

## Problemas cotidianos, percepções da população e medicalização

Everyday problems, population perceptions and medicalization

Problemas cotidianos, percepciones de la población y medicalización

Recebido: 05/04/2022 | Revisado: 12/04/2022 | Aceito: 20/04/2022 | Publicado: 24/04/2022

**Renata Eliza Feitosa Brust**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4933-6528>

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

E-mail: [renataelisafb@hotmail.com](mailto:renataelisafb@hotmail.com)

**Tatiana Benevides Magalhães Braga**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1376-9957>

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

E-mail: [tatibmb@gmail.com](mailto:tatibmb@gmail.com)

**Marciana Gonçalves Farinha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2024-7727>

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

E-mail: [farinhamarciana@gmail.com](mailto:farinhamarciana@gmail.com)

### Resumo

A medicalização é um fenômeno historicamente constituído que abrange dimensões da educação, saúde, cultura, trabalho, indústria, enfim, das relações sociais e experiências subjetivas. Trata-se de um projeto científicista que compreende, a partir de uma perspectiva reducionista e individualizante, processos de saúde-doença que envolvem complexos, diversos e inter-relacionados aspectos da existência - biológicos, psicológicos, sociais, históricos, estruturais, institucionais. Atentando para a presença desse fenômeno no cotidiano do nosso tempo, a presente pesquisa visou compreender as percepções e vivências da população sobre quatro fenômenos medicalizáveis: alterações no sono, no apetite, na concentração e na motivação. Para tanto, aplicou-se um questionário virtual avaliando frequência e motivos identificados pelos sujeitos para tais fenômenos. Os dados foram analisados por metodologia quantitativa e qualitativa e indicam prevalência dos quatro fenômenos superior a 90%. Constata-se também que, em 60 a 80% dos casos, os participantes associam alterações de sono, apetite, concentração e motivação a problemas da vida cotidiana, como sobrecarga de atividades, problemas econômicos e relacionais. Aponta-se para uma associação significativa entre fenômenos medicalizáveis e cenário de vida dos afetados, o que implica atentar para uma precarização estrutural da qualidade de vida e, por outro lado, para os riscos da medicalização sem a problematização do contexto. Tal panorama consiste num alerta para profissionais de saúde, cuja prática diagnóstica pode prematuramente patologizar de modo individual fenômenos de formação complexa.

**Palavras-chave:** Medicalização; Saúde mental; Sono; Apetite; Promoção da saúde.

### Abstract

Medicalization is a historically constituted phenomenon, which covers the realms of education, health, culture, work, industry and in last social relations and subjective experiences. It is a scientific project that encompasses from both reductionist and individualizing perspective, health-disease processes that involve complex, diverse and interrelated aspects of existence, biological, psychological, social, historical, structural, institutional. Bearing in mind the presence of this phenomenon in the daily life issues of our time, this research was aimed at understanding and mapping the perceptions and experiences of the population regarding three possible experiences: changes in sleep, appetite, motivation and concentration. Therefore, a virtual questionnaire was carried out to evaluate the frequency and reasons identified by the individuals in such given phenomena. The data were analyzed by quantitative and qualitative-theoretical methodology and indicated a prevalence, higher than 90%, in each phenomenon. It is also observed that in 60 to 80% of cases the subjects associate sleep, appetite and motivation changes with problems of daily life, such as overwhelming tasks, economic and relationship problems. The results show on the one hand a significant association between such changes and experiences in the life context of those affected, which implies a risk of a structural precariousness of the quality of life and on the other hand the risks of medicalization without the contextualization of such situations. This scenario is an alert for health professionals, whose diagnostic practice may prematurely pathologize individual phenomena of complex formation.

**Keywords:** Medicalization; Mental health; Sleep; Appetite; Promotion health.

### Resumen

La medicalización es un fenómeno históricamente constituido, que abarca los ámbitos de la educación, la salud, la cultura, el trabajo, la industria y en último término las relaciones sociales y las experiencias subjetivas. Es un

proyecto científicista que abarca desde una perspectiva tanto reduccionista como individualizadora, procesos de salud-enfermedad que involucran aspectos complejos, diversos e interrelacionados de la existencia, biológicos, relacionales, sociales, históricos, estructurales, institucionales. Teniendo en cuenta la presencia de este fenómeno en cuestiones de la vida cotidiana de nuestro tiempo, esta investigación tuvo como objetivo comprender y mapear las percepciones y experiencias de la población sobre tres posibles experiencias: cambios en el sueño, el apetito, la motivación y la concentración. Por lo tanto, se realizó un cuestionario virtual para evaluar la frecuencia y las razones identificadas por los individuos en dichos fenómenos. Los datos fueron analizados por metodología cuantitativa y cualitativa-teórica e indicaron una prevalencia, superior al 90%, en cada fenómeno. También se observa que en el 60 al 80% de los casos los sujetos asocian los cambios de sueño, apetito y motivación con problemas de la vida diaria, como sobrecarga de tareas, problemas económicos y de relación. Los resultados muestran por un lado una asociación significativa entre tales cambios y experiencias en el contexto de vida de los afectados, lo que implica un riesgo de precariedad estructural de la calidad de vida y por otro lado los riesgos de medicalización sin la contextualización de tales situaciones. Este escenario es una alerta para los profesionales de la salud, cuya práctica diagnóstica puede patologizar prematuramente fenómenos individuales de formación compleja.

**Palabras clave:** medicalización; Salud mental; Sueño; apetito; Promoción de la salud.

## 1. Introdução

A medicalização consiste no reducionismo dos diversos aspectos da experiência humana (sociais, culturais, econômicos, psicológicos, ecológicos, políticos, etc.) ao âmbito compreendido pelo binômio saúde/doença, tanto como prática epistemológica e cultural quanto como projeto científicista (Barbiani et al., 2014; Cardoso, 2015). Tal reducionismo toma as contingências em que advêm os problemas educacionais, trabalhistas, de saúde, enfim, das várias dimensões da vida, como questões meramente orgânicas e individuais. A medicalização foi altamente disseminada no Brasil, tendo raízes históricas em vários fatores de sua conjuntura socioeconômica, como a cultura escravocrata e colonialista e a escassez recorrente de políticas públicas voltadas à população (Colombani & Martins, 2017). A construção de uma mentalidade moralista, meritocrática e alheia às garantias sociopolíticas cooperou no tratamento tecnicista da desigualdade social e na responsabilização individual das classes populares por más condições de vida, desconsiderando fatores socioeconômicos e naturalizando-os em discursos biológicos (Colombiani & Martins, 2017).

A hegemonia histórica das práticas medicalizantes nas políticas e concepções disseminadas sobre a saúde no Brasil vem sendo questionada principalmente a partir dos movimentos sociais por saúde que, no estabelecimento do Sistema Único de Saúde durante a década de 1980, enfatizavam a promoção e prevenção de saúde, vinculavam saúde e desenvolvimento socioeconômico e instituían concepções desmedicalizantes (Nascimento et al., 2013). A conjuntura de desmedicalização relativamente recente e a preponderância da lógica medicalizante significaram um campo fértil para a disseminação cada vez mais célere de pesquisa, produção, propaganda e comercialização de medicamentos capazes de gerar e controlar diversos sintomas e estados de humor, sobretudo a partir da segunda metade do século XX (Cardoso, 2015). Se, por um lado, essa produção permitiu maior liberdade aos pacientes psiquiátricos em estado grave, posto que a contenção química possibilitou, graças à Reforma Psiquiátrica, um processo de abandono de institucionalizações prolongadas, deflagrou também o início de uma vertente que frequentemente promete alterar quaisquer dificuldades emocionais via consumo de medicamentos (Freitas & Amarante, 2015).

Nesse cenário, a indústria farmacêutica conquistou aos poucos um espaço alarmante. De 2010 a 2012, o consumo de benzodiazepínicos cresceu 72% nas capitais (Azevedo et al., 2016). Psicoestimulantes, como o cloridrato de metilfenidato e dimesilato de lisdexanfetamina, vendidos sob os nomes de Ritalina, Concerta e Vevanse, prescritos para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), encontram-se em situação semelhante. Embora de proveito e segurança metodologicamente questionáveis (Harayama et al., 2015), seu consumo e venda no Brasil aumentaram 300% entre 2012 e 2013. Constatou-se um aumento de 775% no consumo da Ritalina na última década (Perez & Passos, 2014). A venda de antidepressivos e estabilizadores do humor cresceu 48% no Brasil entre 2008 e 2011 (Appio & Lara Junior, 2017).

