



Vida pouquinho: percepções em saúde mental na atenção primária

Alana Aragão Ávila (CANOA/UFSC - alanaavila01@yahoo.com.br,

<https://orcid.org/0000-0002-1457-2718>)

Resumo: Abordando a fala de profissionais da atenção primária à saúde em torno das queixas relativas à saúde mental que chegam aos consultórios, este artigo busca demonstrar como a gramática do sofrimento mental e a visão neoliberal de sujeito impregnam as possibilidades da assistência em saúde. Considerando os efeitos da visão dos profissionais e das políticas de saúde na (des)legitimação do sofrimento mental dos pacientes, indico como separação da dimensão social em relação à experiência dos sujeitos atendidos na atenção primária interfere nas possibilidades do relatar a si mesmo, produzindo separações entre vidas ansiosas e vidas pequenas, atravessados por marcadores sociais relatados ou não. Por fim, considera-se a emergência do tema da saúde mental no campo de pesquisa como sintoma do mal-estar vinculado à expansão do neoliberalismo tanto no campo do financiamento, quanto na compreensão dos sujeitos, sejam profissionais ou pacientes no campo da saúde pública.

Palavras-chave: Saúde Mental, Neoliberalismo, Saúde Pública

Vida pequeña: percepciones en salud mental en la atención primaria

Resumen: Abordando el discurso de los profesionales de la atención primaria de salud en torno a las quejas relacionadas con la salud mental que llegan a las consultas, este artículo busca demostrar cómo la gramática del sufrimiento mental y la visión neoliberal del sujeto impregnan las posibilidades de la asistencia en salud. Considerando los efectos de la visión de los profesionales y de las políticas de salud en la (des)legitimación del sufrimiento mental de los pacientes, se indica cómo la separación de la dimensión social en relación con la experiencia de los sujetos atendidos en la atención primaria interfiere en las posibilidades de relatarse a sí mismos, produciendo separaciones entre vidas ansiosas y vidas pequeñas, atravesadas por marcadores sociales relatados o no. Finalmente, se considera la emergencia del tema de la salud mental en el campo de investigación como síntoma del malestar vinculado a la expansión del neoliberalismo tanto en el campo de la financiación como en la comprensión de los sujetos, sean profesionales o pacientes en el campo de la salud pública.

Palabras clave: Salud Mental, Neoliberalismo, Salud Pública

Small life: perceptions of mental health in primary care

Abstract: Addressing the discourse of primary health care professionals regarding mental health complaints that arrive at clinics, this article seeks to demonstrate how the grammar of mental suffering and the neoliberal view of the subject permeate the possibilities of health care assistance. Considering the effects of professionals' views and health policies on the (de)legitimization of patients' mental suffering, I indicate how the separation of the social dimension from the experience of individuals in primary care affects their ability to self-report, creating distinctions between anxious lives and diminished lives, influenced by social markers whether mentioned or not. Finally, the emergence of mental health as a research topic is seen as a symptom of the discomfort associated with the expansion of neoliberalism, both in terms



of funding and in the understanding of individuals, whether they are professionals or patients in the public health sector.

Key works: Mental Health, Neoliberalism, Public Health.

Introdução

Quando o entrevistei, Roberto trabalhava há quatro meses como enfermeiro no Centro de Saúde da Família (CSF) de Viradouro. Foi transferido do CSF Santa Mônica, localizado em um grande bairro periférico da cidade onde, relatou, só no período da manhã, chegavam entre 80 e 100 pessoas diariamente para a triagem. Mas não foi o fluxo de pacientes que o tirou de lá. Na entrevista, alegou ter pedido transferência por questões de logística, pois também trabalhava como plantonista em um hospital durante alguns dias da semana. Em Santa Mônica, contou que tinha muita dificuldade em lidar com a população que insistia em chegar ao CSF como demanda espontânea, inviabilizando a organização dos fluxos para o agendamento de consultas. A grande demanda, contava Roberto, inevitavelmente levava à formação de longas filas de espera no equipamento de saúde. Em Viradouro, o enfermeiro tinha outra vida. Uma vida tão diferente que a nossa entrevista aconteceu no meio da tarde, durante um dia de trabalho usual, e por uma única vez outra profissional da equipe nos interrompeu para que ele assinasse um encaminhamento. No novo local de trabalho, Roberto relatou conseguir organizar planilhas, fluxos, reunir-se com a equipe e planejar a assistência. Chegava até mesmo a participar dos grupos de promoção de saúde, que aconteciam três vezes por semana.

