REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/2hs51x64
Pages: 1-30

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DO SUS SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO E AS MODALIDADES DE CUIDADO

MEDICALIZATION OF LIFE: PERCEPTIONS OF SUS USERS ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND CARE MODALITIES

MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA: PERCEPCIONES DE USUARIOS DEL SUS SOBRE EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y LAS MODALIDADES DE CUIDADO

Jacielly Batista Patriota
Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, UNIFIP Centro Universitário de Patos, Brasil
E-mail: patriotajacielly@gmail.com

Samuel Gualberto dos Santos
Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS), Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: sgualberto41@gmail.com

Délis Sousa Benevides
Docente de Psicologia, UNIFIP Centro Universitário de Patos e Faculdade Sucesso, Brasil
E-mail: delisacademico@gmail.com

Hélio Luiz de Souza Costa
Psicólogo, Mestrando em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Brasil
E-mail: helio.costa.psi@gmail.com

Leonardo Farias de Arruda
Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS), Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: nado.lfa@gmail.com

Resumo

A medicalização da vida suscita discussões sobre a centralidade dos psicofármacos e as possibilidades de cuidado psicossocial em saúde mental. Objetivou-se analisar as percepções de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre sofrimento psíquico, melhora emocional e modalidades de cuidado. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com dez usuários do SUS de Patos, Paraíba, cujas respostas a questionário online com perguntas abertas foram analisadas por Classificação Hierárquica Descendente e análise de similitude no IRaMuTeQ. Emergiram três classes lexicais: percepções sobre o sofrimento emocional (30%), tratamento medicamentoso e manejo dos sintomas (37,5%) e redes de apoio e estratégias psicossociais (32,5%). O sofrimento foi reconhecido por suas consequências na rotina, no trabalho e nas relações; o medicamento, associado ao alívio rápido; a recuperação, ao tempo, à psicoterapia e ao apoio de familiares e amigos. Falta de informação, custo e preconceito foram apontados como obstáculos ao cuidado. Sugere-se, como hipótese exploratória apoiada sobretudo no relato de um participante, que o tempo seja o eixo da relação com a medicalização (medicalização do tempo), de modo que a crítica recairia menos sobre o medicamento ou o diagnóstico do que sobre a

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.24
DOI: 10.66104/2hs51x64
Pages: 1-30

substituição do tempo de elaboração e recuperação pelo tempo do alívio. Os achados descrevem percepções e não permitem inferir a prática dos serviços.
Palavras-chave: Medicalização; saúde mental; psicofármaco; patologização.

Abstract

The medicalization of life raises debates about the centrality of psychotropic drugs and the possibilities of psychosocial care in mental health. This study aimed to analyze the perceptions of users of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) regarding psychological distress, emotional improvement, and care modalities. It is a qualitative, exploratory, and descriptive study with ten SUS users in Patos, Paraíba, Brazil, whose answers to an online open-ended questionnaire were analyzed using Descending Hierarchical Classification and similarity analysis in IRaMuTeQ. Three lexical classes emerged: perceptions of emotional distress (30%), drug treatment and symptom management (37.5%), and support networks and psychosocial strategies (32.5%). Distress was recognized through its consequences for routine, work, and relationships; medication was associated with rapid relief; and recovery, with time, psychotherapy, and the support of family and friends. Lack of information, cost, and prejudice were identified as obstacles to care. It is suggested, as an exploratory hypothesis supported mainly by one participant's account, that time may be the axis of the relationship with medicalization (medicalization of time), such that criticism would fall less on medication or diagnosis than on the replacement of the time of elaboration and recovery by the time of relief. The findings describe perceptions and do not allow inferences about service practices.
Keywords: Medicalization; mental health; psychotropic drug; pathologization.

Resumen

La medicalización de la vida suscita debates sobre la centralidad de los psicofármacos y las posibilidades de cuidado psicosocial en salud mental. El objetivo fue analizar las percepciones de usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil sobre el sufrimiento psíquico, la mejoría emocional y las modalidades de cuidado. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, con diez usuarios del SUS de Patos, Paraíba, cuyas respuestas a un cuestionario en línea con preguntas abiertas se analizaron con la Clasificación Jerárquica Descendente y el análisis de similitud en IRaMuTeQ. Surgieron tres clases léxicas: percepciones sobre el sufrimiento emocional (30%), tratamiento farmacológico y manejo de los síntomas (37,5%) y redes de apoyo y estrategias psicosociales (32,5%). El sufrimiento fue reconocido por sus consecuencias en la rutina, el trabajo y las relaciones; el medicamento se asoció al alivio rápido; la recuperación, al tiempo, a la psicoterapia y al apoyo de familiares y amigos. La falta de información, el costo y el prejuicio fueron señalados como obstáculos para el cuidado. Se sugiere, como hipótesis exploratoria apoyada sobre todo en el relato de un participante, que el tiempo sea el eje de la relación con la medicalización (medicalización del tiempo), de modo que la crítica recaería menos en el medicamento o el diagnóstico que en la sustitución del tiempo de elaboración y recuperación por el tiempo del alivio. Los hallazgos describen percepciones y no permiten inferir la práctica de los servicios.
Palabras clave: Medicalización; salud mental; psicofármaco; patologización.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

1. Introdução

A política de saúde mental no Brasil é orientada pela lógica da proteção de direitos e da superação do modelo asilar, conforme estabelecido na Lei nº 10.216/2001. Esse diploma consolida a Reforma Psiquiátrica brasileira ao afirmar que a pessoa com transtorno mental deve ser tratada com respeito à dignidade, à autonomia e à liberdade, assegurando-lhe o direito de receber cuidado “com a utilização dos meios menos invasivos possíveis” (Brasil, 2001). Tal diretriz insere no campo jurídico o princípio da intervenção mínima, segundo o qual o tratamento deve priorizar estratégias que produzam menor restrição de direitos e menor impacto sobre a integridade física e psíquica do indivíduo. Seu fundamento ético e constitucional está na centralidade da dignidade da pessoa humana e na proporcionalidade das intervenções estatais em saúde (Liégeois, 2023; Martinho et al., 2022), e se expressa na excepcionalidade das medidas mais restritivas: a internação somente é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes (Brasil, 2001).

Nesse contexto, abordagens psicossociais e comunitárias, como a psicoterapia e o acompanhamento territorial, tendem a ser privilegiadas frente a intervenções de maior impacto biológico ou institucional, como o uso indiscriminado de psicotrópicos ou a hospitalização prolongada (Marchionatti et al., 2023; OMS, 2021). O critério normativo, porém, não é a exclusão da terapêutica medicamentosa, mas sua utilização de forma necessária, adequada e proporcional ao caso concreto (Brasil, 2001; Martinho et al., 2022).

A prioridade conferida às intervenções menos invasivas não representa, assim, uma hierarquização rígida entre modalidades terapêuticas, mas um parâmetro que orienta a escolha do tratamento mais adequado, com o menor grau de intervenção necessário para a promoção da saúde e da reinserção social, a partir de avaliação clínica individualizada e do respeito à autonomia do sujeito (Brasil, 2001; Oliveira et al., 2024). Essa lógica dialoga com o debate crítico sobre a medicalização da vida, ao reconhecer que nem todo sofrimento psíquico demanda resposta farmacológica imediata (Casas Martínez, 2023).

Não obstante, estudos realizados em diferentes contextos assistenciais brasileiros têm identificado práticas de cuidado em saúde mental marcadas pela centralidade da prescrição de psicofármacos e por limitações na incorporação de abordagens psicossociais (Pupo et al., 2020; Molck et al., 2021; Santos et al., 2023). Investigações recentes também apontam dificuldades relacionadas à formação

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

profissional, à disponibilidade de tempo e à articulação entre equipes, que podem restringir o repertório de intervenções não farmacológicas (Rovare et al., 2026). Essa configuração também se manifesta em indicadores sobre a oferta e a utilização de tratamentos. Em um inquérito com 1.630 usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de quatro municípios brasileiros, a maioria dos participantes que informaram o momento da prescrição relatou ter recebido medicamentos já no primeiro atendimento. Em Fortaleza (CE), 90,8% informaram ter recebido prescrição medicamentosa no CAPS, enquanto 53,2% relataram a oferta de outra modalidade terapêutica (Colaço & Onocko-Campos, 2022). De modo complementar, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicaram que, entre adultos com diagnóstico referido de depressão, 48,0% haviam utilizado medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, enquanto 18,9% faziam psicoterapia (IBGE, 2020).