Sendo a indústria farmacêutica predominantemente privada e, portanto, voltada ao lucro, sua inserção na legitimação do discurso sobre o normal e o patológico implica afrouxar parâmetros de classificação diagnóstica visando ampliar mercados consumidores. Poderosas forças econômicas criam dispositivos de disseminação da lógica de patologização do cotidiano: vivências de situações de sofrimento, conflitos relacionais e dificuldades nos processos de aprendizagem tornam-se argumento para abordagens medicalizantes entre profissionais de saúde, educadores, mídia, empresas, Estado, familiares e população em geral (Silva et al., 2012; Cardoso, 2015). Embora a disseminação indiscriminada de medicamentos esteja entre as preocupações de uma crítica desmedicalizante, a medicalização diz respeito não ao mero uso de medicamentos, mas à incorporação de uma lógica de biologização e individualização estrita de fenômenos construídos em múltiplas dimensões da vida. Uma das interfaces desse processo consiste no aumento do consumo de medicamentos, todavia ele também implica um obscurecimento da problematização das políticas e condições de ensino nos processos de aprendizagem, das condições ambientais, laborais e de acesso a cuidados nos processos de saúde, das condições sociais de produção dos vínculos e afetos. No diagnóstico de transtornos de aprendizagem e mentais, desvia-se o olhar da problematização das políticas públicas e relações sociais nas condições de ensino, trabalho, moradia, segurança, enfim, de vida (Caliman, 2012).

Nesse sentido, cabe diferenciar os verbos medicar, que se refere unicamente à prescrição de medicamentos, e medicalizar, referente à instituição, sobre fenômenos humanos, de olhares e práticas exclusivamente biológicas e focadas no adoecer, desconsiderando a complexidade das relações de poder, das organizações sociais, políticas, econômicas e culturais que compõem tanto as referências de normal e patológico quanto os contextos experienciais dos sujeitos (Baumgardt & Zardo, 2016). Quaisquer práxis que parta de uma prescrição direcionada para a perspectiva individual, estruturalista e biologizante, desconsiderando o contexto psicossocial da demanda, pode se constituir como prática medicalizante. No âmbito da Psicologia, exemplos de tais práticas podem ser ilustrados pela prescrição de psicoterapia prolongada em contextos de grave sofrimento socioeconômico, sem articulação com outros dispositivos da rede de saúde, e pela avaliação psicológica realizada apenas mediante o uso de testes ou manuais diagnósticos sem consideração mais ampla dos elementos contextuais influentes nos resultados. Nessa perspectiva, o processo psicoterapêutico pela Abordagem Centrada na Pessoa tem como proposta de intervenção baseada em um cliente que é convidado a assumir o papel de conduzir o seu processo terapêutico e o terapeuta é um facilitador no processo (Rocha & Farinha, 2022), não direcionando nem delimitando metas a serem atingidas pelo cliente.

A elaboração de documentos psicológicos deve considerar que aspectos históricos e sociais produzem efeitos sobre o fenômeno psicológico, devendo tais documentos considerar a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada do seu objeto de estudo (Conselho Federal de Psicologia, CFP, 2019).

Compreendendo que as práticas medicalizantes não estão relacionadas apenas ao uso de remédios, mas a uma ampla gama de procedimentos que operam a construção epistemológica de um olhar centrado nas disfunções do sujeito e que desvaloriza condicionantes sociais, políticos e históricos, a conduta medicalizante pode ser encontrada tanto no processo diagnóstico quanto no cotidiano da população. A relação direta entre sintoma e classificação nosográfica que pressupõe causa orgânica sem maior compreensão do contexto, quando aplicada a fenômenos da vida cotidiana, traz à tona o risco da desconsideração de outros elementos da experiência, sendo fator significativo na compreensão dos processos socioinstitucionais de medicalização (Barbiani et al., 2014).

Nesse campo de compreensão dos conflitos da experiência a partir da noção de doença, foram escolhidos para o presente estudo quatro fenômenos sob risco de medicalização – alterações do sono, do apetite, da concentração e da motivação – tanto em razão de sua inserção relativamente frequente no CID 10<sup>1</sup> (OMS, 1996), na condição de sintomas de transtornos

---

<sup>1</sup> O Código Internacional de Doenças, elaborado pela Organização Mundial de saúde, é referência para a avaliação psiquiátrica no mundo, sendo o mais utilizado no Brasil. Embora a décima primeira versão do CID tenha sido recentemente publicada, optamos pela utilização da décima versão por considerar que os diagnósticos efetuados até a presente pesquisa se baseiam nela.

mentais, quanto por sua recorrência nas experiências da vida cotidiana. No campo médico, a construção do diagnóstico psiquiátrico se baseia na identificação de um conjunto de sintomas compatíveis com um quadro nosográfico, que frequentemente não é definido por suas causas, mas pelos próprios sintomas, visto que existem diversas hipóteses neurológicas e biopsicossociais que procuram explicá-los (Basaglia, 2010). A presença de fenômenos do cotidiano tomados amplamente como sintomas psiquiátricos para avaliação diagnóstica, que denominaremos neste artigo como “fenômenos medicalizáveis”, foi analisada identificando-se sintomas que fazem parte da experiência comum da população e estão presentes em diversos diagnósticos psiquiátricos no CID 10 (OMS, 1996). Foram encontradas no CID 10 frequências relevantes para alterações no sono, no apetite, na concentração e perda de interesse pela vida: do total de 77 diagnósticos, considerando-se a classificação geral e desconsiderado diagnósticos não especificados, o apetite figura como elemento a ser observado em 12 das descrições de diretrizes diagnósticas, o sono figura em 11, a concentração figura em 19 e a motivação na vida cotidiana figura em 31 descrições (OMS, 1996).

A relevância de eventos na vida cotidiana ligados a alterações no sono, no apetite, na concentração e na motivação pode ser constatada em pesquisas sobre a incidência de tais situações. A Associação Brasileira do Sono (Lopes, 2017) aponta que cerca de 36,5% dos brasileiros têm perda da função reparadora do sono e estudo da UNIFESP, no Brasil indica que 76% da população sofre com questões de saúde relacionadas ao sono (Hirotsu et al., 2014). Estudo realizado com estudantes de medicina explicita que pessoas com alta incidência de queixas de sono irregular ou insônia tem também queixas de tontura e prejuízo no seu funcionamento geral do corpo (Cruz et al, 2021). As variações significativas de apetite têm também aumentado sua incidência na população de maneira relevante, seja descritas com distúrbios alimentares (Copetti & Quiroga, 2018; Serra & Oliveira, 2018), seja associadas a fenômenos como depressão, sobrecarga de trabalho e alterações de sono, entre outros (Nascimento & Silva, 2016). A perda de concentração e de motivação é encontrada em contextos sociais estressores, abrangendo diversos quadros de adoecimento mental e contribuindo para uma prevalência de 25% da população mundial afetada por uma perturbação mental ao longo da vida (Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

Assim, partiu-se da constatação de que há uma dupla compreensão desses fenômenos no campo social: simultaneamente se apresentam como experiências cotidianas comuns e como sintomas médicos, eventualmente utilizados como elementos diagnósticos. É nesse contexto que se insere o objetivo da presente pesquisa: frente ao conflito entre práticas medicalizantes e críticas a essa concepção, buscou-se investigar como são percebidas pelos sujeitos as queixas relativas aos problemas cotidianos de alterações do sono, do apetite, da concentração e da motivação em termos de frequência, momento de aparição, relações com os diversos âmbitos da vida.

## **2. Método**

Trata-se de estudo quanti-qualitativo. Quantitativamente, o estudo foi descritivo e qualitativamente, realizou-se uma análise das práticas discursivas presentes no cenário social para os elementos de maior frequência elencados pelos participantes, de modo a relacioná-las à sua produção no campo social, tendo como referencial da análise o pensamento hermenêutico (Sodré, 2004).

### **2.1 Instrumento**

Utilizou-se de questionário com perguntas fechadas que avaliaram a condição e frequência das categorias alterações do sono, alterações do apetite, alterações da concentração e alterações da motivação. Foram realizadas as seguintes perguntas: “Você já demorou para dormir ou teve perda parcial do sono?”; “Você já sentiu alterações ocasionais no apetite (diminuição ou acréscimo)?”; “Você já teve dificuldade para se concentrar?”; “Você já perdeu, temporariamente, a vontade de trabalhar, estudar ou sair de casa?”. Para cada pergunta os participantes responderam afirmativamente (sim) ou negativamente (não).

Para cada categoria, aqueles que responderam afirmativamente foram interrogados sobre a frequência (uma vez, duas a cinco vezes, cinco a dez vezes, dez a vinte vezes e mais de vinte vezes) e a duração de cada ocorrência (um dia, de um dia a uma semana, de uma semana a um mês, entre um e três meses, mais de três meses). Em seguida, para cada um dos fenômenos medicalizáveis pesquisados, foi solicitado aos participantes que elencassem fatores relacionados à sua ocorrência. Foram apresentados como opção de resposta os itens “Sobrecarga na escola/faculdade/trabalho”, “Problemas financeiros”, “Problemas orgânicos diretamente relacionados ao sintoma” “Problemas de relacionamento”, “Problemas de saúde em geral”. O instrumento foi estruturado para abranger o maior número possível de fatores e as respostas poderiam ser múltiplas, dando liberdade aos sujeitos para fazer todas as relações que considerassem pertinentes. Além disso, foi deixado o campo “outro, qual?” para que os sujeitos pudessem descrever respostas não previstas pelo instrumento.