Viradouro tem se transformado ao longo dos anos com a cada vez maior incidência de prédios residenciais, assim como de condomínios e casas cercadas por muros e portões altos. A transformação da renda das tradicionais famílias locais e dos recém moradores fez o bairro passar a ser reconhecido popularmente como de classe média, ou mesmo *elitizado*, ainda que, por lá, isso signifique domicílios com mais de uma pessoa contribuindo para a renda familiar ou imóveis adquiridos por meio de financiamentos, não necessariamente seguindo a classificação oficial de órgãos como o IBGE. Ainda assim, áreas do bairro ainda são reconhecidas como de vulnerabilidade



social, por vezes criando uma atmosfera de medo relativa à circulação dos residentes desses locais entre os setores *elitizados* do bairro.

Quando perguntei a Roberto sobre as demandas em torno de saúde mental que chegavam até o CSF, ele optou por fazer um comparativo entre Santa Mônica e Viradouro. Apesar do altíssimo número de pacientes que chegavam para a triagem, relatou que pouco surgiam casos de queixas em saúde mental. Já em Viradouro, conta dos casos de crianças e adolescentes diagnosticados com autismo e a alta incidência de quadros de ansiedade, especialmente entre jovens adultos. Sua hipótese para a diferença entre os territórios passava diretamente pela renda das famílias e suas rotinas. A vida em Viradouro seria mais agitada do que em Santa Mônica, por isso haveria mais casos relativos à ansiedade. “[Em Santa Mônica] é uma população um pouquinho mais vulnerável, um pouquinho mais de casa, daquele serviço de casa, família pequena, não tem aquela correria da família média que a gente encontra aqui [Viradouro]” (Roberto, enfermeiro). O profissional afirmou que não sabia se isso justificava o fato, mas considerava que a correria do dia a dia estaria ligada ao adoecimento psicológico. Perguntei a Roberto se poderia estar acontecendo não um não adoecimento, mas uma não nomeação desse adoecer. Ele ponderou, considerou ser uma possibilidade, mas insistiu em argumentar sobre como a vida das pessoas em Santa Mônica seria *pouquinha*, com pessoas satisfeitas com o que tem e que não levam para frente problemas como ansiedade por fim de relacionamento ou pela conclusão de curso universitário. Assim, o avanço dos casos de adoecimento mental, para Roberto, estaria ligado à vida nos grandes centros urbanos e aos ritmos impostos por estes.

A entrevista com Roberto aconteceu em junho de 2022, na cidade de Sobral, região norte do Ceará, que conta com pouco mais de 200 mil habitantes. Naquele momento, no qual o uso de máscaras ainda era obrigatório nos equipamentos de saúde em razão da pandemia de Covid-19, a entrevista fazia parte do que posteriormente se transformaria em uma tese sobre o financiamento e o cuidado na Atenção Primária à Saúde (Ávila, 2024). A entrevista com o profissional foi um dos indícios do que, para mim, posicionou o tema do adoecimento mental como urgência em meio as questões sobre o financiamento da saúde pública no Brasil e a própria



constituição e atuação das equipes da Estratégias Saúde da Família, base do trabalho nos CSF. Neste artigo, partindo de uma compreensão crítica em relação à gramática social do sofrimento (Safatle, 2020), abordo como as experiências sociais e a sofisticação linguística hegemônica afetam as possibilidades de cuidado em saúde mental nas políticas públicas de saúde, com foco no contexto sobralense.

Experiências com saúde mental na atenção primária

Safatle (2020) indica a ocasião do lançamento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais – 3 (DSM-III), como momento no qual ocorreu a ruptura na gramática social do sofrimento em prol da individualização do adoecimento mental e da vinculação deste à disciplina social neoliberal. As categorias clínicas vinculadas ao DSM seriam, para o autor, processos performativos e não somente estruturas descritivas. Coloca-se então em questão a própria dimensão da neutralidade da produção científica da psiquiatria e da vinculação desta à tecnologia de intenção farmacológica vinculada a esta clínica.