Embora provenientes de diferentes populações e contextos assistenciais, esses achados suscitam uma discussão que ultrapassa a frequência de utilização dos psicofármacos. A centralidade do tratamento medicamentoso pode estar relacionada não apenas às necessidades clínicas dos usuários, mas também às condições institucionais que delimitam as alternativas terapêuticas efetivamente disponíveis. Nessa perspectiva, a oferta de cuidados pode influenciar tanto as possibilidades de escolha quanto as formas pelas quais o sofrimento psíquico é reconhecido e abordado nos serviços de saúde. Isso não significa que a prescrição de medicamentos constitua, por si só, uma prática medicalizante, tampouco que sua utilização seja clinicamente inadequada. A questão reside nas circunstâncias em que a resposta farmacológica assume uma posição predominante, potencialmente restringindo a consideração das dimensões subjetivas e sociais do sofrimento e de outras possibilidades de cuidado.

Na literatura nacional, tal cenário tem sido analisado pela ótica da medicalização da vida (Santos et al., 2023; Soares et al., 2024). Conrad (2007) define esse fenômeno como o processo pelo qual problemas anteriormente não considerados médicos passam a ser definidos e tratados como condições médicas, geralmente em termos de doenças ou transtornos. Em obra anterior, Conrad e Schneider (1980) analisaram como comportamentos socialmente considerados desviantes passaram a ser reinterpretados como condições patológicas, deslocando-se da esfera moral para a biomédica. Esse processo também se estende às experiências cotidianas, quando situações de sofrimento e dificuldades relacionadas aos contextos familiares, escolares e laborais passam a ser compreendidas

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

predominantemente por categorias diagnósticas e psicopatológicas (Conrad & Waggoner, 2014; Casas Martínez, 2023). À medida que categorias médicas passam a definir o que se considera normal ou patológico, elas também influenciam as respostas consideradas adequadas diante do sofrimento (Monteiro-Garcia et al., 2024).

No campo da saúde mental, o processo torna-se particularmente sensível quando as fronteiras entre sofrimento comum e transtorno clínico são ampliadas, como nos debates sobre diagnóstico, patologização do luto e transformação de mal-estares sociais em demandas terapêuticas individualizadas (Degrave & Silva, 2025; Eisma, 2023; Gurley-Green et al., 2025). Quando essa interpretação predomina no cuidado, pode restringir a participação dos usuários nas decisões sobre o tratamento (Azevedo, 2025) e reduzir o espaço para considerar os apoios que mobilizam na família e na comunidade (Santos et al., 2023).

A priorização do medicamento relaciona-se ainda à cultura contemporânea de automedicalização e hipermedicalização, que privilegia respostas rápidas, padronizadas e de efeito imediato para experiências subjetivas de sofrimento (Marchionatti et al., 2023; Santos et al., 2023). Nesse contexto, o recurso aos psicotrópicos passa a ser percebido como solução mais acessível e eficaz, reforçado por discursos biomédicos e pela lógica produtivista que valoriza a supressão sintomática em curto prazo (Oliveira et al., 2024). Assim, embora a Lei nº 10.216/2001 estabeleça a prioridade dos meios menos invasivos possíveis, práticas sociais e culturais tensionam essa orientação, direcionando a busca por soluções medicalizantes em detrimento de terapêuticas que demandam maior tempo, elaboração subjetiva e implicação do sujeito no cuidado.

Estudos qualitativos brasileiros também têm investigado como os usuários compreendem o sofrimento psíquico e atribuem significados às experiências de tratamento, particularmente ao uso de psicofármacos (Pereira et al., 2021; Fernandes et al., 2024; Líbio et al., 2021). Essas investigações evidenciam que o reconhecimento dos benefícios da medicação pode coexistir com a valorização de outras estratégias de cuidado. Em estudo com usuários diagnosticados com depressão e acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Figueirêdo et al. (2026) identificaram a importância atribuída ao alívio dos sintomas, ao acolhimento, à escuta e à psicoterapia. No interior da Paraíba, Grigório (2026) identificou barreiras geográficas e econômicas ao acesso e à continuidade do cuidado em saúde mental, enquanto

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Teixeira e Sousa (2024) observaram lacunas nas orientações sobre psicotrópicos e o recurso a informações e apoios informais entre usuários da Atenção Primária à Saúde.

Embora essas investigações contribuam para compreender as experiências dos usuários, seus diferentes recortes privilegiam aspectos específicos do tratamento, das relações assistenciais ou das condições de acesso aos serviços. Nesse cenário, torna-se pertinente examinar como as concepções sobre sofrimento psíquico, as expectativas de melhora e os significados atribuídos às modalidades terapêuticas se articulam às possibilidades de cuidado reconhecidas pelos usuários. Essa abordagem permite considerar conjuntamente dimensões subjetivas, terapêuticas e contextuais, contribuindo para o debate sobre a medicalização da vida a partir das percepções de usuários do SUS em um contexto local do interior da Paraíba.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar as percepções de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes em Patos (PB), com experiências atuais ou anteriores em serviços públicos de saúde mental, acerca do sofrimento psíquico, da melhora emocional e das modalidades de cuidado, considerando os significados atribuídos ao tratamento medicamentoso, à psicoterapia, às redes de apoio e às dificuldades de acesso aos serviços.

2. Metodologia

2.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo.

2.2 Participantes

Foi empregada uma amostragem não probabilística por conveniência a partir de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que apresentassem experiências prévias ou atuais de utilização de serviços públicos em saúde mental.

A amostra foi composta por 10 participantes adultos, distribuídos nas faixas etárias de 25 a 34 anos (*n* = 8, 80%), 35 a 44 anos (*n* = 1, 10%) e 55 a 64 anos (*n* = 1, 10%). As identidades de gênero autodeclaradas foram homem cisgênero (*n* = 9, 90%) e mulher cisgênero (*n* = 1, 10%). Quanto à raça/cor, os participantes se autodeclararam pessoas brancas (*n* = 7, 70%) ou pardas (*n* = 3, 30%). Em relação à escolaridade, foram informados ensino fundamental completo (*n* = 1, 10%), ensino médio completo (*n* = 2, 20%), ensino superior incompleto (*n* = 1, 10%), ensino superior completo (*n* = 5, 50%) e pós-graduação (*n* = 1, 10%).

Os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 18 anos; utilização atual ou anterior de serviços públicos em saúde mental; ser residente no município de Patos

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

- Paraíba; ter capacidades cognitivas preservadas para compreender e responder as informações da pesquisa. O critério de exclusão: o preenchimento incompleto do questionário, quando comprometesse a análise das questões investigadas; e a apresentação de respostas que não contemplassem minimamente os temas abordados na pesquisa.

O recrutamento ocorreu por meio da divulgação da pesquisa nas plataformas Instagram e WhatsApp, sendo a elegibilidade verificada mediante autorrelato dos critérios de participação e o consentimento formalizado eletronicamente pela concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram obtidas dez respostas, todas consideradas elegíveis e incluídas na análise, sem exclusões. O quantitativo de dez participantes foi previamente estabelecido no projeto, considerando o caráter exploratório da investigação e a delimitação do contexto investigado, e a coleta foi encerrada quando esse quantitativo foi alcançado.

2.3 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada em formato virtual a partir de respostas em um questionário tipo *Survey* (*Google Forms*), com respostas registradas entre 30 de setembro e 6 de outubro de 2026. O acesso ao formulário foi liberado para os participantes que se enquadraram nos critérios elegíveis para participação do estudo.

2.4 Instrumentos

Questionário sociodemográfico: utilizado para caracterizar a amostra quanto a idade, gênero, raça/cor e escolaridade (ver Apêndice A).

Questionário estruturado: composto por 12 questões abertas organizadas em três eixos investigativos. O primeiro “Concepções sobre o sofrimento emocional e a medicalização da vida” (Q1, Q2, Q3 e Q11), que investigou os significados atribuídos ao sofrimento psíquico, os limites percebidos entre experiências emocionais cotidianas e adoecimento mental, bem como a importância dos diagnósticos e a possível patologização de situações comuns da vida. O segundo “Percepções sobre o tratamento medicamentoso em saúde mental” (Q4, Q5 e Q6), que abordou experiências relacionadas à indicação e à consideração do uso de medicamentos, motivos atribuídos à procura por tratamentos farmacológicos, benefícios percebidos e possíveis preocupações associadas à sua utilização. E o terceiro “Modalidades não farmacológicas de cuidado e fatores socioculturais” (Q7, Q8, Q9, Q10 e Q12), que explorou experiências com outras estratégias terapêuticas, barreiras de acesso,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

influências familiares, sociais e econômicas nas escolhas de tratamento, além dos significados atribuídos à melhora emocional.