Para avaliar as informações socioeconômicas foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012). As questões investigadas envolveram a posse de bens e itens de conforto doméstico, bem como o grau de instrução do chefe da família. Cada item possui uma pontuação e a classe econômica é definida pela soma dos escores.

## 2.2 Procedimento de coleta de dados

A amostra foi selecionada aleatoriamente na rede social Facebook, a partir da publicação e compartilhamento em massa de um questionário virtual na plataforma on-line *Google Docs*, solicitando à população em geral que respondesse de forma anônima, de agosto a dezembro de 2019. Sendo a pesquisa elaborada em plataforma on-line e divulgada nas redes sociais, é preciso ressaltar que, embora abranja todo o Brasil, o público respondente possui um recorte de acesso às plataformas digitais. Assim, consideramos genericamente como perfil populacional investigado aquele apontado pelo IBGE (2018a) como utilizador de espaços on-line, a saber: 69,8% da população brasileira acessa a internet, num total de 126 milhões de pessoas, sendo que dessas, 74,8% da população são da área urbana. O uso da internet na população entre 14 e 54 anos varia entre 88,4 e 63,6% conforme faixa etária. Dos internautas, 117 milhões estavam no Facebook em 2017, segundo dados da própria empresa. Considerando os dados do IBGE (2014) 126 milhões internautas e 95,5% dos usuários entram na Internet para trocar mensagens por aplicativos, estima-se que mais de 90% dos internautas esteja também conectada ao Facebook, abrangendo uma população com classes sociais de A a D, na mesma proporção entre homens e mulheres e de faixa etária predominante entre 18 e 54 anos.

## 2.3 Aspectos Éticos

Conforme as normativas éticas que regem as pesquisas em saúde (Resolução CNS 510/2016), o projeto foi avaliado e aprovado por comitê de ética sobre o número (para não ocorrer identificação dos autores, o número será informado após avaliação). Todos os participantes integraram voluntariamente a pesquisa, lendo e aceitando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na plataforma virtual antes do início do preenchimento do questionário. Para evitar o risco de identificação dos dados ou dos participantes, todo o material utilizado para registro foi descartado após a análise e os TCLEs foram armazenados em espaço de acesso exclusivo dos pesquisadores.

## 2.4 Procedimento para análise de dados

Os dados foram analisados de forma descritiva, calculando-se porcentagens de frequência médias para as variáveis de interesse do estudo, sendo os resultados apresentados em gráficos. Foram realizadas análises descritivas das respostas fechadas sobre quatro categorias: alterações no sono, alterações no apetite, alterações na concentração e alterações da motivação. As respostas foram classificadas de acordo com o tipo de fenômeno questionado, a frequência, a duração e os fatores que a

população associa espontaneamente à sua ocorrência, catalogando-se o número e a porcentagem de recorrências de cada classificação adotada. Para tanto, foi realizado tratamento estatístico, calculando-se amostra mínima de 245 pessoas, conforme proposta de Oliveira e Grácio (2005), com grau de confiança em 90% e margem de erro de 6%. As respostas abertas - descritas no item “outros” foram incluídas em categorias presentes no tratamento estatístico, conforme tabela descrita posteriormente na análise de respostas. Qualitativamente, realizou-se uma análise das práticas discursivas presentes no cenário social para os elementos de maior frequência elencados pelos participantes, de modo a relacioná-las à sua produção estrutural, tendo como referencial de análise o pensamento hermenêutico (Sodré, 2004).

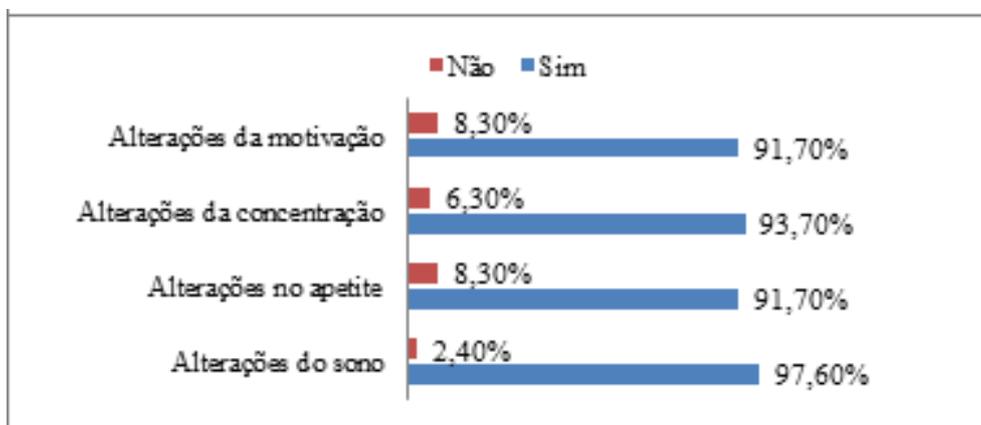
### 3. Resultados e Discussão

A pesquisa obteve 252 respondentes, superando a amostra mínima. Primeiramente, foram questionadas a incidência de alterações de sono (dificuldade para dormir ou perda parcial do sono), alterações de apetite (diminuição ou aumento), alterações da concentração (diminuição ou perda) e alterações da motivação (diminuição ou perda) na população e a frequência dessas experiências. Os dados obtidos são apresentados na Figura 1.

Na investigação do fenômeno de dificuldade para dormir ou perda parcial do sono, 97,6% das pessoas já passaram por esse tipo de situação; para alterações no apetite, encontramos que 91,7% participantes já vivenciaram o fenômeno. A dificuldade de concentração ocorreu para 93,7% dos participantes e o desinteresse em trabalhar, estudar ou sair de casa obteve 91,7% de respostas afirmativas. Observa-se, portanto que alterações de sono, apetite, concentração e motivação são altamente frequentes, atingindo mais de 90% da população, consistindo um indício de experiência habitual.

No tocante à frequência dos fenômenos estudados, 59,9% da população vivenciou alterações do sono por mais de vinte vezes e 10,9% por mais de 10 vezes, totalizando 70,8% de alta incidência de alterações de sono. Também quanto a alterações do apetite, 59,1% dos respondentes passou por isso mais de vinte vezes e 12,9% mais de 10 vezes, somando 72% de alterações frequentes no apetite. As dificuldades de concentração atingiram a população por mais de vinte vezes em 57,9% das ocorrências e mais de dez vezes em 15,7%, num total de 73,6% de dificuldades de concentração frequentes. Com relação à motivação, em 44,5% dos casos a situação ocorreu mais de vinte vezes e em 14,8% mais de dez vezes, somando-se 59,3% de alta frequência do fenômeno. Analisa-se assim que tais fenômenos não apenas atingem a grande maioria da população, mas também ocorrem de forma reiterada, com um intervalo de 59,3% a 73,6% de incidência de repetições superior a dez vezes.

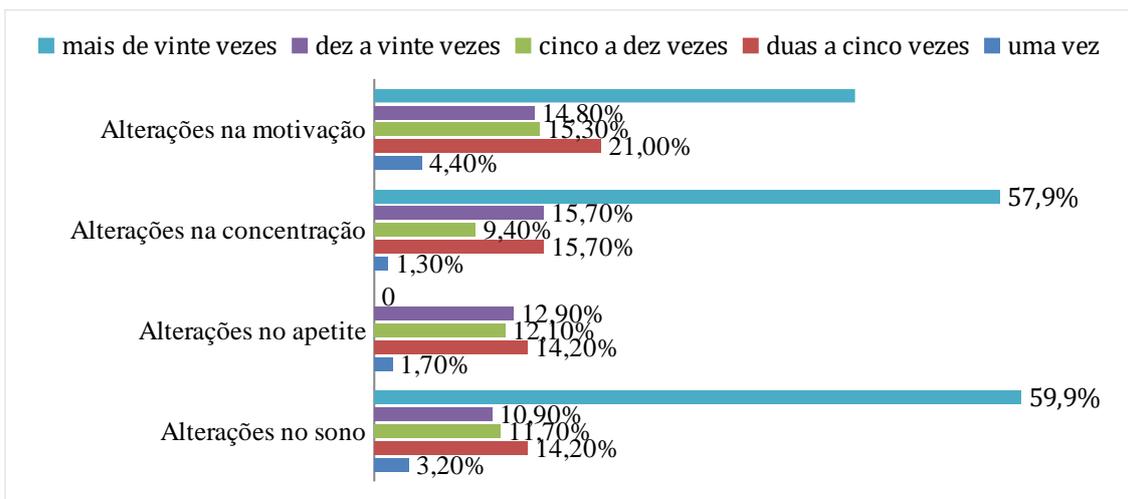
**Figura 1:** Gráfico de Incidência de fenômenos medicalizáveis na população, 2018.



Fonte: Autores.