Seria permeando o social que a lógica econômica neoliberal se apropriaria das formas de estar no mundo, encerrando os sujeitos em quadros classificatórios que criam cisão entre as formas do viver e as formas nomear este viver, homogeneizando as possibilidades discursivas. Assim, “o neoliberalismo nos levou a sofrer de outra forma, procurando retirar de nosso sofrimento psíquico a consciência potencial da violência social” (Safatle, 2020, p. 44). O próprio rompimento da ideia do social, traço marcante da racionalidade neoliberal, colabora para a infusão dessa lógica nos espaços de convivência e cuidado, esvaziando a dimensão política das relações, mesmo dentro de espaços estatais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi direito conquistado por meio da Constituição Federal de 1988 como resposta não só ao até então cerceamento ao cuidado em saúde no Brasil, mas aos entendimentos em torno do sujeito de direito e da relação entre saúde, comunidade e território (Chioro; Scaff, 1999). Nesse sentido, dentro de sua organização, a Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada e eixo organizativo da rede de saúde, estando presente nos municípios a partir de instituições como os Centros de Saúde da Família (CSF), onde entrevistei Roberto. A



presença dos CSF e suas equipes nos territórios é a materialização das políticas públicas de saúde, não só pela constituição física dos consultórios e salas de espera, mas pela ação dos profissionais que atuam dentro e fora desses equipamentos, exercendo ações de territorialização e respondendo (ou não) às demandas locais.

Na ocasião da pesquisa que proporcionou com que eu entrevistasse Roberto na sala de procedimentos do CSF de Viradouro, debruçava-me sobre a alteração do financiamento da APS, instituído ao fim de 2019. Essa alteração, lançada através do Programa Previne Brasil, modificava não só a forma como o financiamento federal para a APS era repassado aos municípios, mas inaugurava modelos de cálculos para repasse baseados no alcance de metas pré-estabelecidas em nível federal. Antes do Previne, o repasse era feito via Piso da Atenção Básica (PAB), em seu caráter fixo, baseado na estimativa populacional dos territórios, e variável, ancorado na implementação de programas pré-estabelecidos pelo governo federal e que atendiam a interesses dos territórios, como o Programa Saúde na Escola e os Consultórios na Rua (Ávila, 2024). Com a inauguração do Previne, os elementos para cálculo se davam em: capitação ponderada, indicadores de desempenho e o incentivo para ações estratégicas. A capitação ponderada baseava-se no número de indivíduos inscritos junto às equipes de saúde da família do CSF, em comparativo ao PAB Fixo, uma medida restritiva. Já os indicadores de desempenho eram decompostos em sete, relativos à saúde da mulher, assistência materno-infantil e doenças crônicas. Entre o incentivo para ações estratégicas, programas vinculados ao que anteriormente era financiado pelo PAB Variável. Cada um desses aspectos contava com burocracia própria, instaurando índices e ranqueamentos entre equipes, centros de saúde e municípios. O Previne Brasil, no campo da saúde pública, foi idealizado como expressão da “visão contemporânea, democrática e liberal da necessidade de reforma do Estado brasileiro” (Harzheim et al., 2020, p. 2), o que o campo demonstrou traduzir-se na neoliberalização do cuidado e no arrocho financeiro do setor saúde.