O questionário foi elaborado especificamente para atender aos objetivos da investigação, contemplando questões abertas organizadas em três eixos temáticos. Os enunciados foram formulados de modo a favorecer a expressão das percepções e experiências dos participantes, sendo acompanhados, quando necessário, de exemplos para contextualizar os temas investigados (ver Apêndice A). Na interpretação dos resultados, considerou-se a correspondência entre os conteúdos das respostas, os eixos investigativos e as classes lexicais identificadas, de modo a assegurar uma leitura contextualizada dos padrões de associação lexical.

2.5 Coleta e análise de dados

Os dados qualitativos foram processados com auxílio da *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), versão 0.87a. O corpus foi constituído a partir das respostas textuais providas pelos participantes no formulário e submetido à Classificação Hierárquica Descendente (CHD), procedimento que agrupa segmentos de texto conforme padrões de distribuição lexical, permitindo identificar classes caracterizadas por vocabulários estatisticamente associados (Camargo & Justo, 2013).

Para a constituição do corpus textual, adotou-se o participante como unidade inicial de organização dos dados. As respostas às 12 questões abertas foram reunidas sequencialmente em um único texto por participante, totalizando dez textos submetidos ao processamento no software IRaMuTeQ. A segmentação automática do material originou unidades textuais que, em determinados casos, reuniram conteúdos provenientes de diferentes questões do instrumento. Para a interpretação qualitativa das classes, considerou-se a correspondência entre os segmentos classificados e as respostas originais dos participantes, buscando contextualizar os conteúdos identificados e assegurar a coerência entre os padrões lexicais e as interpretações apresentadas.

Para a caracterização lexical das classes, foram consideradas as formas com $\chi^2 \geq 3{,}84$ ($p < 0{,}05$). Valores mais elevados de χ^2 foram interpretados como indicadores de maior associação entre determinada forma lexical e a respectiva classe, não sendo considerados isoladamente como evidência substantiva sobre o fenômeno investigado. Após o processamento realizado pelo IRaMuTeQ, a interpretação das

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

classes considerou conjuntamente o vocabulário característico, os segmentos de texto associados a cada classe e os objetivos do estudo.

Previamente ao processamento o banco de respostas foi submetido à leitura e releitura integral, com a finalidade de revisar e padronizar o corpus textual. Nessa etapa, foram uniformizadas grafias e expressões abreviadas, visando reduzir variações na representação de termos equivalentes e favorecer a consistência da análise lexical. A CHD foi realizada utilizando-se as configurações padrão do software, sem ajustes manuais nos parâmetros de processamento. Dos 47 segmentos de texto gerados, 40 foram classificados, correspondendo a um aproveitamento de 85,11%. Os sete segmentos não classificados não foram submetidos à análise qualitativa individualizada e não integraram a composição percentual das classes lexicais.

Complementarmente, realizou-se a análise de similitude, com a finalidade de identificar e representar graficamente as relações de coocorrência entre as formas lexicais do corpus textual. Para a construção do grafo, foram selecionadas manualmente as 20 formas lexicais com maiores índices de frequência no corpus, mantendo-se as configurações padrão do software para os demais parâmetros da análise. A interpretação considerou as conexões entre os termos, a intensidade das coocorrências e a organização dos agrupamentos lexicais, relacionando-os aos conteúdos das respostas e aos objetivos da investigação. As associações identificadas foram compreendidas como indicadores da organização lexical do corpus, sem pressupor relações causais ou hierarquias de preferência entre as modalidades terapêuticas.

Os excertos da seção 3.2 correspondem aos segmentos de texto mais característicos de cada classe, segundo a listagem do software, e foram transcritos como constam no corpus processado (em minúsculas e sem pontuação). Os marcadores entre colchetes (Q1 a Q12) e a identificação do participante, entre parênteses, foram acrescentados pelos autores.

2.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Patos (CEP/UNIFIP), sob o CAAE nº 01451026.1.0000.5181, e conduzida de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; 2016). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

3. Resultados

3.1 Análise de similitude

A análise de similitude evidenciou uma estrutura lexical organizada em torno dos termos *pessoa*, *medicamento*, *sintoma*, *físico*, *psicoterapia* e *tratamento*, revelando conexões entre diferentes dimensões do sofrimento psíquico e das modalidades de cuidado em saúde mental (Figura 1). Observou-se que o termo *pessoa* apresentou conexões com *sofrimento* (que se liga a *emocional*), *sentir*, *ajuda*, *alívio* e *tratamento*, constituindo um núcleo relacionado às experiências de sofrimento emocional e às possibilidades de cuidado. O termo *medicamento*, por sua vez, estabeleceu conexões com *sintoma* e, por meio de *alívio*, com *pessoa*, indicando sua inserção em um conjunto lexical relacionado ao manejo das manifestações do sofrimento psíquico.

Outro agrupamento foi estruturado em torno do termo *físico*, associado a *atividade*, *dependência*, *afetar* e *sentimento*. Paralelamente, identificou-se um núcleo formado pelos termos *psicoterapia*, *apoio* e *familiar*, evidenciando a presença de modalidades não farmacológicas e de recursos relacionais nos discursos analisados.

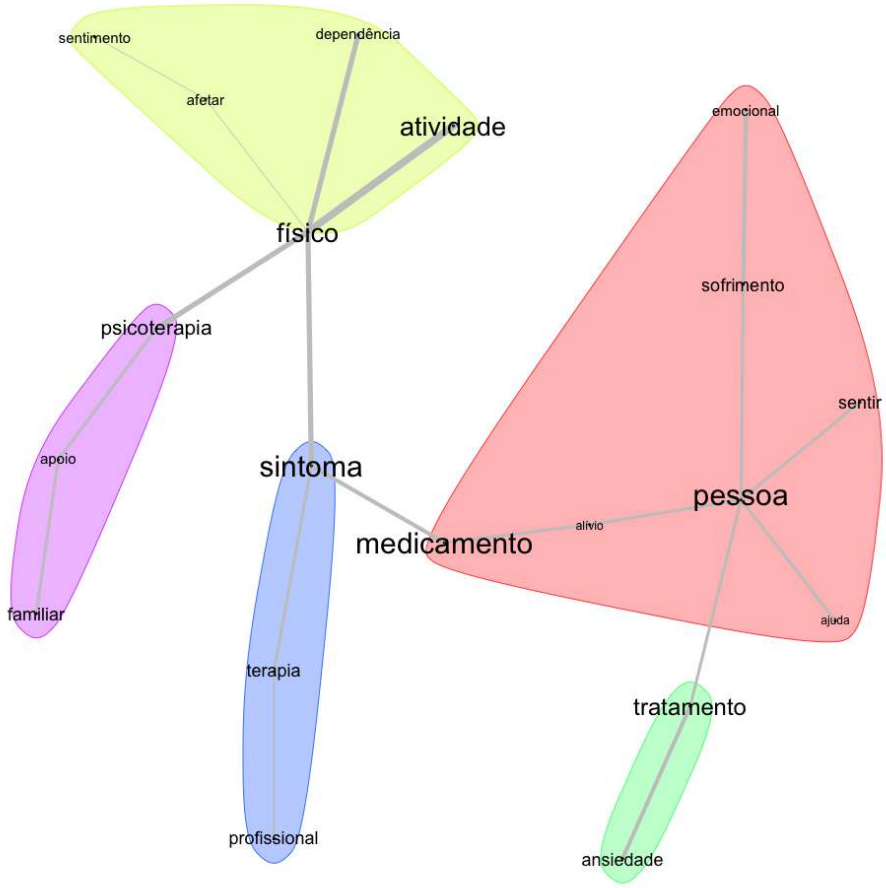
O termo *sintoma* também apresentou conexão com *terapia*, enquanto *tratamento* estabeleceu associação com *ansiedade*, demonstrando a coexistência de referências a manifestações do sofrimento psíquico e diferentes possibilidades terapêuticas. De modo geral, a configuração lexical revelou a presença de elementos relacionados ao tratamento medicamentoso, ao sofrimento emocional, à psicoterapia, à atividade física e ao apoio familiar. Essas associações indicam que os discursos contemplam diferentes dimensões do cuidado em saúde mental, não se restringindo ao uso de medicamentos. Entretanto, a estrutura de coocorrências, isoladamente, não permite determinar relações de preferência ou hierarquização entre as modalidades terapêuticas.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Figura 1. Análise de similitude dos discursos dos participantes sobre sofrimento psíquico e modalidades de cuidado em saúde mental.