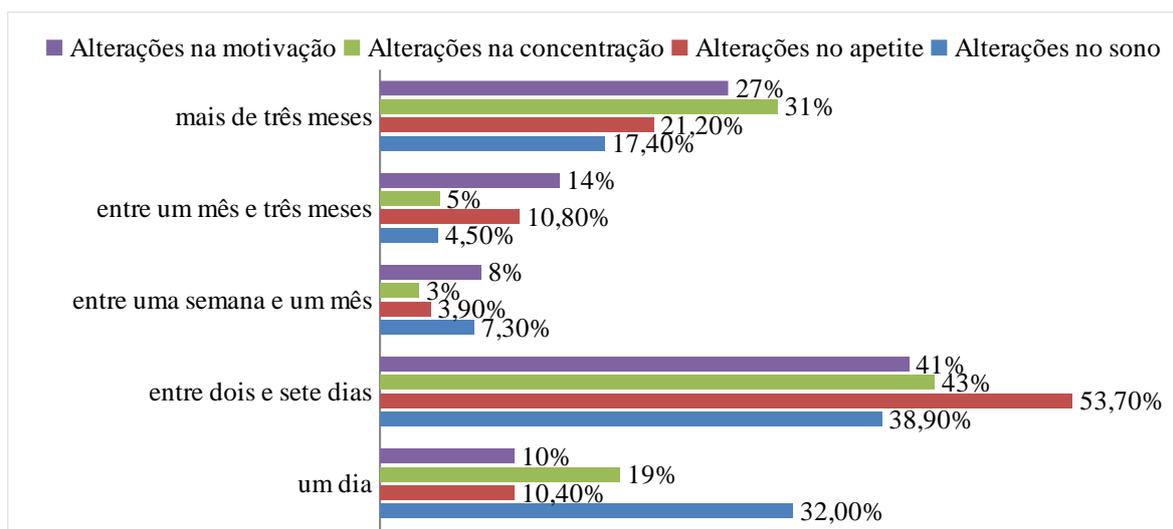
Quanto à duração, apenas 32% dos respondentes apresentam alterações do sono consideradas de menor risco à saúde. A duração entre dois dias e uma semana, presente para 38,9% dos participantes, já pode caracterizar alterações na saúde, pois a restrição de sono é considerada crônica a partir de cinco dias (Abrams, 2015). Considerando-se 7,3% das respostas que apresentam alterações no sono com duração entre uma semana e um mês, 4,5% que referem entre um e três meses e 17,4% que apontam mais de três meses de alterações do sono, há um total de 29,2% de alterações do sono que descreve grande vulnerabilidade para alterações hormonais, risco de doenças metabólicas, cardiovasculares e imunológicas (Abrams, 2015), sendo 21,9% de alterações de duração superior a um mês.

**Figura 2:** Gráfico de Frequência dos fenômenos medicalizáveis.



Fonte: Autores.

**Figura 3:** Gráfico de duração dos fenômenos medicalizáveis.



Fonte: Autores.

Também em relação a alterações do apetite, embora persistissem até uma semana para 53,7% dos participantes, permaneceram entre um e três meses para 10,8% da população e mais de três meses para 21,20%, num total de 32% de duração do fenômeno capaz de causar alterações metabólicas significativas em índices como peso corporal, colesterol, produção de insulina, entre outros (Halpern et al., 2004). Cabe lembrar que a própria alteração do sono consiste num fator de risco para

alterações do apetite, já que interfere na produção de grelina, peptídeo estimulador do apetite (Abrams, 2015). Quanto à perda de concentração, 18,6% dos participantes relata duração de um dia, 43% de dois dias a uma semana, 3% de uma semana a um mês, 4,6% entre um e três meses e 30,8% mais de três meses, num total de 35,4% de alterações na concentração com duração maior que um mês. Para 10,4% das pessoas, a perda da motivação durou um dia, para 41% de dois dias a uma semana e para 7,8%, de uma semana a um mês. Um índice de 13,9% vivenciou essa situação entre um e três meses e 27% mais de três meses, totalizando 40,9% de situações prolongadas de perda de motivação.

Como análise geral dos gráficos apresentados nas Figuras 1, 2 e 3, o primeiro aspecto destacado foi a alta incidência (maior do que 91,7%) e alta intensidade dos fenômenos, tanto em termos de frequência quanto em termos de duração: a repetição do fenômeno mais de dez vezes variou de 59,3% a 73,6%, indicando presença significativa em todos os casos, enquanto a alta persistência longitudinal (somatória de respostas entre um e três meses e mais de três meses) variou de 21,9% a 40,9%. Tais dados ultrapassam índices atribuíveis a fatores orgânicos ou critérios diagnósticos de transtornos mentais, considerando-se que no CID 10 (WHO, 1996), problemas de sono ocorrem em 10% das categorias diagnósticas, enquanto o apetite figura como sintoma em 15% dessas categorias. Mesmo que se considerasse todos os sintomas descritos no Capítulo F do CID 10 como orgânicos, haveria uma incidência de problemas de sono, apetite, concentração e motivação maior do que a justificável por uma inclusão nas classificações desse código, sendo ainda menos justificável a restrição das causas a processos biológicos. A prevalência dos fenômenos do sono, apetite, concentração e motivação fica clara quando se compara sua incidência a uma doença corriqueira, como a gripe, que atinge de 5 a 15% da população mundial durante os períodos endêmicos (Vos et al., 2018), e a febre em crianças, sintoma comum a muitas doenças, que é de 25% (Feldhaus & Cancelier, 2012).

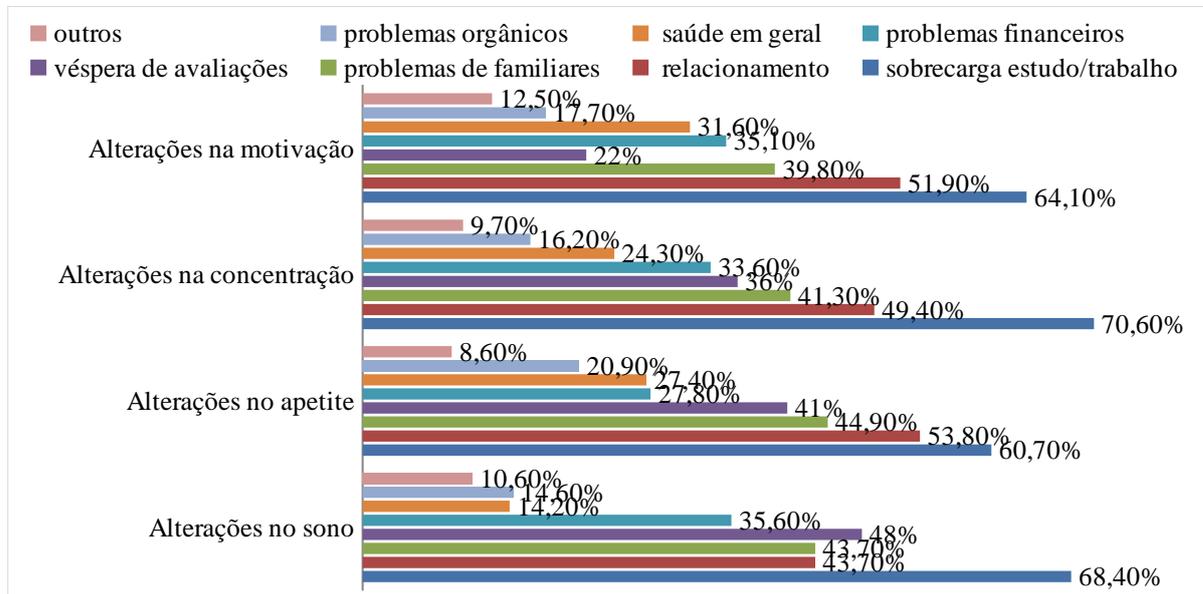
Com incidência e duração muito superior a doenças comuns como gripe e a sintomas comuns como a febre, os dados relativos a fenômenos medicalizáveis demonstram que sua consideração como sintoma de doença deve ser muito cuidadosa, já que abordá-los unicamente por meio desse viés implicaria uma ampliação muito além do usual na prevalência epidemiológica tradicional. A prática de medicalizar tais fenômenos, tomando-os como exclusivamente biológicos e dissociando-os das condições de vida, aponta para dois aspectos: primeiramente, sua ausência figura como uma representação idealizada do corpo e da saúde, inatingível para a maioria da população; em segundo lugar, os dados sugerem uma relação direta entre a presença de tais fenômenos e as condições de vida. Num contexto em que certas vertentes dos discursos em saúde têm contribuído para formar uma concepção de corpo-máquina – produtivo, imune a contingências e implicações da realidade, livre de sofrimento – qualquer indício de fragilidade é classificável como doença (Caliman, 2012).

