

Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização

Quaternary prevention in mental health: drug centred model as a demedicalization tool

Prevención cuaternaria en salud mental: modelo centrado en la droga como herramienta para la desmedicalización

Gabriel Calixto Pulhiez¹ , Armando Henrique Norman² 

¹ Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Saúde Indígena.

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC

Resumo

Este artigo questiona a hegemonia da visão biologicista que predomina no cuidado em saúde mental. Ele fornece uma reflexão crítica e construtiva da abordagem em saúde mental de modo a favorecer um alinhamento com os princípios da medicina de família e comunidade (MFC) e da prevenção quaternária (P4). Essa reflexão crítica está organizada da seguinte forma: (a) breve contextualização da psiquiatria moderna; (b) questionamento sobre a definição de doença mental; (c) diferenças entre o modelo centrado na doença e o modelo centrado na droga na abordagem em saúde mental; e (d) modelo centrado na droga como ferramenta para a prática da prevenção quaternária nos problemas de saúde mental (PSM). Ao questionar as bases conceituais da psiquiatria e problematizar as questões relativas à saúde mental sob a perspectiva da psiquiatria crítica, pode-se instrumentalizar os MFC a desenvolver uma abordagem desmedicalizante, individualizada e contextualizada frente as pessoas em sofrimento mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Medicina de Família e Comunidade; Prevenção Quaternária; Psiquiatria; Medicalização.

Abstract

This article challenges the hegemonic biological understanding that prevails in mental health care. It provides a constructive and critical reflection about mental health approach, which is in line with the principles of family and community medicine (FCM) and quaternary prevention (P4). This critical reflection is organised as follows: (a) a brief contextualisation of modern psychiatry; (b) challenging the definition of mental disease; (c) differences between disease-centred model and drug-centred model in mental health; and (d) drug-centred model as a tool for the practice of quaternary prevention in mental health problems (MHP). By questioning the conceptual bases of psychiatry and problematising MHP under the critical psychiatry perspective, family physicians can be better equipped to develop an individualised, contextualised, and demedicalised approach to individuals with mental distress.

Keywords: Mental Health; Family Practice; Quaternary Prevention; Psychiatry; Medicalization.

Como citar: Pulhiez GC, Norman AH. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2430 [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2430](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2430)

Autor correspondente:

Gabriel Calixto Pulhiez.

E-mail: gabrielcalixto1@hotmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

Externa.

Recebido em: 08/03/2020.

Aprovado em: 07/11/2020.



Resumen

Este artículo cuestiona la comprensión biológica hegemónica que prevalece en la atención de la salud mental. Proporciona una reflexión constructiva y crítica sobre el enfoque de salud mental que está en línea con los principios de la medicina familiar y comunitaria (MFC) y prevención cuaternaria (P4). Esta reflexión crítica se organiza de la siguiente manera: (a) una breve contextualización de la psiquiatría moderna; (b) cuestionamiento de la definición de enfermedad mental; (c) distinción entre el modelo centrado en la enfermedad y el modelo centrado en las drogas en la salud mental; y (d) modelo centrado en las drogas como herramienta para la práctica de la prevención cuaternaria en problemas de salud mental (PSM). Al cuestionar las bases conceptuales de la psiquiatría y problematizar los PSM bajo la perspectiva de la psiquiatría crítica, los médicos de familia pueden estar mejor equipados para desarrollar un enfoque individualizado, contextualizado y desmedicalizado para las personas con sufrimiento mental.

Palabras clave: Salud Mental, Medicina Familiar y Comunitaria; Prevención Cuaternaria; Psiquiatría; Medicalización.

INTRODUÇÃO

A prevenção quaternária (P4), conceito desenvolvido pelos médicos de família e comunidade (MFC), surgiu da necessidade de proteger as pessoas/populações dos excessos do intervencionismo médico e também para oferecer alternativas eticamente aceitáveis ao cuidado dos indivíduos.¹ Nesse sentido, a P4 resgata o juramento hipocrático de que os atos médicos, em primeiro lugar, não devem causar danos. A P4 explicita que as pessoas assintomáticas correm risco à sua saúde pelos excessos de ações preventivas que carecem de suporte e de evidências científicas de alta qualidade. Particularmente, a P4 tem um olhar especial para as pessoas que não se sentem bem ou para aquelas que têm alguma preocupação com sua saúde e que demandam por exames e/ou tratamentos médicos. Esse grupo de indivíduos está mais vulnerável às intervenções desnecessárias pelos profissionais de saúde, entre eles os MFCs. Nesse contexto, se encontram as pessoas com sintomas médicos não explicados pela medicina e aquelas pessoas em sofrimento mental.¹ Particularmente, os quadros clínicos de problemas de saúde mental (PSM) são desafiadores para os profissionais de saúde, necessitando de um arcabouço teórico, filosófico e prático que fortaleça a arte do cuidado nesse campo da assistência em saúde.

