UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO EM DEMANDAS POPULARES E DINÂMICAS REGIONAIS

EDUARDO FAGNER MACHADO DE PINHO

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, VULNERABILIDADE E DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA: O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL EM ARAGUAÍNA/TO

Araguaína-TO
2019

EDUARDO FAGNER MACHADO DE PINHO

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, VULNERABILIDADE E DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA: O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL EM ARAGUAÍNA/TO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Pontes Borges

ARAGUAÍNA – TO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

P654p Pinho, Eduardo Fagner Machado de.
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, VULNERABILIDADE E DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA: O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL EM ARAGUAÍNA/TO . / Eduardo Fagner Machado de Pinho. – Araguaína, TO, 2019.
196 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, 2019.
Orientadora : Thelma Pontes Borges

1. Medicalização.. 2. Reforma Psiquiátrica.. 3. Saúde Mental. . 4. Vulnerabilidade.. I. Título

CDD 711.4

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automatica de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se	Comentários
42	19	O investimento nas informações coletadas começou a partir do procedimento de entrevistas com os usuários e servidores dos serviços substitutivos CAPS III e CAPS AD III em Araguaína, no Estado do Tocantins	O investimento nas informações coletadas começou a partir do procedimento de entrevistas com os usuários e servidores dos serviços substitutivos CAPS II e CAPS AD III em Araguaína, no Estado do Tocantins, **com a aprovação desta pesquisa submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins por meio do seguinte protocolo: 08186918.0.0000.5519**	Faz-se necessário evidenciar que a pesquisa realizada passou por avalição em Comitê de Ética, que apresentou parecer aprovado

EDUARDO FAGNER MACHADO DE PINHO

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, VULNERABILIDADE E DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA: O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL EM ARAGUAÍNA/TO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

_____

Profa. Dra. Thelma Pontes Borges - orientadora, UFT

_____

Prof. Dr. Walace Rodrigues - membro interno, UFT

_____

Profa. Dra. Marcela Vecchione Gonçalves - membro externo, UFPA

À minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força de vida para transpor os desafios do cotidiano.

Agradeço à minha mãe, Ludimar de Souza Machado, pelo amor e pelo apoio incondicional. A maior torcedora do “Eduardo Esporte Clube”.

Agradeço à Ana Carulina da Silva Oliveira, minha companheira, por estar ao meu lado, sem me deixar esmorecer.

Agradeço aos meus filhos, Mateus, Isaac e Elisa, por me mostrarem que sou humano.

Agradeço aos novos amigos feitos durante a jornada deste mestrado: A Determinação de Mislene, a Irreverência de Eliana, a Simpatia de Adriana, a Força de Fernanda, a Firmeza de Vanessa, a Militância de Valéria, a Alegria de Katiane, o Entusiasmo de Kleiton e, em especial, a Amizade e Companheirismo de Janderson Henrique Mota de Sousa, que em momentos difíceis me mostrava que desistir não era uma opção.

Agradeço ao José Amilsom Rodrigues Vieira, pelo auxílio e questionamentos valorosos.

Agradeço a todos os entrevistados, pelo tempo e pela colaboração.

Agradeço aos professores do PPGDire, pela bela iniciativa e pelo excelente mestrado.

A Psicanálise é, em essência, uma cura
pelo amor.
(Sigmund Freud)