O estabelecimento dos indicadores de desempenho foi tema central ao longo das entrevistas realizadas entre 2021 e 2023 com profissionais da atenção primária de Sobral, particularmente entre os da enfermagem e medicina, responsáveis não só pelo cuidado, mas pelo registro das ações associadas aos indicadores. Esse registro



viabilizava o cálculo para o financiamento e os erros de registro, ou mesmo a não realização de ações, impactava a nota final recebida pelas equipes e o valor repassado pelo governo federal aos municípios. Assim, enquanto alguns profissionais me falavam sobre como o Previnhe não restringia a ação da APS, apenas direcionava, outros me relatavam o esgotamento físico e mental, a incapacidade de realizar ações fora do atendimento ambulatorial e o constante monitoramento dos públicos vinculados aos indicadores para atingir as metas propostas. Como pensar ações fora dos parâmetros do Previnhe Brasil, se estas não só não pontuavam para o programa, como retiravam do profissional o tempo para atender o público específico dos indicadores? Era esse questionamento que Pâmela, enfermeira, me fazia enquanto a entrevistava nos poucos minutos que ela tinha disponível antes de uma reunião de equipe. Contando que chegava a almoçar no consultório diante da falta de tempo diante da carga de trabalho, denunciava em sua fala a exaustão e a impossibilidade de atuar fora do atendimento ambulatorial.

Luana trabalhava há dois meses como médica em um CSF de Sobral. Recém-formada, contou que atendia entre 12 e 15 pacientes só no turno da manhã. O CSF em que atuava é localizado em um bairro de classe popular, mas que, segundo a fala das agentes de saúde comunitárias do local, também vinha se modificando. Cada vez mais prédios residenciais surgiam, dificultando o acesso aos moradores pelas restrições de circulação mediadas por muros e portarias. Apesar disso, outros setores do bairro carregavam tantos marcadores de vulnerabilidade que a ACS responsável pelo território não levava sequer o celular quando ia fazer visitas domiciliares, por receio de ser assaltada.

Era evidente que Luana tinha consciência das demandas do Previnhe Brasil e do trabalho que precisava ser realizado em função dos indicadores. Contou conseguir alcançar os pacientes diabéticos e/ou hipertensos já na primeira abordagem, independente da queixa inicial do paciente, pois buscava identificar esses fatores por serem de interesse para o indicador do Previnhe. Quando questionei como estava sendo o trabalho, já que a APS não era sua ambição inicial, a profissional respondeu: “tem muito paciente que não é paciente de verdade, às vezes eles têm mais queixas psicológicas do que queixas orgânicas mesmo, mas a gente consegue ajudar muita



gente” (Luana, médica). A fala de Luana me acompanhou durante o restante do campo. Pacientes com queixas de saúde mental não seriam pacientes de verdade? Se sim, essa inverdade seria ancorada no fato de Luana não ser psiquiatra, rotineiramente os cuidadores dessas demandas, ou pelo Previne Brasil não colocar ações de saúde mental entre as ações dos indicadores de desempenho? De todo modo, esses pacientes de mentira se multiplicavam, ainda que nem sempre fossem acolhidos por suas queixas ou que essas queixas fossem reconhecidas e autorizadas à existência dentro dos consultórios da atenção primária.

Rodolfo e Paulo são médicos, com mais de 20 anos atuando na rede de saúde sobralense. Apesar de atuarem em CSF distintos, ambos me relataram o que enxergavam como uma epidemia de adoecimento mental. Rodolfo chegou até mesmo a comparar com epidemias como a de obesidade, a fim de indicar que são questões do nosso tempo, baseadas nos estilos de vida. Paulo contextualizou que a epidemia de adoecimento mental estaria ligada à epidemia de Covid-19. Contou que muitas pessoas não conseguiam se enxergar como pacientes em saúde mental, ainda que apresentassem quadros sintomáticos compatíveis. Eram poliqueixosos, conseguiam identificar as manifestações orgânicas do adoecimento, mas recusavam o tratamento ou diagnóstico relativo à saúde mental. Ao nomear como “poliqueixosos”, Paulo fala de pacientes que buscam repetidamente o serviço de saúde nomeando sintomas que não se verificam nos exames convencionais. Através do exercício de escuta, esses pacientes revelavam o leque de manifestações que, baseadas em critérios diagnósticos formais como os do DSM, indicavam o pertencimento a categoria de pacientes de saúde mental. Entre os casos identificados por Paulo e os pacientes de mentira identificados por Luana, emergem não só a dimensão do acolhimento, mas da curiosidade vinculada ao ato do cuidar. O psiquiatra Françoise Tosquelles, expandindo sua definição de terapeuta para profissionais como enfermeiros, psicanalistas e psiquiatras, afirma, com base na ideia de clínica da curiosidade, que

(...) só podemos experimentar a curiosidade na medida que cuidamos do outro. Se cuido de alguém, então a curiosidade se desperta e produz, ou não, efeitos mais ou menos excitantes ou inibidores. Portanto, existe a cura na cura, que pressupõe o despertar mútuo de um certo número de curiosidades um pelo outro, tanto do terapeuta pelo suposto paciente quanto do paciente pelo



terapeuta, e até mesmo além, pela sua família, enfim, por tudo que concerne à sua vida. (Tosquelles, 2024, p. 182).