Este artigo apresenta o conceito da psiquiatria crítica enquanto ferramenta para operacionalizar a P4 na abordagem dos PSM. Primeiramente, contextualiza de forma sucinta o surgimento da psiquiatria moderna e, posteriormente, revisita o conceito de doença mental no contexto em que ela se desenvolveu. Na sequência, apresenta o modelo centrado na droga como alternativa ao modelo centrado na doença para os cuidados em saúde mental. Por fim, essas visões são integradas à epistemologia da MFC e da P4 para que se fortaleça uma abordagem dos PSM centrada na pessoa.

A psiquiatria moderna

A abordagem da psiquiatria moderna frente aos PSM deriva do encontro histórico entre o modelo explanatório biomédico e o desenvolvimento dos medicamentos psicoativos. A abstração das doenças mentais, criada a partir da mesma lógica das doenças físicas, foi necessária por duas razões: (a) o entendimento, pela psiquiatria, de que os PSM fazem parte do mesmo padrão de alteração biológica da tradição biomédica; e (b) uma melhor compreensão dos mecanismos de ação das drogas que reforçou a hipótese da causação específica dos PSM.^{2,3} Assim, a partir da década de 1950, a indústria farmacêutica passou a comercializar medicamentos psicotrópicos como tratamentos alvo-específicos para essas “doenças”. Portanto, a depender dos sintomas apresentados pela pessoa, passou-se a inferir uma alteração patológica subjacente na bioquímica cerebral, permitindo rotulá-la genericamente como, por exemplo, depressão. É nesse contexto que se publica a primeira versão do DSM-I, em 1952, abrindo espaço para intervenções terapêuticas medicamentosas,

fortalecendo-as como principal via de tratamento.⁴ Surge então o modelo centrado na doença para a abordagem dos PSM pela psiquiatria moderna, prática predominante até os dias de hoje.

A hegemonia do modelo centrado na doença tem influenciado tanto a formação como a prática dos profissionais da atenção primária à saúde (APS). Esse modelo não está posto explicitamente, mas frequentemente sua influência ocorre por dois mecanismos: (a) classificação das drogas de acordo com transtornos mentais principais (e.g., antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, etc.); e (b) formatação dos ensaios clínicos em torno do construto teórico de doenças mentais, deixando de explorar o potencial psicoativo das drogas.⁵ Esse modelo orienta uma prática de prescrição medicamentosa com base no diagnóstico de doenças e suas etiologias. A Figura 1 resume o processo histórico do surgimento da psiquiatria moderna e o conseqüente fortalecimento do modelo centrado na doença. Ela revela um número crescente de pessoas em tratamento medicamentoso para PSM, configurando uma verdadeira epidemia.