RESUMO

A presente dissertação traz a problematização e a análise do que é preconizado pelas políticas públicas em saúde mental que consubstanciam a Reforma Psiquiátrica no Brasil, apostando na premissa de que as práticas nas instituições substitutivas às asilares repetem a lógica anterior, qual seja: por meio da medicalização, não oportunizam um atendimento incisivo àqueles que buscam atenção psicossocial, mantendo-os em condição de vulnerabilidade social. Para tanto, elegeu-se como objeto de pesquisa a percepção de servidores e usuários acerca de conceitos e práticas no âmbito do CAPS II e CAPS AD III de Araguaína-TO. O objetivo geral consistiu em problematizar essa percepção, averiguando se, no processo de atendimento, os usuários são mantidos em uma condição de vulnerabilidade, em decorrência do frágil manejo de políticas públicas em saúde. Questiona-se: apesar dos avanços das políticas públicas de saúde mental, a medicalização ainda se sobrepõe nos CAPS e em que sentido expressa correlação com a vulnerabilidade? Em resultado, tem-se por hipótese que a medicalização se sobrepõe, pois não considera a noção do sujeito do desejo e em função do tamponamento dos sintomas, da rotulação diagnóstica e da não implicação do sujeito, mantém a condição de vulnerabilidade do usuário. Isto posto, investigou-se a observância do descrito como objetivo da reforma para ações em saúde mental, utilizando-se os conceitos da Psicanálise freudo-lacaniana, principalmente em relação à ética da Psicanálise e à visão de sujeito do desejo, assim como os de zonas de transição para a coesão social de Robert Castel, que é constituída por um conjunto de processos que regem as relações de trabalho e o lugar que cada pessoa ocupa no contexto social. Segundo o autor, os indivíduos são posicionados dentro de uma estrutura composta de três premissas: zona de integração, zona de vulnerabilidade e zona de desfiliação. Nesse contexto, necessário compreender que os laços sociais podem ser perpassados por uma “rotulação diagnóstica”, e que o discurso médico-psiquiátrico percorreu uma longa trajetória, logo envolve a políticas públicas em saúde mental, seus atores e a sociedade como um todo. Trata-se de repensar tais políticas e refletir sobre os efeitos que são provocados no sujeito por força da hegemonia do discurso médico-psiquiátrico e da normalização pela via da medicalização dos sintomas. De igual modo, trata-se de repensar a influência da ação normatizadora do saber psiquiátrico sobre a sociedade e sobre a concepção de loucura e de que modo isso concorre para a manutenção e mesmo agravamento da condição de vulnerabilidade das pessoas com sofrimento mental, por meio da análise de recortes discursivos obtidos em nove entrevistas realizadas com os servidores e usuários dos serviços substitutivos de saúde mental em Araguaína-TO. Neste contexto, foi utilizado o método de análise de conteúdo, que permitiu vislumbrar o retorno do pensamento e ações da Psiquiatria tradicional sem o status de quebra de paradigma por meio da Reforma Psiquiátrica, para além da luta antimanicomial. As interpretações categoriais desvelaram a exclusão da visão de sujeito do desejo, sujeito do inconsciente diante do processo terapêutico, da sociedade e da vida e a fragilização da cidadania, indispensável a uma melhor elaboração do Sujeito sobre si mesmo e sua condição de vida.