Se pudermos expandir a curiosidade para além da clínica psicológica, é ela própria o fundamento da ação do cuidador em saúde, incluso do médico, em relação aos que buscam os serviços e se colocam frente ao saber destes profissionais. Se ao lançar-se diante do saber médico ocorre o esvaziamento dos sentidos da fala e do corpo, ou o encerramento do sujeito em diagnósticos, qual o espaço da escuta viabilizado pela curiosidade em relação ao outro que se dispõe ao olhar médico?

(Im)possibilidades do relatar a si mesmo

Enquanto elaborava o comparativo entre os pacientes de Viradouro e Santa Mônica, Roberto elencava experiências que teve enquanto enfermeiro dentro e fora do CSF. Tentava me explicar que em Santa Mônica as pessoas levavam a vida *de boa*. Como exemplo, contou de um conjunto de prédios residenciais que existem no bairro. Em um conjunto habitacional construído para população de baixa renda, Roberto disse existir de tudo. Chegou a ir algumas vezes ao local para fazer visitas domiciliares a pacientes que não tinham como se locomover até o CSF e me contou sobre o que via. Passou a enumerar que naquele espaço de três prédios existia tráfico de drogas, violências, adolescentes grávidas e prostituição, mas que, caso você passasse pelos corredores e espaços de convivência, notaria que *eles estão sorrindo*. Em Viradouro, contava, as pessoas saíam às 5 h da manhã para trabalhar e às vezes só voltavam às 21h, cansados, a velocidade e os compromissos induziriam ao adoecimento mental. Novamente, Roberto me disse ser uma hipótese, e que eu até poderia discordar, mas que a diferença entre a população dos dois bairros dizia de uma compreensão em torno do valor da vida.

Judith Butler, recuperando Adorno, afirma que “O contexto não é externo ao problema; ele condiciona a forma que o problema vai assumir. Nesse sentido, as questões que caracterizam a investigação moral são formuladas ou estilizadas pelas condições históricas que as suscitam.” (Butler, 2015, p. 16). Dentro da hipótese do relatar a si mesmo, as manifestações desse “eu” seriam atravessadas diretamente



pela experiência social. Partindo dessa perspectiva, compreendo que, relatar a si mesmo dentro dos contextos de cuidado em saúde pública, passa por relatar a casa, a família, a comunidade, as possibilidades políticas e o próprio outro que escuta, ou não, ao relato.

Quando o “eu” busca fazer um relato de si mesmo, pode começar consigo, mas descobrirá que esse “si mesmo” já está implicado numa temporalidade social que excede suas próprias capacidades de narração; na verdade, quando o “eu” busca fazer um relato de si mesmo sem deixar de incluir as condições de seu próprio surgimento, deve, por necessidade, tornar-se um teórico social (Butler, 2015, p. 18).