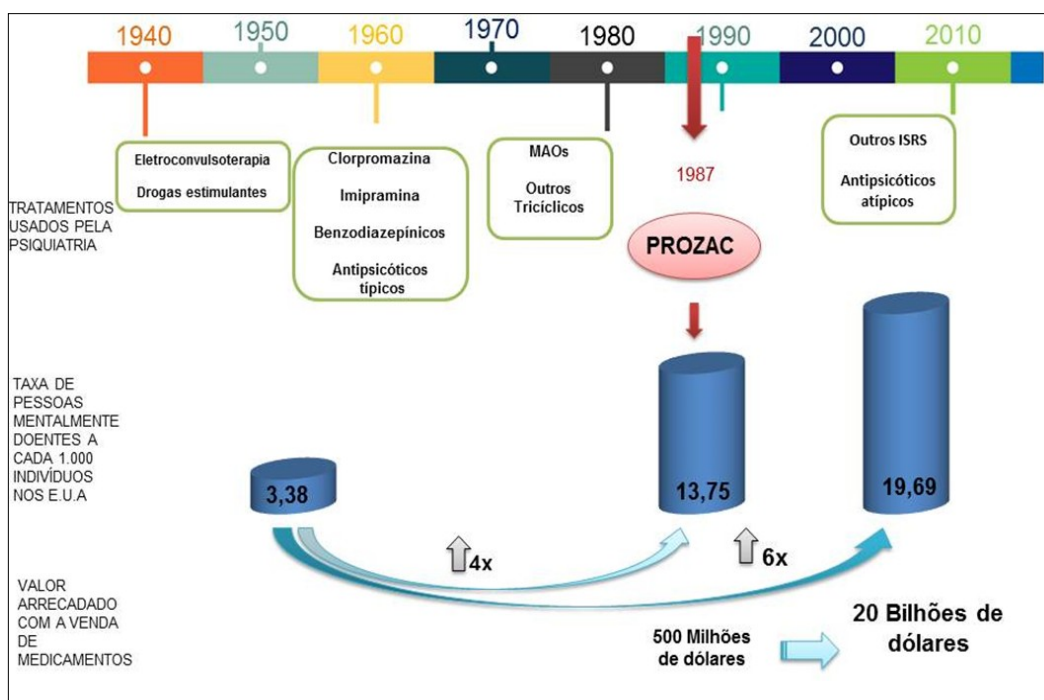


Figura 1. Linha do tempo do lançamento dos principais medicamentos psiquiátricos, lucros da indústria farmacológica e o aumento expressivo de pessoas com “doença mental” nos Estados Unidos.^{3,6}

Uma reflexão sobre a definição de “doença” mental

No período de crescimento da visão psiquiátrica moderna surgem questionamentos sobre a definição de doença mental. Szasz⁷ criticou por muito tempo a existência das doenças mentais; para ele, o termo “doença” refere-se às disfunções do corpo físico. Dessa forma, seria inapropriado empregá-lo para se referir às disfunções do pensamento, das emoções e do comportamento. Além disso, se a mente é algo imaterial, como se pode inferir que ela está doente? Para o autor, a psiquiatria utilizou o modelo explanatório biomédico dos distúrbios do corpo para criar sua teoria de doenças mentais. A partir disso, os estados alterados da mente foram associados a alterações cerebrais. Seguiu-se a mesma lógica de outras doenças que acometiam o cérebro, como a neurosífilis, que produzia alterações comportamentais. Apesar dos esforços médicos para relacionar alterações bioquímicas cerebrais com as “doenças mentais” esta associação não está bem fundamentada na literatura científica.^{2,8}

Para Szasz⁷, os diagnósticos das “doenças” mentais adotados pela psiquiatria são construídos sobre parâmetros de normalidade a partir de bases sociais, éticas e legais. Portanto, a psiquiatria está comprometida com uma referência social do que ela considera como normal ou anormal, geralmente determinada pelas

necessidades socioeconômicas e políticas do momento histórico vigente.⁷ O diagnóstico de drapetomania, criado no final do século XIX, para os escravos norte-americanos que tentassem escapar de um regime opressor e a inclusão da homossexualidade como doença mental até a década de 1970 ilustram este fato.² Portanto, a psiquiatria observa e julga o comportamento das pessoas à luz das relações políticas e socioeconômicas de um determinado período histórico. Para Szasz⁸, doenças mentais seriam criações teóricas sociais para explicar os problemas do comportamento humano inerentes à convivência social e aos “problemas da vida”. A psiquiatria utiliza o “mito” das doenças mentais de forma conveniente para justificar suas intervenções e assim contribui para a manutenção da “ordem” social a que serve. De acordo com Szasz^{7,8}, não caberia, portanto, à medicina nem à psiquiatria o papel de intervir sobre essas “doenças” e/ou PSM.

Dessa discussão sobre a realidade dos problemas mentais desponta o modelo biopsicossocial proposto pelo psiquiatra George Engel⁹. Engel⁹ buscava contornar os dilemas que a psiquiatria enfrentava diante dos questionamentos sobre a natureza dos PSM. Para ele, o modelo biomédico conduz a um reducionismo diagnóstico em saúde mental, também observado na abordagem dos distúrbios físicos, que descontextualiza o adoecimento de cada indivíduo. No modelo biopsicossocial, a medicina deve lidar com os PSM exercendo um olhar ampliado sobre a pessoa e seu contexto psicossocial. Adicionalmente, traz a necessidade de entender o fenômeno de adoecimento e sofrimento a partir da perspectiva dos indivíduos. Essa seria uma forma de lidar com o reducionismo biologicista e não afastar o médico da posição que pode ocupar diante do sofrimento humano, seja a de educar ou proporcionar alternativas para melhor qualidade de vida e paz de espírito da pessoa.