Palavras-chave: Medicalização. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Ética da Psicanálise. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The dissertation brings the problematization and the analysis of what is advocated by the public policies in mental health that consubstantiate the Psychiatric reform in Brazil, betting on the premise that the practices in the institutions substitutive to the asylums repeat the previous logic, that is: through the medicalization, do not offer an incisive service to those who seek psychosocial attention, keeping them in a condition of social vulnerability. Therefore, the perception of servers and users about concepts and practices within CAPS II and CAPS AD III of Araguaína-TO was chosen as the research object. The general objective was to problematize this perception, ascertaining whether, in the service process, users are kept in a condition of vulnerability, due to the fragile management of public health policies. It is questioned: despite the advances of the Public Policies of Mental Health, the medicalization still overlaps in the CAPS and in what sense expresses correlation with the vulnerability? As a result, it is hypothesized that the medicalization overlaps, since it does not consider the notion of the subject of desire and due to the tamponamento of the symptoms, the diagnostic labeling and the non-implication of the subject, maintains the condition of vulnerability of the user. This study investigated the observance of what was described as an objective of the reform for mental health actions, using the concepts of Freudo-Lacanian psychoanalysis, especially in relation to the ethics of psychoanalysis and the view of subject of desire, as well as those of zones of transition to social cohesion of Robert Castel, which is constituted by a set of processes that govern the relations of work and the place that each person occupies in the social context. According to the author, the individuals are positioned within a structure composed of three premises: zone of integration, zone of vulnerability and zone of disfiliation. In this context, it is necessary to understand that social bonds can be permeated by a "diagnostic labeling", and that medical-psychiatric discourse has gone a long way, so it involves public policies on mental health, its actors and society as a whole. It is a matter of rethinking such policies and reflecting on the effects that are caused in the subject by virtue of the hegemony of the medical-psychiatric discourse and normalization through the medicalization of the symptoms. Likewise, it is a question of rethinking the influence of the normative action of psychiatric knowledge on society and on the conception of madness and in what way this contributes to the maintenance and even aggravation of the vulnerability of people with mental suffering through of the analysis of discursive cuts obtained in nine interviews with the servers and users of the substitutive services of mental health in Araguaína-TO. In this context, we used the content analysis method, which allowed us to glimpse the return of traditional psychiatry thinking and actions without the status of paradigm break through the psychiatric reform, in addition to the anti-asylum fight. The categorical interpretations revealed the exclusion of the subject's view of desire, subject of the unconscious before the therapeutic process, society and life and the weakening of citizenship, indispensable for a better elaboration of the subject about himself and his condition of life.

Keywords: Medicalization. Psychiatric reform. Mental health. Ethics of Psychoanalysis. Vulnerability

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 - Distribuição de novos acolhimentos/ano CAPS AD III, Araguaína-TO..... 92

Gráfico 02 - Situação dos pacientes cadastrados (2010 a 2018)..... 92

Gráfico 03 - Distribuição dos pacientes cadastrados no CAPS AD III Araguaína por sexo..... 94

Gráfico 04 - distribuição dos pacientes cadastrados no CAPS AD III Araguaína por faixa etária..... 94

Gráfico 05 - Perfil do grau de instrução e ocupação regular de trabalho..... 94

Quadro 01 - Categorias de análise..... 128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de cobertura do CAPS..... 88

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEF	Caixa Econômica Federal
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Aposentadoria e Pensões dos Comerciários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PPA	Plano de Pronta Ação
RAPS	Rede de atenção psicossocial
SMRJ	Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro
Suds	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFT	Fundação Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 Problema de pesquisa 31
1.2 Hipótese 33
1.3 Objetivos 36
1.3.1 Objetivo geral 36
1.3.2 Objetivos específicos 36
1.4 Metodologia 36
1.4.1 Metodologia da Pesquisa 36
1.4.2 Procedimentos Metodológicos 41
1.4.3 Serviços e população estudada 43
1.4.4 Materiais de pesquisa 47
2 A FORMAÇÃO HEGEMÔNICA DO SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO: O PODER DA CIDADE E DO ESTADO E NASCIMENTO DA MEDICINA MODERNA 50
2.1 Reordenação das cidades, a higiene urbana e controle dos corpos 53
2.2 Hospital, lugar de medicalização 59
2.3 Psiquiatria, as transformações nas políticas públicas de saúde mental 63
2.4 Políticas públicas para saúde mental no Brasil: discriminação negativa, Psiquiatria e reforma 71
3 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 79
3.1 Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil 79
3.2 Política pública de saúde mental em Araguaína-Tocantins 88
4 FRAGILIZAÇÃO DA CIDADANIA 94
4.1 Vulnerabilidade 94
4.2 Vulnerabilidade e as zonas de transição da coesão social 96
4.3 Da condição dos usuários dos serviços substitutivos de saúde e as possíveis correlações com a vulnerabilidade 99
4.4 Vulnerabilidade, cidadania e serviços psicossociais 102
5 PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE EM BUSCA DA MELHOR RELAÇÃO COM O SUJEITO 108
5.1 Pressupostos da Psicanálise, sujeito do inconsciente 108
5.2 Ética da Psicanálise como promoção de saúde mental 115
6 RESULTADOS E ANÁLISE 124