Considerando a implicação social do relatar a si mesmo, cabe considerar como a própria manifestação oral de sentimentos diz respeito a fenômenos sociais (Mauss, 1979). Ainda que não se tratando de rito fúnebre, como no texto original de Mauss, a manifestação oral do adoecimento na clínica, seja ele alocado na esfera psíquica ou fisiológica, segue protocolo definido, especialmente dentro do setor da saúde pública. Com filas de espera, pouca oferta de profissionais e grandes demandas da população, o tempo dentro do consultório é muitas vezes percebido como a oportunidade de convencimento por parte do paciente para solicitar remédios e exames, assim como provar o merecimento de uma consulta que seja algo além de poucos minutos. Esse comportamento, repassado oralmente entre a população, na qual me incluo, é em si resquício da precarização da oferta em saúde pública no Brasil e da própria criação do SUS, ainda na década de 1990. O arrocho econômico produziu não só a cultura das filas, da necessidade de chegar na madrugada para conseguir senhas de atendimento, como produziu também a ideia de ser necessário provar o adoecimento para ser atendido no setor, o que difere diametralmente do imaginário em torno da saúde privada, onde supõe-se a inexistência de filas e a disponibilidade de médicos e de atenção, adquirida pela troca financeira. No Brasil, destacam autores, “no decorrer do processo de cuidado ao usuário, um papel frágil é conferido ao profissional da atenção básica que identificou a necessidade da consulta especializada, com elevada centralização do poder regulatório” (Farias et al., 2019, p. 198). Assim, ainda que o profissional da atenção primária necessite encaminhar pacientes a setores



especializados da rede, fica sob sua responsabilidade reconhecer a demanda advinda do usuário e da autorização de prosseguimento no cuidado. Contudo, se há uma expressão obrigatória de sentimentos dentro da clínica da saúde pública, há também a limitação do que é autorizado expressar no consultório.

Ouvir o relato de Roberto é pensar não só nesse outro narrado — que, apesar de tudo, estaria sorrindo, um indicativo de saúde mental, no caminho de uma espécie de resiliência — mas também nas possibilidades de narrar a violência e o papel da atenção primária em acolher sofrimentos que não se manifestam através da gramática normativa dos diagnósticos de ansiedade, depressão ou hiperatividade, já banalizados entre as classes médias e seu longo histórico nos consultórios psicoterápicos privados. Diagnósticos estes que se baseiam na função adotada pela própria psiquiatria na produção de patologias com bases de tratamento farmacológicas (Neves et al., 2020, p. 130).

Rodrigues et al. (2018) em pesquisa realizada com profissionais e usuários da atenção primária, demonstram que a abordagem da violência é reconhecida pelos profissionais como um dos papéis da APS. Todavia, essa compreensão não se traduz em ações concretas em relação a essas manifestações nos territórios e nos relatos dos usuários. Uma possível justificativa para tal, segundo as autoras

(...) poderia estar relacionado, por um lado, às limitações da formação dos profissionais ainda impregnados da lógica da produtividade e do modelo biomédico, desviando-se da construção de processos de trabalho pautados no vínculo, acolhimento, interdisciplinaridade, com foco no sujeito e nas necessidades das populações (Rodrigues et al., 2018, p. 62).

Outros indicativos seriam a falta de suporte das gestões em relação à atuação dos profissionais diante das questões da violência, assim como o desconhecimento em relação às redes de proteção disponíveis, destacando a carência na esfera do trabalho intersetorial. Diante do elencado pelos autores, as falas de Roberto retornam ao centro da arena. Apesar de conseguir indicar as violências e as vulnerabilidades, ele destaca o sorriso dos moradores como um indicativo de não afetação. Há algo entre a naturalização da violência e a compreensão da vida *pouquinho* que me faz pensar nos lugares de apagamento para os relatos que escapam à gramática dos



diagnósticos médicos. A experiência impregnada pelo social parece ser extirpada da clínica, sendo revertida apenas em índices de hipertensão, exames de hemoglobina glicada e coletas de preventivos, todos necessários para alcançar os indicadores do Previne Brasil. A legitimação dos pacientes, que os tornaria *de verdade* no consultório de Luana, manifesta-se nos índices autorizados pela própria política de saúde.