Para Engel¹⁰, caberia ao clínico identificar pacientes que estão bem e os que estão em sofrimento, e assim propor um tratamento racional aos que necessitam. As reflexões levantadas por Szasz^{7,8} e por Engel^{9,10} são de importância fundamental, pois fazem percurso contrário ao da psiquiatria convencional ao questionarem a veracidade da teoria biológica dos transtornos mentais e a sua relação com alterações da bioquímica cerebral.

Para boa parte da psiquiatria esse debate é uma questão semântica e reflete uma distinção muito categórica (excludente). Todavia, esse debate expõe as consequências de se construir os PSM em torno de um arcabouço biologicista, que inclui: (a) predomínio de uma visão positivista em saúde mental; (b) psiquiatria como construto de controle social institucional; (c) formatação do papel de doente que favorece a passividade, dificulta mudanças e gera frustrações quanto ao resultado do tratamento; e (d) impedimento para desenvolver outras abordagens em saúde mental.²

Modelo centrado na doença *versus* Modelo centrado na droga

No final dos anos 1990 surge o movimento da psiquiatria crítica, que tem como objetivo discutir os PSM sob um prisma diferente daquele utilizado pela psiquiatria convencional.¹¹ Um dos temas tratados é a inadequação do modelo biomédico, que reduz o sofrimento humano em termos de alterações cerebrais fisiopatológicas.⁵ Por exemplo, a depressão é “corrigida” ao se equilibrar os níveis de serotonina no cérebro, assim como no hipotireoidismo se corrigem os distúrbios metabólicos por meio da administração de levotiroxina.¹² Entretanto, os diagnósticos são construídos a partir de classificações que englobam somente conjuntos de sintomas e não por meio da dosagem das monoaminas cerebrais. O modelo biomédico favorece exclusivamente a visão de que os medicamentos são praticamente a única alternativa para se “corrigir” uma suposta alteração cerebral. A psiquiatria crítica denomina esta forma de abordagem de “modelo centrado na doença”, uma vez que os medicamentos são empregados como tratamentos específicos para as “doenças” mentais.^{2,5,11} Assim, o tratamento da depressão se faz com antidepressivos, o da ansiedade utiliza ansiolíticos e para a esquizofrenia medica-se com antipsicóticos.

Na literatura existem evidências de que os psicotrópicos atuam de forma a reprogramar o funcionamento cerebral normal, provocando maior vulnerabilidade a novos surtos com o uso prolongado das medicações.^{3,6,12} Esse mecanismo está implicado na cronificação das “doenças” e na manutenção indefinida das drogas psiquiátricas. A psiquiatria e a indústria farmacêutica propalam a ideia de que esse “tratamento” é necessário para estabilizar os distúrbios mentais. Contudo, os próprios medicamentos, ao alterarem a bioquímica cerebral, provocam um complexo mecanismo de deterioração dos PSM. Por exemplo, a mania induzida por antidepressivos não seria um efeito reversível e temporário, mas uma progressão da doença causada pelo medicamento, abrindo potenciais para um novo diagnóstico, o transtorno bipolar.^{6,13} A Figura 2 ilustra o ciclo de retroalimentação das patologias em saúde mental, criado pela própria intervenção terapêutica com drogas.

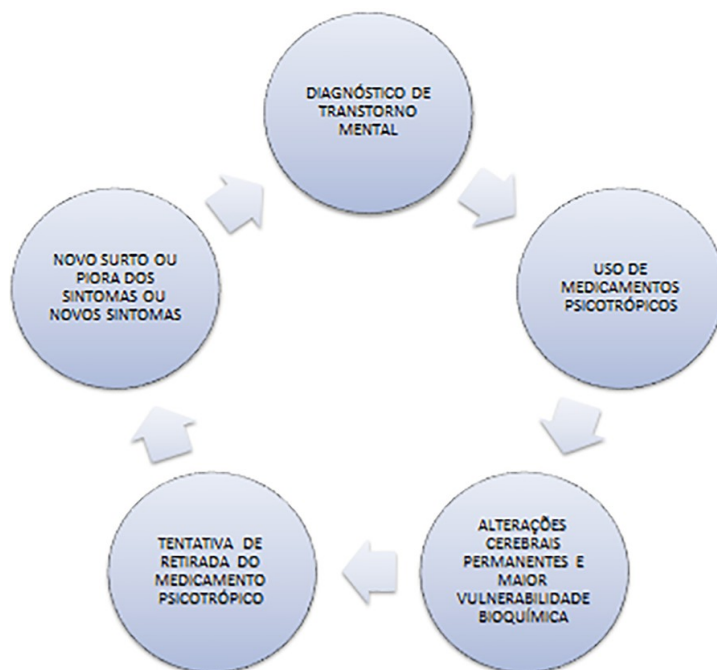


Figura 2. Ciclo de retroalimentação das patologias em saúde mental, guiado pelo modelo centrado na doença.