6.1 Categorias iniciais 125
6.1.1 Rotulação diagnóstica 126
6.1.2 Silenciamento dos sintomas 134
6.1.3 Medicamento como tratamento 142
6.1.4 Riscos e as zonas de transição da coesão social 149
6.2 Categorias intermediárias 156
6.2.1 Medicalização 156
6.2.2 Vulnerabilidade 163
6.3 Categoria final 170
6.3.1 Fragilização da cidadania 171
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 178
REFERÊNCIAS 183
Apêndice 01 – Roteiro de entrevista 192

1 INTRODUÇÃO

O município de Araguaína localiza-se ao norte do Estado do Tocantins, na microrregião Araguaína. Criado pela Lei Estadual nº 2.125, de 14 de novembro de 1958, e tendo sido instalado oficialmente em 1º de janeiro de 1959, possui uma área de 4.000 km². Com a construção da Rodovia Belém-Brasília, em decorrência da criação da capital federal, Brasília, o município sai de um acentuado atraso socioeconômico, adquirindo, nas décadas seguintes, o status de centro econômico não apenas do Estado do Tocantins (antigo Norte Goiano), mas também da região Norte do país (ARAGUAÍNA, 2013).

Entretanto, se concorrendo para esse progresso, os serviços em saúde nesse município começam a se estabelecer ainda na década de 1970, como observa Dias (2016), somente a partir de 1996 Araguaína colocou em pauta a saúde mental, quando sediou uma série de eventos que focalizavam a temática não apenas ali, mas em todo o norte do Estado do Tocantins (PINHEIRO, 2011). Conforme a autora, os debates tinham por finalidade conferir à unidade de serviço de saúde mental a necessidade de receber modificações na política de atuação, que deveriam proporcionar aos usuários dos serviços de saúde mental a reintegração e a ressocialização, devolvendo-os à sociedade. Ainda em 1996, complementam Barros, Gomes Júnior e Partata (2013), ocorreu a implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que era uma instituição responsável pelos cuidados e atenção em saúde mental na cidade de Araguaína.

A partir de 2002, por meio das portarias nº 189/2002 e nº 336/2002, do Ministério da Saúde, o NAPS passou a adotar uma nova nomenclatura: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Essa nova nomenclatura veio para atender à demanda já existente dos usuários e também passou a atuar em uma sede própria, que foi aparelhada pelo governo do Estado do Tocantins, considerando-se que o NAPS era administrado pela Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Igreja Presbiteriana de Araguaína (BARROS; GOMES JÚNIOR; PARTATA, 2013). Além do CAPS II, existe outra unidade que assiste às questões da saúde mental na cidade de Araguaína: o CAPS AD III. O referido CAPS, que dispõe de uma equipe multidisciplinar, foi implantado no ano de 2012, em decorrência da necessidade da promoção e da integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social.

Entretanto, por meio da medicalização, os CAPS II e CAPS AD III de Araguaína-TO não oportunizam um atendimento incisivo àqueles que buscam atenção psicossocial, mantendo-os em condição de vulnerabilidade social, na medida em que as práticas ali desenvolvidas reduzem os sujeitos aos sintomas e ao diagnóstico, deixando de lado as outras características da pessoa, suas especificidades, seus projetos individuais e sua história de vida. É por ser assim que se elegeu como objeto de pesquisa a percepção de servidores e dos usuários acerca de conceitos e práticas no âmbito do CAPS II e CAPS AD III de Araguaína-TO.

Compreender questões relativas à saúde mental no município de Araguaína implica pensar as transformações por que passaram as políticas públicas em saúde no Brasil, considerando-se as mudanças que configuram o conjunto de eventos a que se denomina Reforma Psiquiátrica, iniciada no Século XX, na Europa e nos Estados Unidos. A busca por essa compreensão tem como ponto de partida o fato de, com o passar do tempo, terem sido inúmeras as transformações que sobrevieram ao Estado no exercício de sua função.