A incidência de Transtornos Mentais comuns no mundo, que soma ansiedade e depressão e possui alterações do sono, apetite, concentração e motivação entre seus sintomas, é estimada pela Organização Mundial de Saúde em 8% em 2017 (WHO, 2017), alcançando um resultado significativamente inferior à incidência de fenômenos medicalizáveis encontrados na presente pesquisa. Tal incidência, muitas vezes apresentada de modo alarmista e iatrogênico como uma “epidemia” de problemas psiquiátricos, pode alternativamente ser analisada como parâmetro da má qualidade das condições de vida de grande parte da população. Sabe-se que o capítulo de Transtornos Mentais do CID (1996) não identifica causas estritamente orgânicas, trabalhando frequentemente com hipóteses neurológicas ainda carentes de maior comprovação e, podendo também ter sua nosografia associada a causas multifatoriais.

Considerando-se que, como se observará nos gráficos ilustrados nas Figuras 4 e 5, o índice de associação dessas alterações a problemas orgânicos pelos próprios participantes foi sempre menor do que a incidência prolongada e frequente dos fenômenos, observa-se que há grande parcela de pessoas com problemas prolongados de sono, apetite, concentração e motivação não decorrentes de condições orgânicas, abarcando aspectos localizáveis em outras dimensões da experiência. O

gráfico apresentado na Figura 4 ilustra os fatores aos quais a população atribui suas alterações de sono, apetite, concentração e motivação.

**Figura 4:** Gráfico de causas atribuídas pela população aos sintomas medicalizáveis (2018).



Fonte: Autores.

No tocante à frequência de sujeitos que identificava como causa uma determinada ocorrência, descrita no gráfico representado na Figura 4, o primeiro elemento a destacar é que houve uma variação de 634 respostas (para alterações da motivação) a 689 respostas (para alterações do sono), para um total de 254 participantes, numa média que varia de 2,49 a 2,71 respostas por pessoa em cada categoria, indicando que grande parte dos participantes considera as causas dos fenômenos numa perspectiva multifatorial. A sobrecarga na escola/faculdade/trabalho foi o fator mais apontado em todas as categorias, com índices significativamente superiores a outros fatores: figura como motivo para 68,4% dos que apresentaram problemas de sono, 60,7% dos que referiram alterações de apetite, 70,6% dos que afirmaram problemas de concentração e 64,1% dos que descreveram problemas de motivação. Véspera de concursos, provas, entrevistas de emprego ou quaisquer outras avaliações foram a segunda causa apontada para 48,2% dos entrevistados com problemas de sono. Problemas de relacionamento foram a segunda causa para alterações do apetite (53,8%), dificuldades de concentração (49,4%) e problemas de motivação (51,9%). Véspera de avaliações, problemas financeiros, problemas vividos por pessoas próximas e problemas de saúde também figuraram como causas frequentes, com diversos índices superiores a 30%.

Cabe ressaltar que a alta prevalência de sobrecarga de atividades (60,7% a 70,6%), problemas financeiros (27,8% a 35,6%) e véspera de eventos voltados ao progresso profissional e financeiro (21,6 a 48,2%), demonstra uma relação significativa entre incidência de fenômenos medicalizáveis e as condições contemporâneas de precarização do trabalho e da proteção social, aliadas à pressão por produtividade e alta competitividade. A sobrecarga de atividades, longe de ser uma impressão pessoal dos participantes, é um evento concreto. Embora a média de horas de trabalho remunerado no Brasil tenha sido de 39,85 em 2015 e de 39,65 em 2017 (IBGE, 2018b), tal média obscurece dois problemas: 4% da população estava subocupada por insuficiência de horas em 2015, enquanto 40,7% da população empregada trabalhava de 40 a 44 horas semanais, 12,1% trabalhava de 45 a 48 horas e 11,9% trabalhava mais de 49 horas semanais, havendo assim uma real sobrecarga de afazeres ao menos para 64,7% da população (Corseuil, 2018). Ou seja, a média laboral engloba parte da população precariamente vinculada ao trabalho que precisaria de mais horas trabalhadas para compor uma renda satisfatória,

bem como pessoas desempregadas, representando, portanto, uma população em situação estressora, bem como a população que, em sobrecarga de trabalho, vive situação também estressora.

Ademais, as condições de produção complexa do capital visando aumentar a produtividade em direção ao lucro implicam o aumento da intensidade do trabalho, do alcance das metas e de horas de capacitação, exigindo cada vez mais dos sujeitos. A média de horas de capacitação para além da carga de trabalho aumentou de 10 horas por ano em 1990 para 45 horas por ano em 2014, segundo dados Associação Brasileira de Trabalho e Desenvolvimento (ABTD, 2014); o número de horas extras aumentou com o trabalho domiciliar promovido por novas tecnologias, segundo a Organização Internacional do Trabalho (Canestrelli, 2017); o grau exigido de produtividade no trabalho cresceu 15% de 1990 a 2010 (Silva, Menezes Filho, & Komatsu, 2016). O panorama de maior intensidade, maior sobrecarga psicológica e física e maior grau de implicação da subjetividade do trabalhador (Alves, 2011) pode ser associado ainda ao aumento do desemprego nos últimos anos – de 7,8% em abril de 2012 para 12,9% em abril de 2018, segundo o PNAD (IBGE, 2018b). Num cenário de desigualdade social vinculado às grandes corporações, em que 82% da riqueza mundial se concentra nas mãos do 1% mais rico e pouco fica com os 50% mais pobres (Oxfam, 2017), o desemprego estrutural atua também como fator estressor, pois ameaça constantemente a manutenção ou melhoria das condições de vida e pressiona os trabalhadores para se sujeitarem a situações precárias de trabalho e salários baixos (Paulo Netto & Braz, 2006). A riqueza do 1% mais rico poderia acabar com a pobreza extrema no mundo por mais de sete vezes (Rossi, 2018), ilustrando a dimensão de uma desigualdade social que pode vir a ter ainda mais impacto na saúde da população, tendo em vista a aprovação da Reforma Trabalhista, que permitiu a realização de até 12 horas diárias de trabalho e flexibilizou o pagamento de horas excedentes trabalhadas (Krein, 2018).

A incidência de problemas de todas as ordens foi significativamente mais citada pelos participantes do que causas orgânicas ou diretamente relacionadas ao estado de saúde biológica. Tais dados são ilustrados no gráfico da Figura 5, que descreve a frequência para respostas que relacionam fenômenos medicalizáveis às condições de vida com variação alta para todos eles, entre 79,5% e 87,2%. Mesmo possibilitando-se múltiplas respostas e havendo opções ligadas à saúde orgânica, foi alta a prevalência de fatores como rotina, relações sociais e ambiente, ilustrando a espontaneidade da relação entre cotidiano e sintomas para as pessoas.

Para efeitos de análise dos fatores que os participantes associam a cada fenômeno, foram obtidas 689 respostas para alterações do sono, 667 do apetite, 661 da concentração e 634 da motivação. O total de respostas foi somado, sendo calculadas as porcentagens relativas ao conjunto de respostas de cada fenômeno, e sendo classificados, durante a análise, quatro grandes grupos: respostas relacionadas a elementos biológicos, respostas referentes às condições e/ou situações da vida cotidiana, respostas de cunho psicológico individualizante e respostas sem referência clara. Foram consideradas como respostas com relação a elementos biológicos: a) problemas orgânicos diretamente relacionados ao sintoma e b) problemas de saúde em geral. Foram incluídas como respostas que se referem às situações da vida cotidiana: a) sobrecarga na escola/faculdade/trabalho; b) problemas financeiros; c) problemas de relacionamento; d) problemas vividos por familiares e amigos íntimos e e) véspera de concursos, provas, entrevistas de emprego ou quaisquer outras avaliações. As categorias respostas de cunho psicológico individualizante (que tivessem referência a elementos intrasubjetivos) e respostas sem referência clara (compostas por descrições indeterminadas) foram acrescentadas após a análise das respostas dos sujeitos no item “outros”.

As respostas oferecidas espontaneamente pelos participantes no item “Outros” foram classificadas de acordo com as categorias “Elementos Biológicos”, “Situações da Vida cotidiana”, “Elementos individualizantes” e “respostas sem referência clara” de acordo com a Tabela 1, que apresenta respostas típicas de cada categoria. Posteriormente, todos os dados foram organizados no gráfico ilustrado na Figura 5 que mostra a frequência de respostas por categoria.

O gráfico representado na Figura 5 investigou a proporção de respostas relativa a cada categoria de evento associado. Foram identificadas 689 respostas sobre possíveis fatores relacionados às alterações no sono. Do total de respostas, 73 (10,6%)

associaram o problema a elementos biológicos, 601 (87,23%) a situações da vida cotidiana, 12 (1,74%) apontaram elementos psicológicos individualizantes e 3 respostas (0,43%) não possuíam referência clara. Isso significa que poucas respostas ressaltam a dimensão biológica, sendo que a identificação estritamente orgânica aconteceu em apenas 36 respostas (5,2%), já que o item “problemas de saúde em geral” pode se referir a diversos elementos, não tendo necessariamente base orgânica. Parece ainda significativa a referência a uso de medicações em duas respostas, sendo que uma delas descreve claramente medicação psiquiátrica (antidepressivo). Tal fato alerta para a presença de situações em que, a depender da condição de inserção do medicamento, a própria medicalização pode servir como elemento para a criação de sintomas medicalizáveis. Tal possibilidade carece ainda de investigações, principalmente quanto a eventuais situações de supermedicação ou automedicação.