O modelo centrado na doença e o tratamento pela via medicamentosa carregam vários potenciais interpretativos: (1) o paciente pode pensar que tem uma disfunção cerebral; (2) excluir outros modelos explanatórios;¹⁴ (3) induzir a uma passividade, visto que trata-se de “causa orgânica”; (4) benefícios advindos do papel de doente, que requer apoio emocional, material e financeiro; (5) reforço do quadro de saúde mental, tanto por profissionais como pela família/pessoas ao redor do paciente.² Esses fatores tendem a contribuir para a cronicidade dos quadros de sofrimento mental.

A inadequação de se aplicar o modelo centrado na doença na APS decorre da orientação biologicista implícita no entendimento do sofrimento humano. As bases filosóficas da MFC propõem um olhar contextualizado dos problemas de saúde e criticam as abstrações psiquiátricas.¹⁵ O entendimento é de que classificações diagnósticas mascaram a expressividade do sofrimento e suas bases psicológicas, sociais, espirituais e culturais, podendo inviabilizar a expressão das inúmeras possibilidades do ser.¹⁶ Ao se problematizar essa perspectiva com o paciente e sua família, abre-se a possibilidade de uma nova abordagem, isto é, uma ferramenta de mudança na representação social dos PSM.¹⁷ Isso pode produzir um impacto positivo no cuidado ao indivíduo, que tende a se beneficiar de novas estratégias propostas para seu tratamento.

A psiquiatria crítica propõe outra abordagem para utilização dos medicamentos psicotrópicos, quando necessários, denominada “modelo centrado na droga”.^{5,12} Nesse modelo, os medicamentos são vistos como produtores de efeitos globais sobre o funcionamento do indivíduo, não havendo distinção entre efeito terapêutico e colateral.¹² As drogas exercem seus efeitos sobre emoções, comportamentos e pensamentos de formas particulares, dependendo de seu caráter psicoativo. Seu protótipo é a utilização das bebidas alcoólicas para redução da fobia social.¹² Assim, antipsicóticos melhoram os sintomas de psicose devido à sua capacidade de produzir estados mentais mais lentos e restringir emoções. Similarmente, ansiolíticos aliviam sintomas de ansiedade devido à sua ação sedativa e relaxante, independentemente de qualquer desordem psiquiátrica.^{2,5,12} Os benefícios alcançados por meio dessas alterações ao padrão natural do funcionamento mental do indivíduo são vistos em interações sociais mais harmoniosas e conseqüente melhoria do sofrimento. A Tabela 1 resume as diferenças entre o modelo centrado na droga e o modelo centrado na doença.

A abordagem/prática “centrada na droga” coloca o médico como aconselhador sobre os efeitos dos medicamentos psicotrópicos, podendo indicá-los de acordo com as expectativas de melhora da pessoa. Esse aconselhamento deve incluir, além dos efeitos esperados para cada medicação, informações sobre problemas metodológicos dos ensaios clínicos existentes e a falta de evidência sobre ações curativas dos psicotrópicos.^{11,5} O mito de que antidepressivos curam um desequilíbrio químico na depressão, por exemplo, é algo a ser compartilhado com quem busca por antidepressivos como solução para seus problemas de vida.¹³ Para Moncrieff e Cohen (2006)¹² o termo “antidepressivo” deve ser abandonado “*em favor do mecanismo de ação [global] dos fármacos, isto é, de um modelo centrado na droga que seja consistente com uma abordagem desmedicalizante da depressão.*” (p. 964).