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa processados no IRaMuTeQ.

A Figura 1 deve ser lida considerando que cada vértice corresponde a uma forma lexical, cujo tamanho acompanha a frequência no corpus, e cada aresta, à coocorrência entre duas formas nos segmentos de texto, com espessura proporcional à intensidade dessa coocorrência. As cores delimitam comunidades lexicais, isto é, conjuntos de formas que coocorrem com mais frequência entre si. Convém observar os vértices pessoa, medicamento, sintoma e físico, que concentram as conexões entre as comunidades, e a posição de psicoterapia, que liga o núcleo formado por apoio e familiar ao restante do grafo por meio de físico. A proximidade e a espessura das arestas indicam coocorrência, e não hierarquia, preferência ou relação causal entre os termos.

3.2 Classificação Hierárquica Descendente

A CHD identificou 47 segmentos de texto (ST), dos quais 40 foram classificados, correspondendo a um aproveitamento de 85,11% do corpus textual. O processamento resultou em três classes lexicais (Figura 2), distribuídas da seguinte forma: Classe 1 (30,0%; 12 ST), Classe 2 (37,5%; 15 ST) e Classe 3 (32,5%; 13 ST).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

O dendrograma da CHD gerado pelo IRaMuTeQ, não reproduzido na Figura 2, evidenciou uma organização lexical em dois agrupamentos principais. O primeiro reuniu as Classes 1 (30,0%) e 2 (37,5%), indicando maior proximidade lexical entre os segmentos relacionados às percepções sobre o sofrimento emocional e ao tratamento medicamentoso. O segundo agrupamento correspondeu à Classe 3 (32,5%), caracterizada pelas referências às redes de apoio e às estratégias psicossociais de cuidado. Essa distribuição evidencia a diferenciação lexical entre os agrupamentos, sem estabelecer relações de causalidade ou hierarquia de importância entre as dimensões identificadas.

Figura 2. Classes lexicais da CHD e formas de maior associação (f e χ^2).

Corpus textual – 47 ST – Aproveitamento de 85,11%

Classe 1 – 30,0%	**Classe 2 – 37,5%**	**Classe 3 – 32,5%**
Percepções sobre o sofrimento emocional e seus impactos na vida cotidiana	***Tratamento medicamentoso e manejo dos sintomas psicológicos***	***Rede de apoio e estratégias psicossociais de cuidado***

Forma	*f*	χ^2	Forma	*f*	χ^2	Forma	*f*	χ^2
sentimento	6	16,47	*medicamento*	7	14,14	*psicoterapia*	7	17,62
problema	6	9,56	*ansiedade*	7	8,41	*apoio*	6	14,66
pensar	6	9,56	*tratamento*	9	8,03	*falta*	5	11,86
vida	9	7,43	*alívio*	4	7,40	*amigo*	4	9,23
afetar	6	4,51	*rápido*	4	7,40	*dependência*	3	6,73
rotina	4	4,28	*dificuldade*	4	7,40	*preconceito*	3	6,73

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa processados no IRaMuTeQ.

A Figura 2 sintetiza o resultado da CHD: no alto, o corpus analisado (47 ST, com aproveitamento de 85,11%); abaixo, as três classes com seus percentuais e, em cada uma, as seis formas de maior associação, com a frequência (f) e o valor de χ^2. Convém observar que o χ^2 indica a força da associação entre a forma e a classe, conforme descrito na seção 2.5, e que a interpretação de cada classe depende dos segmentos de texto a ela associados, apresentados a seguir, e não apenas do vocabulário listado.

Além disso, como as respostas de cada participante foram reunidas em um único texto, os segmentos podem combinar respostas a perguntas distintas, o que pode gerar coocorrências decorrentes dessa junção. Por isso, cada excerto indica a pergunta de origem.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

A **Classe 1, denominada "Percepções sobre o sofrimento emocional e seus impactos na vida cotidiana"**, compreendeu 30,0% dos segmentos classificados. Os vocábulos mais associados foram *sentimento* ($\chi^2 = 16,47$), *problema* ($\chi^2 = 9,56$), *pensar* ($\chi^2 = 9,56$), *vida* ($\chi^2 = 7,43$), *afetar* ($\chi^2 = 4,51$) e *rotina* ($\chi^2 = 4,28$). A configuração lexical dessa classe reuniu elementos relacionados à experiência do sofrimento emocional e às suas possíveis repercussões no cotidiano.

> [Q10] orientação médica crenças pessoais e capacidade financeira para custear os tratamentos [Q11] sim muitas vezes sentimentos e etapas naturais da vida sao rapidamente medicalizados em vez de serem vivenciados e trabalhados no tempo certo [Q12] significa desenvolver maturidade emocional para lidar com o problemas cotidianos (P8, homem cisgênero, 25 a 34 anos, branco, ensino superior completo).

> [Q1] me isolando e pensando na situação como um todo [Q2] quando começa a afetar sua vida social e profissional [Q3] sim pois uma diagnóstico feito por um profissional pode indicar a causa do problema [Q4] não nunca precisei disso (P6, homem cisgênero, 35 a 44 anos, branco, ensino médio completo).

> [Q1] me isolo para pensar com mais clareza sobre os motivos desse sentimento e como posso corrigi-los [Q2] quando afeta em várias rotinas mudando o foco principal [Q3] sim uma visão de quem está de fora pode ajudar na resolução desse problema (P4, homem cisgênero, 25 a 34 anos, branco, pós-graduação)

A **Classe 2, denominada "Tratamento medicamentoso e manejo dos sintomas psicológicos"**, representou 37,5% dos segmentos classificados, constituindo o maior agrupamento lexical identificado. Destacaram-se os termos *medicamento* ($\chi^2 = 14,14$), *ansiedade* ($\chi^2 = 8,41$), *tratamento* ($\chi^2 = 8,03$), *alívio* ($\chi^2 = 7,40$), *rápido* ($\chi^2 = 7,40$) e *dificuldade* ($\chi^2 = 7,40$). O conjunto de vocábulos evidenciou a associação lexical entre tratamento medicamentoso, manifestações do sofrimento psíquico e referências ao alívio dos sintomas.

> [Q1] ansiedade [Q2] quando ele se torna parte da rotina [Q3] sim porque problema emocional ou psicológico é questão de saúde [Q4] não [Q5] muitas pessoas preferem medicamentos porque buscam alívio e soluções mais rápidas principalmente quando se trata de sofrimento emocional (P8, homem cisgênero, 25 a 34 anos, branco, ensino superior completo).

> [Q1] eu vou terapia falar sobre [Q2] quando ataca a ansiedade e pensamentos suicidas [Q3] sim porque isso ajude a pessoa a ter o melhor tratamento e ser menos triste [Q4] sim para ansiedade por causa de sintomas físicos [Q5] alívio rápido (P9, mulher cisgênero, 25 a 34 anos, parda, ensino superior completo).

> [Q5] porque é ruim passar por um sofrimento emocional e o medicamento traz um certo alívio [Q6] o medicamento ajuda trazendo alívio nunca me preocupei de trazer algum prejuízo ou dificuldade [Q7] sair de casa e conversar com as pessoas pode fazer bem (P7, homem cisgênero, 55 a 64 anos, pardo, ensino fundamental completo).

A **Classe 3, denominada "Rede de apoio e estratégias psicossociais de cuidado"**, reuniu 32,5% dos segmentos classificados. Os termos mais associados

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

foram *psicoterapia* ($\chi^2 = 17,62$), *apoio* ($\chi^2 = 14,66$), *falta* ($\chi^2 = 11,86$), *amigo* ($\chi^2 = 9,23$), *dependência* ($\chi^2 = 6,73$) e *preconceito* ($\chi^2 = 6,73$). Essa classe concentrou referências a modalidades de cuidado psicossocial, recursos relacionais e possíveis dificuldades relacionadas à busca ou utilização de tratamentos em saúde mental.

> [Q6] a verdadeira recuperação do sofrimento emocional exige tempo e tratamento psicológico [Q7] psicoterapia prática de atividades físicas apoio de familiares ou amigos [Q8] nao [Q9] a falta de informação e a demora para melhorar [Q10] eles influenciam diretamente pelo apoio ou preconceito social (P8, homem cisgênero, 25 a 34 anos, branco, ensino superior completo).
>
> [Q6] são muito particulares variando muito de indivíduo para indivíduo [Q7] mudanças do estilo de vida p ex higiene do sono alimentação saudável prática de atividade física etc lazer psicoterapia apoio familiar etc (P5, homem cisgênero, 25 a 34 anos, pardo, ensino superior completo).
>
> [Q7] alimentação saudável apoio diálogo com familiares e amigos contato com natureza animais práticas religiosas etc [Q8] não tive [Q9] acesso incluindo disponibilidade de vagas no sus consultas muito espassadas troca de profissionais etc além de custo no privado (P2, homem cisgênero, 25 a 34 anos, branco, ensino superior completo).