As duas categorias com maior frequência de respostas se referem à sobrecarga de atividades (169 ou 24,5%) e à véspera de avaliações (119 ou 17,3% das respostas). Em seguida, os participantes apontam problemas de relacionamento e problemas de pessoas próximas (ambos com 108 respostas ou 15,7%) e problemas financeiros (12,8% ou 88 respostas). Destaca-se que cada subitem ligado à categoria “vida cotidiana” teve, individualmente, maior frequência do que as respostas biológicas somadas.

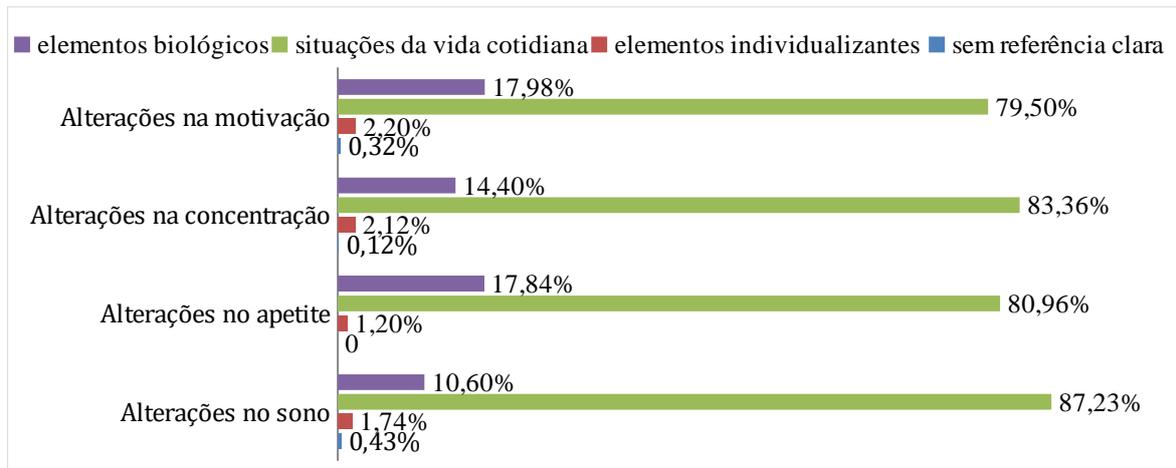
Outro elemento a observar é que, entre os problemas da vida cotidiana, aqueles referentes às condições materiais de vida tiveram frequência significativamente mais alta do que outros tipos de problemas: somando-se sobrecarga, avaliações e problemas financeiros, temos 65,9% das respostas totais, contra 31,3% de problemas de relacionamento ou de pessoas íntimas e 10,3% de problemas orgânicos. A prevalência de problemas materiais aponta o impacto que a instabilidade social, a decorrente insegurança individual quanto à sobrevivência e o mister de buscar e manter espaço profissional possui na saúde da população. Tais dados coadunam-se com a falta de condições mínimas de vida para a maioria dos brasileiros: 64,8% da população brasileira tem restrição de acesso a, pelo menos, um elemento básico, como educação, proteção social, moradia adequada, saneamento ou internet (IBGE, 2018b). Esses dados chamam a atenção já que num panorama de grande instabilidade social, a escassez socioeconômica tem impacto sobre a saúde, pois gera constante risco de perda de condições dignas de vida, ainda que não efetivado (Bauman, 2012).

**Tabela 1:** Respostas típicas efetuadas no item “Outros”:

<b>Elementos Biológicos</b>	<b>Vida cotidiana</b>	<b>Elementos individualizantes</b>	<b>Sem referência</b>
Uso de medicação; Uso de drogas; Tensão Pré Menstrual; Deficiência de vitamina B12 (sou vegano); Tireoidectomia e reposição hormonal; Cansaço	Pressa de ser bem sucedido; Vida sexual; Luto; Problemas diversos; Véspera de evento; Excesso de luz; Preocupação com o futuro; Redes sociais; Bullying; Sono; Desinteresse na atividade; Cansaço; Excesso de informação; Preocupação com o futuro; Dormir pouco; Insegurança com o futuro/país; Desemprego; Violência; Falta de sentido na atividade; Miséria/Desigualdade social; Odeio trabalhar; Rotina;	Agitação; Ansiedade; Sou assim; Pesadelos; Nunca dormi direito; Depressão; Algo crônico; Compulsão; Problemas psicológicos; Frustração; Decisão por não comer; Desesperança; Ausência de propósito; Não consigo; Psicológico alterado; Preguiça; Fadiga Excessiva; Insegurança; Problemas emocionais; Desânimo;	Não me recordo; Não sei, Não lembro, Todos acima

Fonte: Autores.

**Figura 5:** Gráfico de frequência de categorias de fatores medicalizáveis.



Fonte: Autores.

Sobre as respostas de cunho individualizante, nota-se que o discurso medicalizante já está tão sedimentado socialmente que algumas vezes, passa a ser repetido espontaneamente pelos sujeitos. Ao considerar-se a causa da insônia meramente como agitação ou ansiedade, substitui-se um sintoma por outro, sem relacioná-lo à sua causa. Nesse caso, a pergunta seguinte seria: e o que provoca a ansiedade? Destaca-se ainda que, entre todas as respostas, apenas uma única pessoa descreveu ausência de problemas para dormir especificamente, acentuando ainda mais a onipresença social do fenômeno das alterações de sono.

Houve 667 respostas sobre possíveis fatores ligados às alterações no apetite. Deste total, 119 (17,84%) associaram o problema a elementos biológicos, 540 (80,96%) citaram situações da vida cotidiana e 8 (1,2%) referiram elementos psicológicos individualizantes. Pode-se dizer que é expressiva a consideração biológica de alterações no apetite, vinculando-a a ciclos naturais do organismo, como menstruação ou menopausa, ou ao uso de substâncias psicoativas (SPAs). Ainda assim, as referências a elementos da vida cotidiana é notadamente maior, o que pode indicar que, apesar de aspectos biológicos possuírem impacto nas expressões de saúde dos sujeitos, as questões relacionadas à vida em sociedade são mais definitivas. Na categoria elementos biológicos, apenas 49 (7,35%) respostas associaram a elementos orgânicos diretamente ligados ao apetite, sendo que os outros 9,6% relacionaram com a saúde mais ampla. Na categoria das situações cotidianas, a sobrecarga de atividades segue como o principal fator citado, com 142 (21,3%) respostas. Somadas às 65 (9,8%) respostas referindo a problemas financeiros e 96 (14,4%) véspera de concursos, temos 45,5% de respostas ligadas a condições materiais de vida, o reintera seu impacto sobre os fenômenos pesquisados. É relevante a referência dos participantes a problemas de relacionamento com 126 (18,9%) respostas e problemas vividos por familiares ou amigos íntimos, com 105 (15,7%), números que indicam o peso das relações sociais sobre a saúde das pessoas, indo na contramão das práticas medicalizantes, que individualizam o sofrimento.

Foram identificadas 661 respostas sobre fatores ligados a problemas de concentração. Das respostas, 96 (14,4%) associaram elementos biológicos, 551 (83,36%) referiram situações da vida cotidiana e 14 (2,12%) citaram elementos psicológicos individualizantes, reiterando a influência das questões da vida cotidiana na saúde das pessoas. Sobre os fatores considerados independentemente, 38 (5,7%) respostas relacionaram elementos orgânicos diretamente ligados à concentração. A sobrecarga de atividades permaneceu a resposta mais frequente com 166 (25,1%). Somando-a a problemas financeiros, que perfizeram 79 respostas (11,95%) e véspera de concursos, com 85 (12,86%), temos 49,9% de respostas ligadas às condições materiais de vida. Problemas de relacionamento possuem 116 respostas (17,5%) e os vividos por familiares e amigos íntimos

97 (14,7%). É ainda expressivo o número de respostas individualizantes no item “outros”. Mesmo que tenha havido respostas com considerações a questões da vida e algumas de viés orgânico, a maioria dos sujeitos (18 de 23 respostas, ou 2,7% do total) compreende que suas dificuldades de concentração são congênitas ou não as relaciona a nenhuma situação disparadora, como se o fenômeno surgisse isoladamente em suas vidas.

Foram identificadas 634 respostas sobre possíveis fatores relacionados à perda da vontade para estudar, trabalhar ou sair de casa. Desse total, 114 (17,98%) respostas citaram elementos biológicos como causa, 504 (79,5%) referiram situações da vida cotidiana e 14 (2,2%) elementos psicológicos individualizantes. Os resultados reiteram a relevância das situações da vida cotidiana e seus efeitos sobre os fenômenos estudados, havendo menor incidência de problemas orgânicos diretamente ligados ao sintoma: 41 respostas (6,47%). Problemas de saúde em geral, que podem abranger fatores múltiplos, somaram 73 respostas (11,51%). A sobrecarga de atividades obteve 148 respostas (23,3%), persistindo como escolha mais frequente que, somada a 81 (12,77%) respostas relacionadas a problemas financeiros, e 50 (7,88%) a véspera de concursos provas, entrevistas de emprego ou outras avaliações, computam 43,95% de respostas ligadas a condições materiais de vida. A sobrecarga de atividades é seguida por problemas de relacionamento, com 120 respostas (18,9%) e problemas vividos por familiares e amigos íntimos com 92 respostas (14,5%).