Tabela 1. Modelo centrado na doença versus modelo centrado na droga.¹²

Modelo centrado na doença	Modelo centrado na droga
Drogas corrigem um estado cerebral anormal	Drogas criam um estado cerebral anormal
Os efeitos terapêuticos são derivados de um presumível estado patológico	Os efeitos terapêuticos são coincidentes e dependem do contexto social
Efeitos diferem entre pacientes e voluntários	Efeitos não diferem entre pacientes e voluntários
Paradigma: insulina para diabetes	Paradigma: álcool para fobia social

Modelo centrado na droga e a prevenção quaternária

As contribuições de Szasz^{7,8} são relevantes por trazerem a compreensão de que os PSM são na realidade “reações humanas contextualizadas” e não “doenças físicas”.² Para Szasz^{7,8} a doença mental é melhor compreendida como um comportamento social desviante e não como uma alteração cerebral intrínseca à pessoa. Portanto, os PSM seriam o protótipo do contexto clínico que inspirou a P4, uma vez que os pacientes estão em sofrimento, mas não têm doença (“*illness*” sem “*disease*”).

O modelo centrado na droga não se fundamenta na teoria da doença, ou seja, é uma abordagem não-diagnóstica.⁵ Porém, reconhece que as drogas exercem seus efeitos por meio de propriedades psicoativas ao produzirem alterações comportamentais, emocionais e cognitivas em indivíduos normais. Os psicofármacos modificam as muitas expressões dos PSM, independentemente de diagnóstico ou etiologia.

O foco do modelo centrado na droga está na ponderação judiciosa da utilidade dos fármacos psicoativos.

Esta abordagem explicita potenciais danos dos psicofármacos, visto que não parte do princípio de correção de uma patologia de base. Isso tende a desmistificar a noção implícita de que drogas psicoativas são benéficas, pois essa abordagem se distancia da analogia com o tratamento de patologias.^{5,12}

O modelo centrado na droga confere proeminência à experiência do indivíduo com o espectro total dos medicamentos psicoativos, visto que estes atuam modificando o funcionamento cerebral normal. Portanto, o potencial global das drogas guia a prescrição, em vez de suposições dos médicos a respeito da etiologia subjacente aos PSM. O modelo centrado na droga explora a relação dano/benefício das terapias medicamentosas, sem “reificá-las” como parte essencial do cuidado em saúde mental. Ou seja, esse modelo deveria estimular uma abordagem mais cética sobre as medicações, bem como maior rigor nas evidências médicas sobre os benefícios de tais medicamentos.^{18,19}

O cuidado em saúde mental se desloca do controle da “doença” e/ou redução de sintomas para a pactuação de objetivos terapêuticos com o paciente. Ou seja, inibe a estigmatização dos indivíduos com PSM, visto que os diagnósticos da psiquiatria convencional perdem relevância.¹⁷ Nesse modelo, o MFC teria a seguinte função: (a) informar ao paciente o espectro global de efeitos das drogas, tanto físicos como psicoativos; (b) explorar com o paciente o potencial impacto e as limitações do tratamento medicamentoso; (c) considerar abordagens alternativas,¹⁴ não medicamentosas; e (d) acompanhar de perto os efeitos e resultados das drogas psicoativas na vivência do paciente (rede de segurança).⁵

A Tabela 2 traz os componentes da prática centrada na droga e os contrapõe à prática centrada na doença.

As classificações e o diagnóstico como norteador do cuidado não favorecem o processo evolutivo do ser humano frente às suas dificuldades. Ao tirar o foco principal da doença e dos diagnósticos classificatórios, os esforços das equipes de saúde da APS podem se deslocar para o cuidado humanizado das pessoas em sofrimento mental. Isso inclui vincular-se positivamente com a pessoa e sua família. A relação com o profissional de saúde durante os encontros terapêuticos, independentemente do método utilizado, é fator crucial para se alcançar os benefícios psicoterapêuticos. Da mesma forma, relações com amigos, familiares e aquelas surgidas em espaços comunitários de interação social podem ser fonte de suporte emocional, estímulo ao autoconhecimento e incentivo para realizações pessoais.

A atuação do médico de família e comunidade na APS tem como base o vínculo estabelecido com as pessoas e converge com as premissas da psiquiatria crítica e ideias trazidas por Engel.^{9,10} O modelo biopsicossocial serviu para resgatar o ser humano de uma abordagem reducionista do modelo biomédico diante dos processos de adoecimento. Isso implica em um olhar sistêmico direcionado à pessoa com PSM que inclui seus pensamentos, emoções/sentimentos, fala e comportamento diante do seu contexto social, cultural, religioso e histórico. Ações humanas têm intencionalidade e estão carregadas de significados que deveriam ser discernidos a partir destes referenciais.²