Em conjunto, as três classes evidenciaram uma organização lexical que contempla a experiência do sofrimento emocional, o tratamento medicamentoso e as modalidades psicossociais de cuidado. A distribuição dos segmentos classificados indica a presença dessas três dimensões nos discursos analisados, permitindo identificar diferentes aspectos das percepções dos participantes sobre o cuidado em saúde mental.

4. Discussão

Os resultados deste estudo destacaram que as percepções dos usuários do SUS sobre o sofrimento psíquico e seus desdobramentos no cuidado se organizaram em três classes: (1) concepções sobre o sofrimento emocional e seus impactos na vida cotidiana; (2) tratamento medicamentoso e o manejo dos sintomas psicológicos; (3) redes de apoio e estratégias psicossociais de cuidado. Essa organização evidencia que os significados atribuídos ao adoecimento e à melhora emocional ultrapassam a utilização de medicamentos, abrangendo as repercussões do sofrimento, as diferentes modalidades terapêuticas e as condições de acesso aos serviços.

Na Classe 1, o sofrimento é reconhecido menos pelo que é do que pelo que provoca. Os termos *afetar*, *rotina*, *vida* e *problema* e trechos como “começa a afetar sua vida social e profissional” (P6) indicam um critério funcional e relacional: a experiência demanda atenção pelas repercussões que tem na rotina, no trabalho e nas relações. Na Q2, seis dos dez participantes situam o limite entre o comum e o problema de saúde mental no que o sofrimento afeta nas atividades diárias, na rotina,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

no trabalho ou nos objetivos. Em P6, a resposta à Q1 descreve isolamento e pensamento repetido sobre a situação (“me isolando e pensando na situação como um todo”), e a resposta à Q2 localiza o limite no que afeta a vida social e profissional. Nos trechos apresentados, o critério não recorre a nomes de transtornos nem a listas de sintomas. Isso importa para a medicalização, pois a literatura mostra que as categorias médicas passam a definir o que se considera normal ou patológico e, com isso, as respostas tidas como adequadas (Monteiro-Garcia et al., 2024). Aqui, a fronteira é também traçada pelos usuários, com critérios próprios.

Dois desses critérios aparecem na crítica de P8. O primeiro é o tempo: sentimentos e etapas naturais da vida seriam rapidamente medicalizados “em vez de serem vivenciados e trabalhados no tempo certo”. O segundo é o caráter natural da experiência: ao falar em “etapas naturais da vida”, P8 sugere que nem tudo o que é vivido como sofrimento seria patológico. Ambos dialogam com os debates sobre a ampliação das fronteiras diagnósticas, em que experiências reconhecidas como parte da vida, como o luto, passam a ser definidas como possíveis transtornos (Eisma, 2023; Gurley-Green et al., 2025), e sobre o sobrediagnóstico da depressão (Degrave & Silva, 2025). Gurley-Green et al. (2025) discutem, no caso do luto, as consequências iatrogênicas dessa definição. A aproximação com a fala de P8 é conceitual. O luto aparece como exemplo no enunciado da Q11, e não na resposta de P8, que tampouco relata diagnóstico indevido ou dano; este estudo não investigou tais ocorrências. O que a fala permite afirmar é que, para P8, há experiências com duração e trajetória próprias, e que o problema da medicalização estaria, nessa leitura, em abreviá-las.

A mesma classe mostra que a crítica é de medida, e não de princípio. Para P6, o diagnóstico “pode indicar a causa do problema”, e, na Classe 2, P8 afirma que “problema emocional ou psicológico é questão de saúde”. Na Q3, oito dos dez participantes consideram importante ter um diagnóstico. Conrad e Schneider (1980) descreveram o deslocamento de comportamentos desviantes da esfera moral para a biomédica, e essa passagem tem uma face protetora, pois tratar o sofrimento como questão de saúde o afasta da leitura de falha pessoal e lhe dá nome e explicação. A outra face é a expansão, a transformação de experiências comuns em doença, que P8 aponta. Cinco participantes sustentam as duas coisas ao mesmo tempo: valorizam o diagnóstico (Q3) e reconhecem que dificuldades da vida são tratadas como doença (Q11). Para eles, o problema não está em usar a categoria médica, e sim em quando e em que medida ela é aplicada e, para dois deles, também com que rapidez.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Entretanto, a ênfase na rapidez não é compartilhada por todos. Na Q11, a crítica de P8 ao ritmo tem eco em apenas um outro participante, para quem a busca por diagnósticos e receitas é a mais utilizada “por ser mais rápida”. Três participantes dirigem a crítica às próprias pessoas, que usariam a “desculpa de doença” ou banalizariam os diagnósticos, e um respondeu apenas “Não”. Essa segunda leitura localiza o excesso em quem pede o diagnóstico, e não em quem o oferece.

A definição de melhora acrescenta uma terceira dimensão, como no discurso de P8, para o qual melhorar “significa desenvolver maturidade emocional para lidar com o[s] problemas cotidianos”. A melhora é entendida para além do desaparecimento de sintomas, como autonomia e capacidade de seguir a vida (Colaço & Onocko-Campos, 2022; Santos et al., 2023). Para P8, P5, P1 e P10, melhorar é saber lidar com as emoções ou controlá-las; para P7 e P9, é deixar de sentir medo ou sintomas ansiosos. Se as categorias que definem o normal definem também as respostas adequadas, aqui o critério de normalidade, a maturidade, define como resposta adequada uma competência individual. O custo dessa leitura é que a responsabilidade se desloca para o indivíduo, ao passo que se espera que ele se torne capaz de atravessar o mal-estar, e não que as condições que o produzem mudem. É uma individualização semelhante à que a literatura descreve na transformação de mal-estares sociais em demandas terapêuticas individuais (Degrave & Silva, 2025; Eisma, 2023; Gurley-Green et al., 2025), ainda que por outra via que não pelo diagnóstico, e sim por um ideal de autogoverno emocional.

Na Classe 2, o medicamento é associado ao alívio de sintomas de ansiedade e à rapidez. P9 aponta o medicamento como recurso para a ansiedade “por causa de sintomas físicos” (Q4), com “alívio rápido” (Q5), e diz, na Q1, que vai à terapia “falar sobre”, sem completar a frase; na Q2, situa o início do problema de saúde mental em quando “ataca a ansiedade”. O medicamento é tomado como resposta ao corpo que sofre e, na Q6, como recurso que “pode ajudar a conter sintomas enquanto faz terapia”. Essa divisão de tarefas sugere que, para P9, o alívio rápido não é pensado como substituto do cuidado psicológico.

A literatura aponta que a cultura de respostas rápidas e a lógica produtivista favorecem a supressão sintomática de curto prazo (Marchionatti et al., 2023; Oliveira et al., 2024; Santos et al., 2023) e que o psicotrópico passa a ser percebido como solução mais acessível e eficaz (Oliveira et al., 2024). Os dados indicam que a rapidez e a acessibilidade do medicamento são reconhecidas no discurso: seis dos dez

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

participantes associam a procura por medicamentos à rapidez ou ao imediatismo do alívio, e três à facilidade ou ao acesso (Q5, cujo enunciado listava “alívio mais rápido” e “facilidade de acesso” entre os exemplos). O medicamento não é apresentado como solução total por P8, que reserva a “verdadeira recuperação” para tempo, psicoterapia e apoio, nem por outros quatro participantes, que o descrevem como apoio à terapia ou ao diálogo (Q6). Essa limitação da função do medicamento está de acordo com a interpretação de que a prescrição não é, por si, uma prática medicalizante, e de que a questão está nas circunstâncias em que a resposta farmacológica assume posição predominante. Há, porém, matizes. P7, que usa medicamento há mais de dez anos, afirma que nunca se preocupou com prejuízos ou dificuldades, e P10 vê no medicamento a via de “menos esforço que terapia e mais barato”, ainda que inclua entre as preocupações “não entender o que sentiu”.