A dificuldade dos profissionais da APS em abordar as questões de saúde mental é atravessada diretamente pela incapacidade de expansão da Rede de Atenção Psicossocial como fruto da Reforma Psiquiátrica. Apesar da previsão do acompanhamento em saúde mental ser realizado também na APS, é fato comum delegar o atendimento psicológico e psiquiátrico a equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ou aos psicólogos integrantes das Equipes Multidisciplinares ou das Residências Multiprofissionais. Nos dois casos, dentro do contexto desta pesquisa, era comum nas entrevistas aos psicólogos que atuavam dentro da APS eles afirmarem que suas agendas estavam lotadas para atendimentos individuais, com filas de espera que envolviam não só usuários dos serviços, mas os profissionais de saúde locais. Por outro lado, no espaço em que deveria ser de qualificação e compartilhamento do cuidado, as ações de matriciamento de psicólogos, enfermeiros e psiquiatras dos CAPS, eram recebidas na maioria das vezes como eixo desimportante para a equipe da atenção primária. Fosse pelo desinteresse da gestão em alocar profissionais para os encontros de matriciamento, fosse pelos próprios profissionais alegando não terem tempo para ações fora do contexto ambulatorial, a atenção primária se distanciava cada vez mais de seu papel dentro da rede de atenção psicossocial.

Se no campo da psicologia aumentavam as filas, as demandas em saúde mental direcionadas ao saber psiquiátrico, geralmente através da requisição espontânea de pacientes por psicotrópicos ou por uso crônico destes, surgiam nos consultórios médicos da APS e geravam desde desconforto até sentimento de impotência. Venâncio chegou até Sobral como médico através do Mais Médicos, vindo de um estado do norte do país. Contou receber muitos pacientes no consultório do CSF que já fazem uso de medicação psiquiátrica e que, na medida do possível, tenta manejar, e até mesmo retirar quando acredita ser essa a melhor terapêutica para o caso. Em



um campo de renovação quase compulsória de receitas dado o desconhecimento sobre a temática, Venâncio faz o que pode, ainda que não seja sua especialidade. Verifica a medicação e encaminha para o psicólogo, trajeto comum aos demais colegas de profissão entrevistados. Do outro lado do encaminhamento, psicólogos da rede municipal que acumulam números de pacientes aguardando atendimento e a extrapolção de encaminhamentos para os serviços de faculdades privadas e universidades públicas.

O uso de medicação é o que por vezes legitima o paciente no campo da saúde mental. Uma história tão velha quanto a própria prescrição de psicotrópicos, o que tirou a psiquiatria do lugar menosprezado da medicina. A autoridade legal dos psiquiatras, por serem médicos, na prescrição de psicotrópicos faz com que eles sejam colocados em local privilegiado no campo do cuidado em saúde mental a partir do modelo biomédico (Angell, 2011). Em Viradouro, Roberto contava, os pacientes já chegavam pedindo medicações específicas, nomeando diagnóstico e terapêutica. Ainda que o enfermeiro demonstrasse não concordar com o sofrimento manifestado por eles, relacionados a coisas que ele entendia como simples, como um fim de relacionamento, a gramática do sofrimento mental os fazia falar a mesma língua. Em Santa Mônica, é na fala dos idosos acometidos por questões de saúde mental que Roberto aponta a legitimação do sofrimento. Eles teriam uma história, uma questão no passado, que daria subsídio para aquela condição. Ao contrário de uma pessoa finalizando o trabalho de conclusão de curso o que, para Roberto, é um sofrimento momentâneo. Em nenhuma das situações relatadas pelo enfermeiro a dimensão social atravessa a queixa ou o sofrimento. Se muito, há saúde mental apesar do social. A lógica do indivíduo, privilégio neoliberal, retira o sujeito não só de seu contexto, mas esmaece toda a sobreposição de experiências como o acesso à educação, cultura, saúde, alimentação e segurança. Alteram-se não só as possibilidades de falar de si de modo a tornar o viver inteligível ao outro localizado fora de seu contexto, mas os próprios modos de processar as experiências vividas. Assim, Roberto nos deixa em uma encruzilhada: por um lado, temos a patologização da vida cotidiana diante da exacerbação de diagnósticos prontos, por outro, temos a restrição do reconhecimento



da patologia para um público com marcadores vinculados à classe média urbana em detrimento de populações compreendidas como de baixa renda.