Se a segurança pública e a defesa externa em caso de ataque consistiram no seu principal objetivo nos séculos XVII e XVIII, o aprofundamento e a expansão da democracia fizeram com que suas responsabilidades se diversificassem. Hoje a promoção do bem-estar é definida como a função primeira do Estado, o que exige uma série de ações voltadas às diferentes áreas, como saúde e educação, delineada por parte dos governos no desenvolvimento de políticas públicas (CALDAS, 2008). Para Höfling (2001, p. 01), as “políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado”. Essas ações são voltadas à redistribuição dos benefícios sociais, objetivando-se, assim, a diminuição de desigualdades estruturais que são produzidas em decorrência do desenvolvimento socioeconômico.

Sander (2005, p. 24), por seu turno, define políticas públicas como “um conjunto das ações organizadas em torno de objetivos de interesse coletivo envolvendo as múltiplas instâncias do governo e da sociedade civil, do Estado e da iniciativa privada”. De modo geral, esclarece Garcia (1991), podem-se classificar as políticas públicas de acordo com o segmento ou com o setor da sociedade com os quais estabeleçam uma relação direta, adquirindo denominações, como, por exemplo, *políticas públicas em saúde.*

Considerando-se que políticas públicas correspondem a ações, metas e planos

que “os dirigentes públicos [...] entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade” (CALDAS, 2008, p. 5), é natural que haja exigências de mudança quanto às estratégias de implementação. No que concerne às políticas públicas em saúde mental, constitutivas do objeto de análise deste estudo, o entendimento de seu processo de desenvolvimento implica focalizar a Europa de meados do século XVIII, quando a estruturação do Estado, a urbanização e industrialização trouxeram consigo um rápido crescimento populacional e deterioração do meio ambiente, gerando más condições de saúde, causando problemas de ordem social e sanitária, tendo por essa razão os saberes da medicina social reverberado como produção de verdade, estabelecendo quais padrões deveriam ser seguidos para a salubridade da sociedade (ROSEN, 1980).

Conforme Foucault (1979), tais saberes se constituíam em um instrumento de normatização, governando a vida das pessoas, invadindo espaços da sociedade, funcionando como instrumento para hegemonia estatal, constituindo um processo de intervenção denominado *medicalização*. O autor aponta que esse não era voltado estritamente para o tratamento de doenças, ou para diminuir o sofrimento que essas causavam, pois a ideia era estabelecer critérios para a separação dos indivíduos enfermos do convívio social, para que não afetassem a saúde das cidades e dos Estados.

Nesse novo contexto, em que a medicalização se sobrepõe, o médico se tornava o personagem mais importante do hospital e, consequentemente, intensifica seu poder como o maior agente de medicalização, deixando claro o foco no somático. Nesse mesmo período, a loucura também seria medicalizada, pois agora os loucos não seriam apenas recolhidos nos hospitais, mas estudados pela medicina em busca de sua causa, o que se tornaria a base da Psiquiatria, que nasce simultaneamente aos eventos da modernidade da medicina e da reforma do hospital em instituição médica motivada pela Revolução Francesa, quando as instituições sociais sofreriam transformações radicais (CANGUILHEM, 1982).

Por muito tempo, portanto, a Psiquiatria considerou a doença mental como seu objeto de análise e intervenção e o hospital psiquiátrico como o lugar para o tratamento e a cura, ou seja, a volta da pessoa doente à normalidade. Esse pensamento irá perdurar até a Segunda Guerra Mundial, quando acontecem mudanças importantes no mundo, principalmente no sentido de como a humanidade deveria tratar sua convivência. A Psiquiatria, portanto, não passou ilesa, sofrendo

modificações que produziram novas abordagens advindas da comparação entre os hospitais psiquiátricos e os campos de concentração, sobretudo em relação à privação de liberdade e ao desrespeito aos direitos humanos (CANGUILHEM, 1982). A violência e a exclusão sentidas na guerra causaram comoção sobre a forma com que a Psiquiatria vinha tratando o sofrimento mental.