A busca de alívio rápido para sintomas físicos aversivos, como os que P9 descreve, é compreensível e não equivale, por si, a medicalização, e os dados não permitem saber o que sustenta essa expectativa. O que importa para a medicalização está em outro ponto: o que a pessoa encontra quando procura alívio. Um alívio que chega logo é visível e atribuível ao tratamento, ao passo que a recuperação que “exige tempo” é gradual e depende de muitos fatores, o que a torna menos perceptível como efeito do cuidado. Essa assimetria pode favorecer o medicamento na avaliação que o usuário faz do que funcionou, ainda que ele não o considere suficiente, como P8. Se, além disso, o medicamento for a resposta mais disponível, como indicam os dados de prescrição em CAPS de Fortaleza (Colaço & Onocko-Campos, 2022), que não caracterizam a oferta em Patos, expectativa e oferta podem se reforçar mutuamente, e a medicalização seria coproduzida por demanda e oferta, e não imposta por uma das partes.

Ao responder sobre a influência de familiares, amigos, condições financeiras e profissionais de saúde na escolha do tratamento (Q10), P8 menciona “orientação médica”, “crenças pessoais” e “capacidade financeira para custear os tratamentos”, em linha com os fatores listados no enunciado, e a “falta de informação” aparece, na Q9, entre os obstáculos ao cuidado sem medicamento. Esses fatores indicam condições que podem limitar as possibilidades de escolha, mas as respostas não descrevem como as decisões foram tomadas, e este estudo não investigou diretamente a participação dos usuários nelas. O quadro dialoga, no plano conceitual, com os limites à participação nas decisões apontados por Colaço e Onocko-Campos

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

(2022), com a restrição que a leitura predominantemente diagnóstica pode impor (Azevedo, 2025) e com as lacunas de orientação sobre psicotrópicos observadas por Teixeira e Sousa (2024) na Atenção Primária, sem que se possa afirmar, com estes dados, que algo semelhante ocorra com os participantes.

A Classe 3 reúne o que os participantes situam para além da resposta medicamentosa: *psicoterapia* (o termo mais associado da classe), atividade física, mudanças no estilo de vida, lazer e apoio familiar. O repertório de P5 é técnico ("higiene do sono", "alimentação saudável"), o que pode refletir o acesso à informação em saúde de uma amostra com alta escolaridade. Santos et al. (2023) destacam acolhimento, escuta, vínculo e diálogo na atenção à saúde mental. O repertório dos participantes é de outra natureza: refere-se a práticas pessoais e a vínculos de proximidade, e não ao modo como os serviços acolhem e escutam. Nos trechos apresentados, o "social" do cuidado psicossocial se restringe à rede de apoio e ao preconceito. Se isso valer para o conjunto dos dados, o que os participantes opõem à medicalização permanece no plano individual e relacional, o que é coerente com a individualização observada na Classe 1.

A *psicoterapia* é a forma de maior associação com a Classe 3 e está presente nos excertos de recuperação e apoio. Essa presença é descritiva e não equivale a uma comparação de valorização entre modalidades: na Q7, cujo enunciado listava entre os exemplos a psicoterapia, a atividade física e a conversa com familiares ou amigos, a psicoterapia foi citada por cinco dos dez participantes, a atividade física por oito e o apoio de pessoas próximas por sete. Em meta-análise de 34 estudos, McHugh et al. (2013) encontraram preferência agregada de 75% por tratamentos psicológicos, e Liang et al. (2026) revisam os fatores que afetam preferências por tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em condições crônicas. Este estudo não mediu preferência, e a menção a uma modalidade não equivale a valorizá-la nem a escolhê-la.

A classe inclui ainda os termos *falta* e *preconceito*, associados a possíveis dificuldades de busca ou utilização de tratamentos. Nos trechos apresentados, a falta remete à informação e o preconceito ao ambiente social, e P8 inclui o custo entre os fatores que influenciam o tratamento. Nas respostas integrais à Q9, a forma *falta* aparece em cinco participantes, referida à informação ou ao conhecimento (três), ao acesso público à psicoterapia (um) e à confiança em profissionais (um), e sete dos dez citam custo ou acesso como obstáculo ao cuidado sem medicamento. Parte

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

desses termos reproduz exemplos do próprio enunciado da Q9 (como preço e falta de informação), o que limita lê-los como conteúdo espontâneo. P7, por exemplo, relata ter feito “só uso de medicamento” por muito tempo por falta de encaminhamento ao psicólogo e, depois, ter interrompido a psicoterapia porque a unidade era distante. Esses relatos descrevem dificuldades percebidas pelos participantes; a oferta local de psicoterapia não foi investigada. Isso converge, no plano geral, com estudos que descrevem barreiras estruturais, fragmentação e descontinuidade do cuidado (Brêda & Augusto, 2001; Costa et al., 2025; Grigório, 2026). Para a discussão sobre medicalização, a centralidade do medicamento pode decorrer de preferência, de dificuldades de acesso a alternativas ou de ambas, hipóteses que dependem de dados sobre a oferta de serviços e sobre as trajetórias terapêuticas, não investigados neste estudo.

Na mesma classe, P8 afirma que “a verdadeira recuperação do sofrimento emocional exige tempo e tratamento psicológico”. O adjetivo “verdadeira” separa recuperação de alívio: para P8, o alívio sozinho não esgota o cuidado. Nessa formulação, a recuperação é um processo que demanda tempo, elaboração subjetiva e implicação do sujeito, e não apenas a redução de sintomas, o que está em linha com a orientação por serviços comunitários centrados na pessoa e nos direitos (OMS, 2021).

O apoio de familiares e amigos é descrito como parte do que a recuperação exige, o que converge com estudos sobre vínculos familiares e comunitários como recurso de cuidado, com suas fragilidades (Amadei et al., 2023; Brusamarello et al., 2011). A rede é, porém, ambígua: P8 atribui à família e aos amigos um efeito que vai do “apoio” ao “preconceito social” e inclui “a falta de informação e a demora para melhorar” entre os obstáculos. Pires et al. (2023) destacam o estigma vivido por usuários e familiares, e Wedema et al. (2026) apontam o apoio como facilitador percebido da recuperação da depressão e o preconceito e a falta de aceitação como obstáculos. Há um vínculo possível com a medicalização. A passagem do desvio da esfera moral para a biomédica pode reduzir a culpabilização (Conrad & Schneider, 1980), mas, se a recuperação exige tempo e quem convive com a pessoa não dispõe de informação sobre o que esperar, a lentidão da melhora pode ser lida como falha de vontade, e o enquadramento como questão de saúde não bastaria para dissolver o preconceito.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Lidas em conjunto, as três classes sugerem o tempo como eixo possível da relação dos participantes com a medicalização. Trata-se de uma hipótese exploratória, e não de um achado estabelecido. Na Classe 1, P8 critica a rapidez com que experiências naturais são nomeadas como doença (“tempo certo”). Na Classe 2, o medicamento é valorizado pela rapidez do alívio, tema que o enunciado da Q5 já trazia entre os exemplos. Na Classe 3, a recuperação é o que “exige tempo”, e a “demora para melhorar”, que também constava entre os exemplos do enunciado da Q9, é apontada como obstáculo. Os três momentos aparecem juntos, de forma explícita, apenas nas respostas de P8. P1 e P10 os sustentam em parte (a busca por diagnósticos e receitas “por ser mais rápida”; “querer melhorar imediatamente” e “não entender o que sentiu”), e P1 acrescenta uma posição distinta, a de que dificuldades moderadas devem ser tratadas “o mais cedo possível”.

Se a hipótese se sustentar em outros dados, a crítica dos participantes à medicalização incidiria menos sobre o medicamento ou o diagnóstico em si do que sobre a substituição do tempo da elaboração e da recuperação pelo tempo do alívio. Isso não significa que o medicamento esteja isento de ressalvas, pois sete participantes mencionam a dependência entre as preocupações com o seu uso (Q6). Propõe-se, a título provisório, designar essa configuração como medicalização do tempo: o quanto se espera antes de nomear, de tratar e de considerar alguém recuperado.

No grafo de similitude, um núcleo em torno de “*físico*” liga-se a *atividade*, *dependência*, *afetar* e *sentimento*, e outro reúne *psicoterapia*, *apoio* e *familiar*. O corpo aparece em dois papéis, como lugar onde a ansiedade se manifesta (“sintomas físicos”, P9) e como via de cuidado (atividade física, P5 e P8), e a análise lexical junta os dois sentidos sob uma só forma.