Isso está em sintonia com a MFC que almeja a abordagem holística facilitada pelo método clínico centrado na pessoa (MCCP).²⁰ Em relação aos PSM, há uma tendência dos clínicos da APS de manterem a prática médica centrada na doença. Entre os fatores que contribuem para isso estão: (a) restrição histórica da discussão do modelo atual de abordagem em saúde mental na formação médica, inclusive dentro da própria psiquiatria; (b) surgimento de medicamentos como tratamento específico dos PSM; (c) marketing da indústria farmacêutica na venda de medicamentos psicotrópicos; (d) promoção e expansão do olhar positivista sobre os problemas, que chega até as pessoas da comunidade (medicalização cultural e social); e (e) uso de classificações normativas como CID-10 e DSM para definição diagnóstica.^{2,5}

Tabela 2. Comparação entre a prática centrada na droga e a prática centrada na doença.⁵

Prática centrada na droga	Prática centrada na doença
Requer bom conhecimento de psicofarmacologia.	Requer bom conhecimento de psicofarmacologia.
Drogas são vistas como produtoras de efeitos globais mediados por diversos sistemas corporais	Efeitos terapêuticos e efeitos colaterais são vistos separadamente.
Alterações no funcionamento mental e comportamental produzidas pelas drogas são reconhecidas como potencialmente úteis.	Alterações do funcionamento mental e comportamental (como sedação e embotamento emocional) são tidas como incidentais e indesejadas.
A priori, as drogas são danosas e deveriam ser evitadas, se possível.	A priori, as drogas são benéficas para a correção de uma anormalidade subjacente.
A utilização das drogas se fundamenta na experiência dos pacientes em relação aos efeitos induzidos por drogas e depende da situação individual de cada paciente.	A utilização das drogas se fundamenta principalmente em hipóteses sobre mecanismos subjacentes que produzem doença ou sintoma.
Tratamento medicamentoso é uma entre as diversas opções terapêuticas.	Medicamentos são usados como ferramenta principal para corrigir o processo de adoecimento.
“Recaídas” são vistas como experiências de aprendizado.	“Recaídas” são consideradas como falha no tratamento.
Paciente e médico realizam juntos o processo de decisão compartilhada informada.	O paciente recebe aconselhamento do profissional e segue as recomendações para a sua condição.
O paciente avalia resultados baseado nos seus objetivos pessoais.	O médico avalia os resultados baseado nos sinais e sintomas.
Adesão ao tratamento é opcional.	Adesão ao tratamento é estimulada.

McWhinney e Freeman²¹ e Neighbour²², buscam explorar o potencial da relação médico-paciente e resgatam a hermenêutica como alternativa ao modelo positivista na elucidação dos problemas de saúde. Os autores consideram os dois processos igualmente relevantes, mas distintos em seus objetivos. O método científico se apoia em experimentos e nos cinco sentidos para avaliar e validar suas hipóteses. A hermenêutica, ao contrário, se apoia na fenomenologia e na interpretação de aspectos subjetivos da experiência humana. McWhinney e Freeman²¹ assim a descrevem:

“A investigação hermenêutica é intersubjetiva [...] nenhuma das partes fica intocada pelo processo. Nesse caso, a pessoa poderá adquirir um nível mais profundo de autoconhecimento, bem como a resolução de sua crise existencial; o médico também poderá aprender algo acerca da condição humana, e talvez até a respeito de si mesmo.” (p. 92)

Em relação aos PSM, a aplicação do método científico é claramente limitada em suas proposições. A psiquiatria crítica propõe, assim como os pensadores da MFC, a hermenêutica como ferramenta útil para entendimento do sofrimento humano e para construção de uma vinculação terapêutica.² Nesse sentido, o MFC tem embasamento para superar a rígida lógica positivista que permeia o cuidado em saúde mental e expandir sua atuação enquanto agente de cuidado para além da prescrição de drogas psiquiátricas.