Se, na experiência dos sujeitos, questões socioeconômicas e relacionais são claramente preponderantes, o mesmo não se passa no discurso científico. Nesse âmbito, destacam-se pesquisas que articulam experiências de alterações de sono, apetite e memória a fatores biológicos como atestam as revisões de literatura. Sobre sono (Santos et al., 2014), todos os estudos utilizaram critérios de diagnóstico psiquiátrico para avaliar alterações, com rara menção a variáveis psicossociais. Também no fenômeno de alterações do apetite, a maioria dos artigos destaca transtornos alimentares em diretriz biológica (Bernardi et al., 2009). Nas pesquisas sobre concentração, prepondera o diagnóstico de Transtorno de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Leonardo & Suzuki, 2016). Raramente se menciona, sobre o termo estresse, condições específicas de certas categorias de trabalho. No tocante à motivação, prevalece a menção à depressão, bem como a técnicas de aumento da motivação visando melhoria do desempenho no exercício de tarefas (Castiel et al., 2016). Nenhum dos estudos menciona sobrecarga de atividades ou riscos oriundos da instabilidade social. Em todos os casos, as variáveis psicossociais se referiram mais frequentemente a aspectos familiares ou elementos da história pessoal, com pouca menção a condicionantes sociais mais amplos e estruturais.

Tal posicionamento é ainda ilustrado por falas como a do prêmio Nobel de medicina Eric Kandel, que em visita ao Brasil em 2011 afirmou: “Nós psiquiatras ainda temos que recorrer à história do paciente (...) Precisamos desesperadamente de bons marcadores biológicos”, indicando a crença na necessidade de suprimir as variáveis psicossociais e ater-se ao biodiagnóstico, adotando uma lógica segundo a qual “uma patologia só é realmente real quando sua existência biológica é comprovada” (Caliman, 2012). Cabe ressaltar que, nos estudos de Santos et. al. (2014), Bernardi et. al. (2009) e Leonardo & Suzuki (2016), em todos os artigos encontrados pelos pesquisadores em bases de dados que propunham algum atendimento em saúde a pessoas com problemas de sono e apetite, considerava-se a atuação na dimensão orgânica tanto para diagnóstico quanto para tratamento, não havendo proposições para a mudança mais ampla e significativa de condições estruturantes relacionadas ao problema. Não constituindo o principal foco desta pesquisa, a investigação da literatura científica permitiu encontrar indícios consistentes da pouca atenção a fatores psicossociais no estudo de fenômenos medicalizáveis, porém merece ser tomada como foco importante de aprofundamento em futuras investigações.

A mesma valorização de elementos biológicos em detrimento de condições psicossociais ocorre no campo da divulgação midiática e cultural. Nos 20 primeiros resultados para os descritores associados “causas” e “problemas do sono” no Google, todas as matérias são predominantemente biológicas, ressaltando doenças, dores, uso de drogas e medicamentos, corroborando o olhar biologizante que Soares e Caponi (2011) encontram em estudo do discurso midiático sobre a depressão. Já na seção “Dicas de Saúde” do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) sugerem-se ações como “chegar em casa pelo menos três

horas antes do horário de dormir. Deixar bem claro para você mesmo que seu dia de trabalho acabou pelo menos duas horas antes de dormir, quando então deverá tomar banho, ler e relaxar”. Além de inexequíveis para a maioria da população, já que a estrutura social exige exceder muito as horas de atividade regular (ABTD, 2014, Corseuil, 2018), transfere-se ao sujeito a responsabilidade de solucionar esse problema estrutural.

Em uma conjuntura de atendimento em saúde descontextualizado e conduzido pela tríade “queixa - diagnóstico biológico - medicação”, ocorre a captura de subjetividades pela lógica do capital, internalizada e reproduzida, e os indivíduos são responsabilizados por suas condições socioeconômicas, levando o adoecimento a ser visto como pejorativo e unicamente subjetivo (Pereira, 2017). Battiston et al. (2006) encontram que 40% dos motoristas de ônibus em Florianópolis utiliza regularmente medicação para dores adquiridas no exercício da atividade, porém sem alterações ergonômicas ou estruturais na rotina laboral; Rocha e Martino, (2009) observaram que 17,7% dos enfermeiros hospitalares fazia uso remédios para dormir devido ao turno de trabalho. A preponderância da referência biológica, preocupações e turnos de trabalho são resolvidos com ansiolíticos e hipnóticos, exigências escolares são abordadas com o uso de estimulantes que permitam exceder horas de trabalho e estudo, dificuldades financeiras ou relacionais são remediadas pelo uso de antidepressivos, criando uma ideologia maquiadora dos conflitos sociais que estão na base dos problemas de saúde. Opera-se não a reflexão sobre situações geradoras de incômodo em nível individual e coletivo, abrangendo experiências pessoais, estruturas e modos de funcionamento das instituições sociais, mas a ampliação do desempenho do sujeito frente a situações desafiantes ou insalubres. A patologização da vivência e sua respectiva medicalização ganham contornos de um grave problema social e a intervenção com vistas a um repensar desses processos é uma responsabilidade, minimamente, de todos profissionais da saúde.

#### **4. Considerações Finais**

A pesquisa encontrou relação significativa entre sintomas medicalizáveis e situações do cotidiano que os justificam. Entre os resultados, salienta-se a grande frequência de respostas associadas a dimensões da segurança socioeconômica na descrição dos fenômenos pesquisados, seguida por questões das relações interpessoais. Há frequência significativa entre os sintomas medicalizáveis e elementos da vida cotidiana que são típicos da sociedade contemporânea, tais como a aceleração do tempo, a diminuição da segurança socioeconômica e a fragilização dos laços sociais. Diferentemente do modo como as pessoas vincularam espontaneamente os fenômenos pesquisados a questões da vida e de relacionamentos, a classificação médica/diagnóstica tende a induzir uma dissociação em que o sintoma frequentemente deixa de se referir à experiência, podendo implicar em sérios riscos à saúde dos sujeitos envolvidos no processo diagnóstico. Medicalizando, não se resolvem os fatores produtores do problema – pelo contrário, instalam-se condições iatrogênicas de reprodução dos sintomas.

A pesquisa encontrou contradições entre o modo como os sujeitos vivenciam suas experiências em relação a “fenômenos medicalizáveis” e o discurso científico e cultural, em que predomina um olhar orgânico sobre a saúde. Isso coloca uma questão relevante a ser compreendida em futuras pesquisas: o risco de “fenômenos medicalizáveis” se tornarem, de fato, fenômenos medicalizados, sob o pano de fundo da alta incidência de má qualidade de sono, de alimentação e de vida associada à ausência de um atendimento em saúde que abranja fatores significativos para a prevenção ou remissão dessas condições.

Recomenda-se novos estudos abrangendo o cruzamento de dados entre a frequência e tempo de permanência dos sintomas e a causa apontada pelos indivíduos, que poderia indicar se sua persistência também se associa à persistência dos problemas cotidianos vividos ou a outras causas, como fatores orgânicos. Sugere-se, ainda, explorar o cruzamento de dados dos próprios sintomas, que poderia indicar a presença de situações adversas de vida ou uma vivência mais intensa do sujeito. Além disso, a pesquisa poderia ser ampliada para atingir outras camadas sociais.