Sob a perspectiva da medicalização, os resultados mostram uma percepção, e não uma prática. Parte dos participantes reconhece que dificuldades comuns da vida são tratadas como doença (Q11), e P8 aponta que sentimentos e etapas da vida são medicalizados com rapidez excessiva, em consonância com a definição de Conrad (2007), mas a centralidade do medicamento nos serviços não foi objeto de observação neste estudo. Nos trechos apresentados, a crítica à medicalização refere-se a “muitas pessoas” e a “sentimentos” em geral, ao passo que a necessidade de alívio é narrada em primeira pessoa por P9. Em síntese, as respostas, lidas em conjunto, permitem compor um percurso: reconhecimento do sofrimento pelas consequências, alívio pelo

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

medicamento, recuperação pelo tempo, pela psicoterapia e pelos outros. Esse percurso é uma síntese interpretativa e não corresponde à trajetória relatada por um participante em particular.

5. Limitações e direcionamentos futuros

Destarte, é importante salientar algumas limitações do estudo. A primeira refere-se ao procedimento de amostragem e à própria amostra. Os achados provêm de dez participantes reunidos por conveniência, o que impede generalizações estatísticas. A amostra é predominantemente jovem, composta quase integralmente por homens cisgênero (nove de dez) e com predomínio de ensino superior ou pós-graduação. Essa composição limita a comparação com estudos conduzidos com usuárias de psicotrópico e a transferência dos resultados para usuários com menos anos de estudo e para outros municípios.

A segunda limitação diz respeito à coleta de dados. O questionário online, com perguntas abertas respondidas por escrito, não permitiu solicitar esclarecimentos nem aprofundar as respostas, e originou um corpus pequeno. Os enunciados de vários itens traziam exemplos ou listavam fatores, e parte das respostas os reproduz (por exemplo, falta de informação e demora para melhorar na Q9), de modo que nem todo conteúdo pode ser tomado como espontâneo. O instrumento perguntou se o uso de medicamento já havia sido indicado, sugerido ou pensado pelo próprio participante e se ele teve experiência com cuidado sem medicamento, mas não registrou o uso atual de medicamentos nem a trajetória terapêutica. Assim, a distinção entre experiência própria e opinião só pode ser feita retomando as respostas integrais, e não a partir dos segmentos isolados.

A terceira refere-se à análise. A classificação hierárquica descendente e a análise de similitude operam sobre a coocorrência de formas lexicais, e uma mesma forma pode reunir sentidos distintos, como em “físico”, que abrange tanto os sintomas físicos quanto a atividade física. Além disso, os segmentos podem reunir o final de uma resposta e o início da seguinte, porque as fronteiras entre as respostas não foram marcadas no corpus; por isso, a questão de origem de cada excerto foi indicada pelos autores entre colchetes. A interpretação das classes, em especial a que as articula ao tempo, tem caráter exploratório e deve ser lida como hipótese. Essa leitura apoia-se sobretudo no relato de P8, que respondeu negativamente às perguntas sobre medicamento indicado, sugerido ou pensado para si e sobre experiência com cuidado sem medicamento, e fala, em suas respostas, de “muitas pessoas”; os demais

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - Accepted:
Vol:
DOI:
Pages:

participantes sustentam apenas partes dessa leitura. Por fim, os resultados descrevem percepções, e não práticas. Não permitem, portanto, avaliar a adequação de diagnósticos, a ocorrência de sobretratamento ou a oferta de serviços em Patos.

Diante dessas limitações, estudos futuros podem ampliar a amostra em gênero, escolaridade, faixa etária e municípios, a fim de verificar se os significados identificados se repetem em outros perfis de usuários. Podem também recorrer a entrevistas, que permitem aprofundar as experiências, e combiná-las com a leitura qualitativa dos segmentos de texto, em complemento à análise lexical. Recomenda-se registrar o uso atual de medicamentos e a trajetória dos participantes nos serviços, para diferenciar falas baseadas em experiência própria de opiniões gerais. Recomenda-se também levantar a oferta local de psicoterapia e de outras modalidades de cuidado, o que permitiria examinar se a centralidade do medicamento decorre de preferência ou da falta de alternativas. A inclusão de profissionais possibilitaria comparar as expectativas dos usuários com as práticas de prescrição.

Além disso, sugere-se testar o tempo como eixo da medicalização e a assimetria entre a crítica geral à medicalização e a necessidade pessoal de alívio, que emergiram como hipóteses a partir das três classes.

6. Conclusão

Este estudo analisou as percepções de usuários do SUS residentes em Patos (PB) sobre o sofrimento psíquico, a melhora emocional e as modalidades de cuidado. Nos relatos analisados, o sofrimento é reconhecido sobretudo pelo que provoca na rotina, no trabalho e nas relações; o medicamento é associado ao alívio rápido dos sintomas, em especial da ansiedade; e a recuperação é associada ao tempo, à psicoterapia e ao apoio de familiares e amigos. Os participantes atribuem a cada modalidade uma função e um tempo próprios e reconhecem os benefícios do medicamento sem tomá-lo como suficiente para a recuperação.

A contribuição interpretativa do estudo está em sugerir, como hipótese exploratória, o tempo como eixo da relação dos participantes com a medicalização. Segundo essa hipótese, a crítica incidiria menos sobre o diagnóstico ou o medicamento em si do que sobre a substituição do tempo de elaboração e de recuperação pelo tempo do alívio, configuração designada aqui, a título provisório, como medicalização do tempo. A hipótese se apoia sobretudo no relato de um participante e encontra sustentação apenas parcial nos demais, de modo que precisa ser testada em amostras maiores e com outros métodos. Os achados também

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925
Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

sugerem que o cuidado psicossocial pode ser concebido predominantemente no plano individual e relacional e que a centralidade do medicamento pode decorrer de preferência, de dificuldades de acesso a alternativas ou de ambas, hipóteses que dependem de dados sobre a oferta de serviços e sobre as trajetórias terapêuticas, não investigados neste estudo.

Como implicação para a prática, as percepções dos participantes sugerem que pode ser pertinente oferecer informação clara sobre o curso esperado da recuperação e sobre as alternativas de cuidado disponíveis, de modo que o alívio dos sintomas não seja tomado como o fim do cuidado e a lentidão da melhora não seja interpretada como falha pessoal. Trata-se de uma sugestão a ser avaliada, e não de uma intervenção de eficácia demonstrada. Por tratar-se de percepções de um grupo reduzido, os resultados não permitem inferir a prática dos serviços nem generalizar para outros perfis de usuários.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Disponibilidade de dados

Os dados que sustentam os resultados (respostas dos participantes ao questionário) não estão disponíveis publicamente, a fim de preservar o sigilo e o anonimato dos participantes, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os trechos analisados constam no artigo, e os demais dados podem ser solicitados aos autores, mediante justificativa.

Referências

Amadei, G. N., et al. “Análise estrutural e funcional da rede social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial: caminhos para a Atenção Psicossocial.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 27, 2023, e220163, https://doi.org/10.1590/interface.220163.

Azevedo, L. J. C. de. “As bases teóricas da medicalização e seus efeitos na clínica contemporânea: patologização e sofrimento.” *Psicologia USP*, vol. 36, 2025, e240034, https://doi.org/10.1590/0103-6564e240034.

Brasil. 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*, 9 abr. 2001, https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 13 jun. 2013, https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, 24 maio 2016, https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf.

Brêda, M. Z., and L. G. da S. Augusto. "O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde." *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, no. 2, 2001, pp. 471–80, https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200016.

Brusamarello, T., et al. "Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares." *Texto & Contexto – Enfermagem*, vol. 20, no. 1, 2011, pp. 33–40, https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004.

Camargo, B. V., and A. M. Justo. "IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais." *Temas em Psicologia*, vol. 21, no. 2, 2013, pp. 513–18, https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16.

Casas Martínez, M. de la L. "The Medicalization of Life: An Interdisciplinary Approach." *Heliyon*, vol. 9, no. 6, 2023, e16637, https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16637.

Colaço, R. F., and R. T. Onocko-Campos. "Gestão compartilhada do tratamento com psicofármacos: inquérito com usuários de CAPS de quatro grandes cidades brasileiras." *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 27, no. 7, 2022, pp. 2553–62, https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.17162021.

Conrad, P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins UP, 2007.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Conrad, P., and J. W. Schneider. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. C. V. Mosby, 1980.

Conrad, P., and M. Waggoner. “Medicalization.” *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, edited by W. C. Cockerham et al., Wiley-Blackwell, 2014, pp. 1448–52, https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs134.

Costa, F. S. V. M., et al. “Saúde mental na Atenção Primária à Saúde sob as perspectivas de usuários e profissionais: estudo qualitativo.” *Cogitare Enfermagem*, vol. 30, 2025, e98945pt, https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98945pt.