Existem limitações para a aplicação prática do modelo centrado na droga na APS, tais como aquelas relacionadas a questões de âmbito legal, social e trabalhista (e.g., seguro social). Entretanto, a principal barreira está no olhar e no entendimento preponderante sobre o sofrimento humano. Tanto profissionais de saúde, quanto a população, têm uma compreensão sobre os PSM pautada pelo olhar biomédico. Conseqüentemente, há uma forte resistência em entender esses quadros para além dos diagnósticos e da medicalização. Por isso, é necessária uma reflexão sobre a semântica do termo “doença”, assim como a origem das classificações e dos medicamentos. Outras dificuldades para aplicação do modelo, relacionadas à estrutura e organização da APS, são: (a) a grande demanda em saúde mental; (b) pacientes

em uso crônico e/ou dependência dos medicamentos; (c) restrição de tempo para consultas devido à pressão assistencial; (d) escassez de pesquisas utilizando abordagens críticas na APS; e (e) dificuldade de implementação de uma classificação de PSM adequada à APS.²³

CONCLUSÃO

Os problemas de saúde mental demonstram que a P4 necessita de um olhar para além do paradigma da medicina baseada em evidência (MBE), ao contrário do que sugerem alguns autores.^{18,19} A prevenção quaternária requer uma reflexão científica sobre as bases conceituais e históricas da psiquiatria que favoreça a desmedicalização do cuidado em saúde mental, em consonância com os princípios da MFC. A proposta de utilizar uma lógica não-classificatória para o enfrentamento dos PSM favorece esse processo. Ela se fundamenta em uma abordagem fenomenológica (modelo explanatório semiológico) diante dos sintomas e da realidade única de cada pessoa com PSM.¹⁷ Dessa forma, pretende-se evitar os danos iatrogênicos decorrentes da rotulação, que tem o potencial tanto de estigmatizar como hipermedicalizar o cuidado em saúde mental.^{23,24}

Para a MFC, que visa a compreensão integral do adoecimento, a superação desse modelo tradicional e centrado no diagnóstico de doenças é fundamental. O modelo centrado na droga, proposto pela psiquiatria crítica, favorece que os MFCs adotem uma prática centrada na pessoa e no contexto da comunidade, em sintonia com o ideal da prevenção quaternária.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Josane Araújo Norman pela revisão gramatical do texto.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Autoria e colaboração

As contribuições das fases de autoria foram: busca de referências, leitura e interpretação dos artigos, elaboração e revisão do texto por Norman AH.

Busca de referências, leitura e interpretação dos artigos e elaboração do texto por Pulhiez GC.

REFERÊNCIAS

1. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *Br J Gen Pract.* 2019 Jan;69(678):28-9. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700517>
2. Middleton H, Moncrieff J. Critical psychiatry: a brief overview. *BJPsych Adv.* 2019 Jan;25(1):47-54. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.38>
3. Whitaker R. Anatomy of an epidemic: psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. *Ethical Hum Psychol Psychiatry.* 2005;7(1):23-35.
4. Martinhago F, Caponi S. Breve história das classificações em psiquiatria. *R Inter Interdisc INTERthesis.* 2019 Fev;16(1):73-90. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>

5. Yeomans D, Moncrieff J, Huws R. Drug-centred psychopharmacology: a non-diagnostic framework for drug treatment. *BJPsych Adv*. 2015 Jul;21(4):229-36. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013094>
6. Moncrieff J. The creation of the concept of an antidepressant: an historical analysis. *Soc Sci Med*. 2008 Jun;66(11):2346-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.047>
7. Szasz TS. The myth of mental illness. *Am Psychologist*. 1960;15:113-8.
8. Szasz TS. Mental disorders are not diseases. *USA Today Magazine* ; 2000; Jan;30-31.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
10. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
11. Double DB. Twenty years of the critical psychiatry network. *Br J Psychiatry*. 2019 Jan;214(2):61-2. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.181>
12. Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? *PLoS Med*. 2006 Jun;3(7):e240. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030240>.
13. Moncrieff J. Against the stream: antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. *BJPsych Bull*. 2018 Jan;42(1):42-4. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.11>
14. Norman AH, Tesser CD. Following McWhinney's footsteps: from family medicine to traditional and complementary medicine. *Interface Commun Heal Educ*. 2019;23:e190036. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190036>
15. McWhinney IR. Family medicine as a science. *J Fam Pract*. 1978 Jul;7(1):53-8.
16. Machado AL. Espaços de representação da loucura: religião e psiquiatria. Campinas (SP): Papirus; 2001.
17. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 Jun;10(35):1. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)
18. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract*. 2019 Dec;69(689):614-5. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706913>
19. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):106-11. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>
20. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
21. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
22. Neighbour R. *The inner physician: why and how to practise "big picture medicine."* London, UK: Royal College of General Practitioners; 2016.
23. Klinkman M, Dowrick C, Fortes S. Mental health classification in primary care. *Ment Health Fam Med*. 2013;10(4):211-21.
24. Lobo AO, Bernstein J. Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 Jun;10(35):1-9. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055)