A Reforma Psiquiátrica[1], em sua dimensão teórico-conceitual, coloca em questão e problematiza os conceitos sobre a loucura construídos pela Psiquiatria tradicional e que, segundo Amarante (1997), compreende o fenômeno da loucura e suas implicações no campo social, com base em outras abordagens teóricas e conceituais. Com isso, diz que são questionados os conceitos de doença mental, normalidade, cura, periculosidade, a função terapêutica do hospital psiquiátrico, as relações entre os técnicos de saúde, a sociedade e os indivíduos considerados loucos. Os hospitais, nesse sentido, terminam se transformando em grandes “depósitos”, lugares de isolamento e abandono de pessoas consideradas loucas, que não são respeitadas na sua diferença como sujeitos autônomos. Sendo assim, afirma o autor, a reforma propõe uma reflexão profunda sobre o saber e as práticas psiquiátricas, apontando para um novo projeto que não considere a “doença mental” como categoria que determina as formas de abordagem com o indivíduo com transtorno mental.

Nesse cenário, Amarante (1997) relata que a Reforma Psiquiátrica busca a *desconstrução* das teorias e conceitos da Psiquiatria tradicional, relativizando as preocupações com as causas da doença mental, entendida apenas como patologia, e assume que é preciso fazer uma revisão das definições científicas sobre os conceitos relacionados à loucura. As novas práticas promovidas no contexto da reforma levam em consideração que a intervenção médica tradicional reduz o sujeito aos sintomas e ao diagnóstico, deixando de lado as outras características da pessoa. Evidencia que, olhando somente para a “doença mental”, a Psiquiatria não valorizava toda a complexidade característica do ser humano. A Reforma Psiquiátrica indica que é preciso desinstitucionalizar todas as construções realizadas pela Psiquiatria em torno do conceito de “doença mental”. Novos conceitos e olhares constroem outros modos de entendimento sobre a loucura, consequentemente, promovem práticas diferenciadas.

---

[1] Reforma Psiquiátrica é um processo dinâmico, plural e articulado com intuito de intervenção no campo da relação da sociedade com a loucura, objetivando, assim, a transformações dessa com o transtorno mental (AMARANTE, 1997).

Portanto, a principal distinção entre o modelo médico da Psiquiatria tradicional e o modelo de atenção psicossocial está no modo de compreensão da loucura e do estatuto social das pessoas consideradas doentes. Venancio (1997) explica que, no novo modelo, o louco não é uma pessoa sem razão e sem juízo, um ser alienado, como é dito pela Psiquiatria tradicional. Assim, a autora elabora que para a atenção psicossocial, a Psiquiatria é apenas uma disciplina, dentre tantas outras, que pode contribuir parcialmente para explicar e intervir sobre o fenômeno da loucura, ou seja, a doença mental passa a não ser mais o foco central, consequentemente a internação no hospital psiquiátrico deixa de ser uma possibilidade terapêutica, e a cura não se torna o único fim a ser atingido com o tratamento.

Nesse sentido, Freud (1917) acredita que um dos objetivos da Psicanálise consiste em disponibilizar à Psiquiatria a base psicológica que lhe falta, na medida em que supõe ser possível descobrir o terreno comum que tornará inteligível o encontro de uma perturbação somática e de uma perturbação psíquica, para o que pretende considerar a constituição simbólica do sujeito. Lacan ([1964]1988), por seu turno, compreende que o estatuto do inconsciente se dá como um conceito ético, com esse dependendo de um processo de produção no encontro entre sujeitos, no contexto da linguagem, e que estaria então articulado pelo efeito desse encontro, com o efeito da rede desejante que se faz quando se insere a noção de inconsciente. E afirma, em seu *sétimo seminário* ([1959-1960]2008), que a problemática desse é indissociável da problemática da ética, ética essa que consiste em pensar no que seria o sujeito pela sua definição, pelo próprio sujeito.

