao direito à saúde, traduzindo-o como consumo de insumos tecnológicos, ao passo que intervenções nos determinantes sociais que influenciam na saúde dos indivíduos ficam pouco investidos enquanto um direito de todos e dever do Estado em disponibilizá-las. Já, segundo Zorzaneli & Cruz (2018),

a medicina é o elo que articula a biopolítica com a disciplina, isto é, o elo do biopoder no controle da vida, que atua por meio da noção de norma. É o que assistimos nas mudanças que as formas de vigilância sobre o corpo, sobre a doença e sobre a saúde atuam, por meio da noção de risco e das novas biotecnologias (p. 729).

Haja vista, a atenção à saúde sendo praticada sob uma ótica mais reducionista e médico-centrada possibilita que o olhar sob o usuário possa ser efetuado de forma indiferenciada, mecânica e classificatória. Pois, como já dito, o processo saúde-doença sendo compreendido primordialmente como um campo de análise apenas do corpo biológico, fatores subjetivos e contextuais e o protagonismo do sujeito tornam-se dispensáveis. E, sendo assim, a análise da cultura, dos fatores socioeconômicos e inter-relacionais, esvaziar-se-ia de sentido de ser feita, uma vez que a multidimensionalidade do ser humano pode não receber a devida importância que lhe cabe.

Com o fito de destrinchar essas observações, pode-se discorrer sobre algumas modificações atuais, mais precisamente no ano de 2019, em âmbito legislativo que reforçam esses aspectos acima mencionados. No referido ano, foi promulgada a portaria nº 2.979 que estabelece o novo modelo de financiamento da Atenção Básica de Saúde que, dentre as novidades estão: a forma de custeio que passa a ser por meio de Capitação Ponderada, ou seja, repasse de um valor fixo calculado com base somente em quem estiver cadastrado nas unidades de saúde; Pagamento por Desempenho, que diz respeito ao valor repassado para as equipes de saúde que atingirem as metas almejadas, a partir de indicadores pré-estabelecidos; e incentivo a ações específicas e estratégicas que incluem, por exemplo, o setor de Saúde Bucal, incentivo para Residência Médica, porém, exclui incentivos financeiro federal para equipes NASF, colocando em risco a sua manutenção nesse cenário. Tais

mudanças apontam para um reduzido escopo de ações, desestimula a implementação de novas ESFs e coloca em risco o alcance e a resolutividade das intervenções feitas por esse nível de atenção em saúde. Sem um incentivo específico, as equipes de caráter multidisciplinar podem ser reduzidas ou extintas. Como também alavanca uma tendência para o destaque para o cuidado médico-centrado, caso esses riscos se confirmem.

Considerações Finais

Após poucas décadas da vigência de um período democrático no país, é possível considerar que, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, na qual consta a saúde enquanto um direito de toda a população, avançamos rumo ao estabelecimento de um marco notório no rol de conquistas sociais em território nacional. Calcado no princípio basilar supramencionado, houve o surgimento de dispositivos de saúde e saúde mental, no âmbito do SUS que, essencialmente, estabeleciam como eixos norteadores de ação, dentre outros, a universalidade do acesso à saúde, a hierarquização dos serviços, a equidade e integralidade do cuidado. Sob essa nova lógica, propôs-se orientar essa área com um novo modelo organizativo, passando a priorizar a atenção em cuidados primários em saúde. No entanto, observou-se que a implementação desse modelo que traz como proposta abarcar uma compreensão mais abrangente, levando em consideração as múltiplas dimensões que incidem na vida do ser humano e a ênfase na análise mais ampla do processo saúde-doença, ainda encontra uma barreira na predominância do modelo biomédico de atenção.

Diante disso e baseado na discussão proposta ao longo do trabalho, observa-se que numa posição conflitante com o que foi construído por anos de mobilizações e estruturações de novas propostas, as quais almejavam uma saída estratégica das formas de cuidado assistencialistas, puramente curativistas e centradas na prática médica, no atual cenário, tem-se a tendência a reforçar o caráter biologizante das ações em saúde e em saúde mental. Logo, cabe dizer que a ausência de medidas efetivas de incentivo ao estabelecimento e reforço de equipes multiprofissionais, vistas principalmente em equipes NASF, colabora para o enfraquecimento do princípio de integralidade, uma vez que o foco da política pública volta a residir na dimensão biológica do cuidado e seu caráter individual. Nesse contexto, o dispositivo de biopoder apresentado anteriormente, se faz presente atuando como técnica para a obtenção de uma disciplinarização dos corpos, o que é facilitado pela concepção médica-centrada do processo saúde-doença e o assujeitamento dos indivíduos. Assim, esvazia-se uma perspectiva ampliada de atenção que, calcado em sua premissa, busca valorizar a autonomia

e o protagonismo dos sujeitos, sendo esses aspectos preponderantes numa dinâmica de cuidado integral e o fortalecimento da democratização da saúde, no país.