Degrave, A., and P. R. F. da Silva. “A medicalização do sofrimento e o sobrediagnóstico da depressão.” *Saúde em Debate*, vol. 49, no. 145, 2025, e9667, https://doi.org/10.1590/2358-289820251459667P.

Eisma, M. C. “Prolonged Grief Disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and Controversies.” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 57, no. 8, 2023, pp. 1106–11, https://doi.org/10.1177/00048674231154206.

Fernandes, K., et al. “Percepção dos indivíduos sobre saúde mental e o manejo terapêutico com psicofármacos.” *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, vol. 16, no. 10, 2024, pp. 1–17, https://doi.org/10.55905/cuadv16n10-026.

Figueirêdo, D. L. de A., et al. “Percepções de usuários com depressão sobre o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial.” *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, vol. 12, no. 9, 2026, pp. 1–18, https://doi.org/10.51891/rease.v12i9.30147.

Grigório, A. K. de M. “Pontes ou muros? O acesso aos dispositivos de saúde mental no sertão paraibano na perspectiva dos usuários.” *Repositório Institucional do UNIFIP*, vol. 10, no. 1, 2026, https://editora.unifip.edu.br/repositoriounifip/article/view/7693.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Gurley-Green, S., et al. “The Iatrogenic Consequences of Medicalising Grief: Resetting the Research Agenda.” *Sociology of Health & Illness*, vol. 47, no. 2, 2025, e13866, https://doi.org/10.1111/1467-9566.13866.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. IBGE, 2020, https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf.

Liang, Y., et al. “Factors Influencing Patient Preferences for Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment Options in Chronic Health Conditions: A Systematic Review.” *International Journal of Pharmacy Practice*, 2026, advance online publication, https://doi.org/10.1093/ijpp/riag104.

Líbio, L., et al. “Entre cápsulas, comprimidos e discursos: os significados dos psicofármacos para usuários da atenção primária à saúde.” *Revista Destaques Acadêmicos*, vol. 13, no. 3, 2021, pp. 298–314, https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v13i3a2021.3009.

Liégeois, A. “Ethics of Assertive Care in Mental Health: A Gradual Concept.” *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14, 2023, https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1083176.

Marchionatti, L. E., et al. “Mental Health Care Delivery and Quality of Service Provision in Brazil.” *SSM – Mental Health*, vol. 3, 2023, 100210, https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100210.

Martinho, S. M., et al. “Where the Public Health Principles Meet the Individual: A Framework for the Ethics of Compulsory Outpatient Treatment in Psychiatry.” *BMC Medical Ethics*, vol. 23, 2022, article 77, https://doi.org/10.1186/s12910-022-00814-8.

McHugh, R. K., et al. “Patient Preference for Psychological vs. Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review.” *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 74, no. 6, 2013, pp. 595–602, https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Molck, B. V., et al. “Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 25, 2021, e200129, https://doi.org/10.1590/interface.200129.

Monteiro-Garcia, R., et al. “Medicalização da vida: um panorama conceitual.” *Revista Cultura y Droga*, vol. 29, no. 38, 2024, pp. 281–97, https://doi.org/10.17151/culdr.2024.29.38.12.

Oliveira, J., et al. “Medicalização da subjetividade e fetichismo psicofármaco: uma análise dos fundamentos.” *Saúde e Sociedade*, vol. 33, no. 1, 2024, e220833pt, https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220833pt.

Organização Mundial da Saúde. *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches*. World Health Organization, 2021, https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707.

Pereira, É. L., et al. “Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica.” *Polis e Psique*, vol. 11, no. 2, 2021, pp. 51–71, https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/102687.

Pires, R. R., et al. “O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais.” *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 33, 2023, e33038, https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333038.

Pupo, L. R., et al. “Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo.” *Saúde em Debate*, vol. 44, no. especial 3, 2020, pp. 107–27, https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311.

Rovare, V. P. da, et al. “Repertório não farmacológico para o manejo do Transtorno Mental Comum: experiências médicas na Atenção Primária à Saúde.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 30, 2026, e250476, https://doi.org/10.1590/interface.250476.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Santos, J. C. G. dos, et al. “Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará.” *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 33, 2023, e33010, https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333010.

Soares, H. M. S., et al. “Medicalização da vida: uma revisão sistemática da literatura.” *Revista Formadores: Vivências e Estudos*, vol. 21, no. 2, 2024, pp. 141–54, https://doi.org/10.25194/rf.v21i2.2055.

Teixeira, B. C., and M. N. A. de Sousa. “Conhecimento de usuários da atenção primária à saúde acerca do uso de medicamentos psicotrópicos.” *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, vol. 14, no. 1, 2024, pp. 202–10, https://doi.org/10.18378/rebes.v14i1.10364.

Wedema, D., et al. “What Helps and Hinders Recovery from Depression? A Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis of Patient-Identified Recovery Factors.” *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 95, no. 1, 2026, pp. 4–27, https://doi.org/10.1159/000548808.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES

Parte I – Consentimento e perfil sociodemográfico

Item	Enunciado
Consentimento	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a opção de resposta “Concordo em participar”.
Idade	Qual sua idade?
Gênero	Qual seu gênero?
Raça/cor	Como você se autodeclara em relação à cor/raça?
Escolaridade	Qual seu nível de escolaridade?

Parte II – Questionário estruturado (12 questões abertas)

Questão	Eixo	Enunciado
Q1	1	Quando você passa por momentos difíceis emocionalmente, como costuma entender o que está acontecendo com você? Exemplos: tristeza, ansiedade, angústia, estresse, desânimo, medo, irritação ou preocupação.
Q2	1	Para você, quando um sofrimento emocional deixa de ser algo comum da vida e passa a ser um problema de saúde mental?
Q3	1	Você acha importante ter um diagnóstico psicológico ou psiquiátrico para explicar o que uma pessoa está sentindo? Por quê? Exemplos: depressão, ansiedade, pânico, transtorno bipolar, entre outros.
Q4	2	O uso de medicamentos já foi indicado, sugerido ou pensado por você como forma de cuidar de algum sofrimento emocional? Conte como foi ou em que situação isso poderia acontecer.
Q5	2	Na sua opinião, por que muitas pessoas procuram ou preferem medicamentos para lidar com sofrimento emocional? Exemplos: alívio mais rápido, indicação médica, facilidade de acesso, influência da família, falta de tempo, dificuldade de fazer terapia, entre outros.
Q6	2	Como você acha que os medicamentos podem ajudar uma pessoa que está em sofrimento emocional? E quais preocupações ou dificuldades podem existir em relação ao uso deles?
Q7	3	Além dos medicamentos, que outras formas de cuidado você considera importantes para lidar com sofrimento emocional? Exemplos: psicoterapia, conversa com familiares ou amigos, religião, atividade física, grupos de apoio, acompanhamento no SUS, práticas integrativas, entre outras.
Q8	3	Você já teve alguma experiência com cuidado em saúde mental sem uso de medicamentos? Como foi? Exemplos: psicoterapia, grupo terapêutico, atendimento em CAPS, UBS, apoio religioso, apoio familiar ou outras formas de cuidado.
Q9	3	O que pode facilitar ou dificultar a escolha por tratamentos sem medicamentos, como psicoterapia, acompanhamento psicológico ou outras formas de cuidado? Exemplos: preço, distância, falta de vagas, vergonha, falta de informação, demora para melhorar, apoio da família, confiança no profissional.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: - **Accepted:**
Vol:
DOI:
Pages:

Questão	Eixo	Enunciado
Q10	3	De que forma familiares, amigos, religião, trabalho, condições financeiras ou profissionais de saúde influenciam a escolha de um tratamento para sofrimento emocional?
Q11	1	Na sua opinião, algumas dificuldades comuns da vida acabam sendo tratadas como doenças ou transtornos? Explique. Exemplos: tristeza, luto, timidez, estresse, problemas no trabalho, conflitos familiares ou dificuldades escolares.
Q12	3	Para você, o que significa “melhorar” emocionalmente?

Nota: as questões foram apresentadas aos participantes na ordem numérica (Q1 a Q12). A coluna “Eixo” indica o eixo investigativo de cada questão, conforme descrito na seção 2.4: Eixo 1 – Concepções sobre o sofrimento emocional e a medicalização da vida; Eixo 2 – Percepções sobre o tratamento medicamentoso em saúde mental; Eixo 3 – Modalidades não farmacológicas de cuidado e fatores socioculturais. Os enunciados reproduzem o texto do formulário eletrônico (Google Forms), incluindo os exemplos que o acompanhavam.

CC BY