No conjunto de contribuições importantes de Lacan ([1959-1960]2008) às discussões sobre o que é ética na Psicanálise, a lógica do sujeito do inconsciente não pode ser desconsiderada quando se fala em Psicanálise, uma vez que é nela que reside a sua especificidade. Dessa forma, a ética em Psicanálise tem como fundamento a pressuposição de liberdade e é composta de uma reflexão profunda sobre o desejo do analista como uma condição para o processo de análise referente à sua disponibilidade para produzir questionamentos sobre si mesmo e sobre o laço social. É a ética que conduz o agir do psicanalista, para que esse não problematize a partir de inquietações em relação ao aparente das ações humanas, mas questione os sentidos latentes no discurso dos sujeitos, sendo esse um traço fundamental da ética do psicanalista: suspender o juízo sobre o ato de seu analisante e, assim, poder tomar uma posição de imparcialidade que viabilize ouvir sem restrição o que ele tem a dizer.

O resultado de tal posição mostra o trabalho clínico cotidiano, viabiliza que o sujeito possa efetivamente tirar as consequências do que significa se entregar ao ato de falar para outro que suporta ouvi-lo. O que emerge de tal exercício é a dimensão da verdade que até então se mantinha emudecida.

Para Lacan ([1959-1960]2008), o bem que é inconscientemente buscado nas estruturas sociais não existe. Diz que o âmbito dos bens é aquele do nascimento do poder, e o denomina de “serviços dos bens”. Declara que a ética da Psicanálise está além disso, pois se ela garantir que o sujeito pode encontrar seu bem, tem-se, então, uma espécie de trapaça. O autor é enfático ao “não ceder quanto ao seu desejo”, pois a ética da Psicanálise propõe ao analista acolher, mas não responder à demanda que lhe é dirigida pelo analisando. Afirma que a pretensão de cura não leva em conta o desejo inconsciente do sujeito e seria manifestação do próprio analista produzindo um saber no analisando, aquém da verdade. Nesse sentido, diz que a ética da Psicanálise, como ética do desejo fundada no referenciamento da ação humana ao Real, não parte de ideais. Ela não propõe regras, nem normas de conduta, mas prepara para a ação moral, entretanto sem estabelecer caminhos.

Sendo assim, a proposição da ética da Psicanálise em contribuição aos serviços de atenção psicossocial não se faz como doutrina, ou algo que se assemelhe, porém como contribuição para além da luta antimanicomial, na tentativa de atenuar o retorno ao paradigma da Psiquiatria tradicional, que traz o foco de sua atuação sobre a “doença”, e discutir o tipo de sujeito dito pela Reforma Psiquiátrica, pois se acredita, pelo exposto aqui, não ser o mesmo sujeito do inconsciente. A reforma propõe quebra de paradigma em sua dimensão teórico-conceitual, em seu modelo de atenção trazendo novas responsabilidades para com os sujeitos em tratamento, sob uma lógica de oferecimento de atenção integral como princípio fundamental de preservação de seus direitos. Visa não se comprometer com a doença pura e simplesmente, voltando-se para o sujeito, levando em conta suas especificidades, seus projetos individuais e sua história de vida. Contudo, a Psicanálise mostra que o sujeito do desejo é resultado e expressão de sua história, isto é, efeito dela, não senhores absolutos e conscientes.

Há que registrar que a primazia da doença em desfavor de um tratamento que considere o sujeito em sua complexidade remonta às primeiras manifestações de políticas públicas para a saúde mental no Brasil ainda no período colonial. A chegada da família real ao Brasil, em 1808, ocasionou ao Rio de Janeiro transformações de

ordem social, econômica e cultural. É nesse novo cenário que a medicina adquire função relevante, qual seja a de organizar a cidade. Seguindo o modelo da medicina social urbana europeu, principalmente desenvolvido na França, para organizar a nova condição do país, foi utilizado o modelo da medicina social, ou seja, a lógica da medicalização para analisar e determinar as condições de salubridade dos espaços urbanos em favor de interesses políticos.