Portanto, para fins conclusivos, considera-se que é de suma importância para o fortalecimento e a ampliação dos cuidados, inclusive no escopo da saúde mental, respeitar os diversos determinantes sociais que influenciam e impactam na saúde da população. Como, também, é imprescindível realizar um exercício reflexivo sobre o significado do conceito de saúde e das medidas legais em vigência. Essa busca por um modelo assistencial que contemple tais perspectivas e supere os especialismos e reducionismos das ações, é um desafio que perpassa toda a história da democracia brasileira. Para a efetivação dessas mudanças e a consolidação de um cuidado em saúde multidimensional, torna-se necessário reverter o paradigma biomédico dominante, alicerçado na estrutura do nosso meio social, nos fundamentos das políticas públicas atuais e no imaginário popular do que pode ser considerado como saúde ideal a ser alcançada. Para então, que seja possível a tomada de possibilidades efetivas nesse campo e o resgate dos princípios que formaram a base dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 20 de setembro de 1990, p. 18055.
- _____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 28 de dezembro de 1990, p. 25694.
- _____. 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), 6 de abril de 2001, Seção 1, p. 2.
- _____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 28 de junho de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Básica, nº 27, Brasília (DF), 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, nº 34, Brasília (DF), 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 de janeiro de 2008, Seção 1, p. 38-42.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS 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, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 13 de novembro de 2019, Seção 1, p. 97.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Recomendações sobre práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. São Paulo, Reimpressão da 1ª Ed. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio (Org.). Projeto Político Pedagógico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FALLEIROS, I; LIMA, J. A saúde como direito de todos e dever do Estado. In: FALLEIROS, I; PONTE, C (Orgs). Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 239-246.

FERRAZZA, D. A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde. 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

FERTORANI, H; PIRES, D; BIFF, D; SCHERER, M. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Rev. Ciência Brasileira & Saúde, Rio de Janeiro, 20 (6), p. 1869-78, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869. Acesso em 25 de abril de 2020.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-76). São Paulo, 4ª Ed. Martins Fontes, 2005.

_____. Microfísica do poder. 4ª Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

GRANJA, G; ZOBOLI, E. Humanização da Atenção Primária da Saúde: gestão em redes e governança local. O mundo da saúde, São Paulo, nº 36, p. 494-501, 2002. Disponível em http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_atencao_primaria_saude_gestao.pdf. Acesso em 26 de abril de 2020.

IGNÁCIO, V; NARDI, H. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. Psicologia & Sociedade, 19 (3), p. 88-95, 2007. Disponível em cielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000300013&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 25 de abril de 2020.

LOPES, A; CORBO, M. A reorganização da atenção básica no Brasil. In: PONTE, C; FALLEIROS, I. Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 256-276.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K.. Danação da norma: medicina social e constituição da medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C; FALLEIROS, I. Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 247-255.

PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, E; BARROS, R. Humanização. In.: PEREIRA, I; LIMA, J (Orgs). Dicionário de Educação Profissional em Saúde. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 01 de outubro de 2019.

RAMMINGER, T. Modos de trabalhar em Saúde Mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida, 1ª ed., 2014, p. 27-49.

SOUZA, A. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. Esc. Anna Nery Ver. Enferm. Rio de Janeiro, v. 10 (4), p. 703-10, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452006000400012&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 25 de abril de 2020.

VALIANTE, L. A hipótese freudiana dos determinantes psíquicos do recurso à droga. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda/RJ, 2016.

ZORZANELLI, R; CRUZ, M. O conceito de medicalização para Michel Foucault na década de 1970. Interface (Botucatu), v. 22 (66), p. 721-31, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14143283201805007103&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 25 de abril de 2020.