## Referências

- Abrams, R. M. (2015). Sleep Deprivation. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 42, 493–506. Doi: 10.1016/j.ogc.2015.05.013
- Alves, G. (2011). *Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório*. Boitempo, São Paulo.
- Appio, A. J., & Junior, N. L. (2017). O entorpecimento do trabalhador como estratégia de controle social no Brasil. *PSI UNISC*, 1(1), 06-17. Doi: 10.17058/psiunisc.v1i1.9887
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. (2012). *Critério de classificação econômica Brasil*. <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>
- Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento (ABTD). (2014). *Pesquisa Anual MOT/ABTD. O retrato do treinamento no Brasil: 2013-2014*. Revista T&D. <http://portal.abtd.com.br/Conteudo/Material/Arquivo/PesquisaABTD20132014.pdf>
- Azevedo, A. J. P., Araújo, A. A., & Ferreira, M. A. F. (2016). Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 83-90. Doi: 10.1590/1413-81232015211.15532014
- Barbiani, R., Junges, J. R., Asquidamine, F., & Sugizaki, E. (2014). Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. *Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 567-587. Doi: 10.1590/S0103-73312014000200013
- Basaglia, F. (2010). O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: Amarante, P.D.C. (Org). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica - Franco Basaglia* (pp. 237-257). Rio de Janeiro: Garamond.
- Battiston, M., Cruz, R. M., & Hoffmann, M. H. (2006). Condições de trabalho e saúde de motoristas de transporte coletivo urbano. *Estudos de Psicologia* (Natal), 11(3), 333-343. Doi: 10.1590/S1413-294X2006000300011
- Bauman, Z. (2012). *Vidas desperdiçadas*. (2a. ed., Trad. C. A. Medeiros). Rio de Janeiro: Zahar Editora.
- Baumgardt, J. L. S., & Zardo, P. L. G. (2016). A medicalização dos afetos: a ritalinização da infância e as implicações aos direitos da infância e adolescência. *Cadernos da Escola de Direito*, 3(26), 81-94. <http://revistas.unibrazil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/891/833>
- Bernardi, F., Harb, A. B. C., Lavandovski, R. M., & Hidalgo, M. P. L. (2009). Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 170 - 176. <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a06v31n3>
- Brasil. (2012). *Dicas em saúde - distúrbios do sono*. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/256\\_disturbios\\_sono.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/256_disturbios_sono.html).
- Caliman, L. (2012). Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. *Cadernos de subjetividade*, 14(1), 96-103. [https://cadernosdesubjetividade.files.wordpress.com/2013/09/cadernos2012\\_baixaresolucao.pdf](https://cadernosdesubjetividade.files.wordpress.com/2013/09/cadernos2012_baixaresolucao.pdf)
- Canestrelli, A. P. (2017). *Relatórios da OIT destaca oportunidades e desafios na expansão do trabalho a distância. Onubr – Nações Unidas no Brasil*. <https://nacoesunidas.org/trabalhando-a-qualquer-hora-em-qualquer-lugar-novo-relatorio-destaca-oportunidades-e-desafios-na-expansao-do-trabalho-a-distancia/>
- Cardoso, A. C. M. (2015). O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social*, 27(1), 73-93. Doi: 10.1590/0103-207020150110
- Castiel, L. D., Moraes, D. R., & Paula, I. J. (2016). Terapeutização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada. *Saúde e Sociedade*, 25(1), 96-107. Doi: 10.1590/S0104-12902016142788
- Colombani, F., & Martins, R. (2017). O movimento higienista como política pública: aspectos históricos e atuais da medicalização escolar no Brasil. *Revista Política e Gestão Educacional*, 21(1), 278-295. Doi: 10.22633/rpge.v21.n1.2017.9788
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução N° 004, de 11 de fevereiro de 2019*. Define e regulamenta sobre elaboração de documentos psicológicos e revoga as anteriores sobre o mesmo tema: Resolução CFP 007/2003 e Resolução CFP 015/1996. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2016). *Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Corseuil, C. H. (Ed., 2018). *Análise do Mercado de Trabalho. Boletim Mercado de Trabalho - Conjuntura e Análise*. Brasília, 65, 11 – 36. (Nota Técnica). [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/181031\\_bmt\\_65\\_02\\_analise\\_do\\_mercado\\_trabalho.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/181031_bmt_65_02_analise_do_mercado_trabalho.pdf)
- Copetti, A. V. S., & Quiroga, C. V. (2018). A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(2), 161-177. Doi: 10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2664
- Cruz, M. C. A., Garcia, T. R., Macedo, R. M., Freitas, Y. J. F., Borges, N. M. P., Silva, A. C. S. P., Silva, M. L., & Arruda, J. T. (2021). Influência na qualidade de vida de estudantes de Medicina relacionada à má alimentação e sono. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (2), e23710212393. Doi: 10.33448/rsd-v10i2.12393
- Feldhaus, T., & Cancelier, A. C. L. (2012). Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 41(1); 16-21. <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/906.pdf>
- Freitas, F., & Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Halpern, Z. S. C., Rodrigues, M. D. B., & Costa, R. F. (2004). Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. *Revista Psiquiatria. Clínica*. 31(4), 150-153. Doi: 10.1590/S0101-60832004000400002

- Harayama, R., Gomes, J., Barros, R., Galindo, D., & Santos, D. (2015). *O consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados (2007-2014)*. <http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica>
- Hirotsu, C., Bittencourt, L., Garbuio, S., Andersen, L., M., & Tufik, S. (2014). Sleep complaints in the Brazilian population: Impact of socioeconomic factors. *Sleep Science*, 7(3), 135-142. Doi: 10.1016/j.slsci.2014.08.001
- IBGE. (2018a). *Acesso à internet e a televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal: 2017*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=210163>
- IBGE. (2018b). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)*. <https://br.advfn.com/indicadores/pnad>
- IBGE. (2014). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2014-2015*. <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho/horas-trabalhadas.html>
- Krein, J. D. (2018). O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Social*, 30(1), 77-104. Doi: 10.11606/0103-2070.ts.2018.138082
- Leonardo, N. S. T., & Suzuki, M. A. (2016). Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 46-54. Doi: 10.1590/1984-0292/1161
- Lopes, J. M. (2017). *Distúrbios do sono na população brasileira: análise dos fatores associados às queixas de redução da função reparadora do sono, insônia, sonolência e suas implicações em morte e eventos cardio-cerebrovasculares*. (Tese de Doutorado), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte Programa em Saúde Coletiva, Natal. [http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/24804/1/JohnnatasMikaelLopes\\_TESE.pdf](http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/24804/1/JohnnatasMikaelLopes_TESE.pdf)
- Nascimento, M. C., Barros, N. F., Nogueira, M. I., & Luz, M. T. (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3595-3604. Doi: 10.1590/S1413-81232013001200016
- Nascimento, I. B., & Silva, R. F. J. C. (2016). Relação entre obesidade e estresse no ambiente ocupacional: fundamentos sobre causas e consequências. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*, 8(4), 296 - 311. Doi: 10.3895/rbqv.v8n4.5127
- Oliveira, E. F. T., & Grácio, M. C. C. (2005). Análise a respeito do tamanho de amostras aleatórias simples: uma aplicação na área da ciência da informação. *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, 6(4). <http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/000007551/3cbefcd61261c0ea3686b1ce0d87fa17/>
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção Geral da Saúde. <http://www.who.int/whr>
- OXFAM. (2018). *OXFAM Annual Report*. Oxfam, abril de 2017 a março 2018. [https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file\\_attachments/oxfam\\_annual\\_report\\_2017-2018\\_final\\_2.pdf](https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/oxfam_annual_report_2017-2018_final_2.pdf)
- Paulo Netto, J., & Braz, M. (2006). *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez Editora. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social).
- Pereira, M. S. (2017). Trabalho, vida e adoecimento: as múltiplas faces da violência contra trabalhadores. In: C. A. Fernandes (Org.). *A violência na contemporaneidade, do simbólico ao letal*. (pp. 85-111). São Paulo, SP: Intermeios.
- Perez, C. P. & Passos, J. (2014). O excesso de medicação em uma sociedade que precisa ser feliz. *Revista ComCiência*, 161(2), 1-3. <http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n161/03.pdf>
- Rocha, M. C. P., & Martino, M. M. F. (2009). Estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5), 658-666. Doi: 10.1590/S0103-21002009000500010
- Rocha, S. A., & Farinha, M.G. (2022). A posição horizontal entre cliente e psicólogo na Abordagem Centrada na Pessoa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11(2), e2411225307. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25307>.
- Rossi, M. (2018). 2017: o ano do maior aumento de bilionários da história. El país – Economia. [https://brasil.elpais.com/brasil/2018/01/17/economia/1516220669\\_272331.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/01/17/economia/1516220669_272331.html)
- Santos, L. C., Castro, N. J., Ruback, O. R., Trigo, T. J. B., Rocha, P. M. B. (2014). Transtornos do ciclo sono-vigília/circadiano - uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 7(2), 38-43. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140702\\_165353.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140702_165353.pdf)
- Serra, M. V., & Oliveira, G. M. N. (2018). Prevalência de comportamento de risco para compulsão alimentar em adolescentes de um colégio particular em São Luís-MA. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(76), 1029 - 1038. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/846/627>
- Silva, A. C. P. Luzio, C. A., Santos, K. Y. P., Yasui, S., & Dionísio, G. H. (2012). A explosão do consumo de ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, 11(2), 45 - 57. <http://hdl.handle.net/11449/127245>
- Silva, F. Y. R., Menezes Filho, N. A., & Komatsu, B. K. (2016). Evolução da produtividade no Brasil: comparações internacionais. *Inspere – Centro de Políticas Públicas*. <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2016/01/Evolucao-Produtividade-Brasil-Comparacoes-internacionais.pdf>
- Soares, G. B., & Caponi, S. (2011). Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 437-446. Epub. Doi: 10.1590/S1414-32832011005000006
- Sodré, O. (2004). Contribuição da fenomenologia hermenêutica para a psicologia social. *Revista Psicologia da USP*, 15(3), 55 - 80. <http://www.scielo.br/pdf/psp/v15n3/24605.pdf>
- WHO (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>