O relato dos profissionais entrevistados, não só de Roberto, omite marcadores na medida em que também os definem. As diferenças de classe surgem nos comparativos ao indicarem que os pacientes trabalham fora de casa, tem curso universitário e acesso a tecnologias na contramão de pacientes que tem adoecimentos diretamente relacionados à moradia precária, envolvimento com situações de violência e uma “vida pouquinho”, geralmente definidos como os moradores dos setores mais *vulneráveis* do território. Todavia, a dimensão da raça segue apagada dos relatos, seja dos médicos, seja dos demais profissionais de saúde. Esse marcador, essencial ao pensar a interseccionalidade não só no acesso à serviços de saúde como a assistência em saúde mental, segue como ponto opaco no rol descritivo dos pacientes que atravessam o serviço de saúde. Assim, seja no campo do reconhecimento do adoecimento, das percepções em torno da causa deste ou do uso de medicação, segue incompleta a possibilidade de análise do público atendido pelos profissionais entrevistados.

Considerações finais

A pequena porção da experiência de pesquisa abordada neste artigo compõe um universo maior de vivência na atenção primária à saúde e as compreensões em torno das manifestações relacionadas à saúde mental que atravessam os consultórios da saúde pública. O tema, inesgotável e passivo de abordagem por diferentes disciplinas, emergiu no campo como incômodo silencioso, mas presente no dia a dia dos serviços. No linguajar freudiano, seria a manifestação do mal-estar impresso pela tentativa de repressão em torno de, um lado as demandas que chegam até o serviço de saúde, do outro lado a sensação de incapacidade que os profissionais manifestam em torno de receber, ou legitimar, essas demandas por parte dos pacientes.

Pensar as classificações de Roberto e as vidas que viabilizam ou não o adoecimento mental ou mesmo as classificações de Luana entre pacientes de verdade e os outros, é visualizar a necessidade urgente de fortalecer não só a rede de atenção psicossocial, mas de incluir a atenção primária neste cenário para além



do profissional psicólogo. A perpetuação da ideia do cuidado em saúde mental vinculado somente a psicólogos e/ou psiquiatras não só inibe a necessária participação de outras categorias nesse cuidado, mas restringe as possibilidades de capacitação de outras especialidades, seja na graduação, seja na formação continuada, para abordagem do tema e do acolhimento dos sujeitos que chegam aos espaços de saúde pública. A criação de programas e políticas que pautam a saúde por meio de indicadores de produtividade, limitando o caráter orçamentário a rendimento, vão na contramão não só da ideia de cuidado integral, mas da compreensão do homem como sujeito social e de pertencimento à família e território, bases do cuidado em atenção primária através do SUS. Se o tema da saúde mental surgiu na pesquisa base para este artigo, foi como sintoma de mal-estar diante da cada vez maior neoliberalização no campo da saúde, seja pela via financeira, seja na própria compreensão de indivíduo, seja paciente ou profissional de saúde.

Referências

- ANGELL, M. 2011. "A epidemia de doença mental". *Revista Piauí*, ed. 59, ago.
- ÁVILA, A. A. 2024. *Austeridade no campo da saúde: a implementação do Programa Previne Brasil*. Tese de Doutorado em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina.
- BUTLER, J. 2015. *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte, Autêntica.
- CHIORO, A.; SCAFF A. 1999. *A implantação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- FARIAS, C. M. L. et al. 2019. "Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde". *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe5, p. 190–204.
- HARZHEIM, E. et al. 2020. "Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família". *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 15(42), p. 1-16, jan./dez.



MAUSS, M. 1979. A expressão obrigatória de sentimentos (1921) *In: Marcel Mauss: antropologia*. Roberto Cardoso de Oliveira (org.) São Paulo: Ática.

NEVES, A. et al. 2020. “A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si”. *In: Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian (orgs.). Belo Horizonte: Autêntica, p. 125-176.

RODRIGUES, E. A. S. et al. 2018. “Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários”. *Saúde em Debate*, 42(4), p. 55-66, dez. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HLjWFM7fqNPWS6c5QvkQtyM/>. Acesso em: 04 maio 2023.

SAFATLE, V. 2020. “A economia é a continuação da psicologia por outros meios? Sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral”. *In: Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. In: SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian (orgs.). Belo Horizonte: Autêntica, p. 17-46.

TOSQUELLES, F. 2024. “Uma política da loucura e outros textos”. In: SANTOS, Anderson (org.). São Paulo: sobinfluenciaedições/Ubu Editora.