Conforme Machado et al. (1978), em 1829 foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), que seguia as concepções políticas e teóricas do movimento higienista europeu do final do século XVIII, principalmente o francês. Teve como iniciativa a constituição da Comissão de Salubridade, que realizou, por meio de um código de posturas, um largo diagnóstico sanitário de todas as instituições existentes na Corte naquele momento. Foi a partir desse processo de atuação médico-social que surgiu a preocupação com os loucos na cidade, quando, pela primeira vez na história, foi reivindicado a criação de um asilo de alienados no Brasil.

Contudo, observam Machado et al. (1978), pouco tempo depois de sua inauguração a obra sofria críticas dos médicos, com esses alegando que o hospício não atingiria sua finalidade sem propostas de um programa médico, diziam que o hospital parecia uma instituição filantrópica, e que apesar de ter sido construído a partir da reivindicação originalmente médica, o agente da medicina, detentor da ciência alienista, não possuía naquele momento poder efetivo sobre a instituição, sendo subordinado à administração da Santa Casa de Misericórdia, e suas atividades internas eram bloqueadas pelas irmãs de caridade que realizavam o serviço das enfermarias. Então, percebe-se desde o início, no Brasil, a ávida busca pela imposição do conhecimento médico, mas, ao contrário do que se esperava, a consolidação da hegemonia desse pensamento não se deu por meio da criação do Hospício de Pedro II, apesar de ter representado a apropriação da responsabilidade da loucura para os médicos.

Entretanto, essa forma de compreender e tratar a loucura impõe-se imune até mesmo ao período pós-Segunda Guerra, quando se percebem inovações na Psiquiatria do mundo ocidental, principalmente nos países europeus, como a descoberta dos primeiros neurolépticos (medicamentos que atuam no sistema nervoso central), utilizados para inibir delírios e alucinações, bloqueando os receptores próprios do neurotransmissor dopamina. Significa dizer que a situação no

Brasil quase não foi alterada, passando a década de 1950 com a permanência do modelo hospitalar com características asilares (MACHADO et al., 1978).

Somente duas décadas depois, em julho de 1973, com a aprovação do manual de serviços para assistência psiquiátrica, é reconhecida a importância da assistência extra-hospitalar, da readaptação do doente e do trabalho em equipes multidisciplinares. Resende (1987) afirma que o manual teve grande influência sobre o pensamento crítico nacional e na formação do campo ideológico-público em saúde mental. Yasui (1989), entretanto, observa que a primeira alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, no ano de 1987, exercendo forte influência na criação ou transformação de vários serviços de saúde mental em todo o Brasil.

O autor explica que foi em 1989 que o processo de Reforma Psiquiátrica assume repercussão nacional, a partir da intervenção da Secretaria de Saúde do município de Santos, devido a uma série de óbitos de internos no hospital psiquiátrico particular Casa de Saúde Anchieta, o que possibilitou um processo de implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao manicomial. A partir da criação dos primeiros CAPS e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços no mesmo sentido, tornando-os modelos nacionais, com a promulgação das portarias nº 189, de 1991, e nº 224, de 1992, as quais, além de conceituar e regulamentar outras modalidades assistenciais, como oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, visam a transformar o modelo assistencial em saúde mental.

A Portaria nº 3.088, em vigor desde 23 de dezembro de 2011, que institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui diretrizes referentes à promoção dos cuidados em saúde de grupos vulneráveis. A referida portaria, no artigo 4º, inciso 1º, descreve quem são os grupos vulneráveis: crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas.

A portaria busca, ainda, como justificativa para a implementação dos serviços de atenção psicossocial, a promoção, a reabilitação e a reinserção das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e das pessoas com transtorno mental por meio de acesso ao trabalho, à moradia solidária e à renda. O seu público-alvo é, segundo o seu artigo 4º, próximo daquilo que Castel (2005) denomina integrantes das

zonas de vulnerabilidade e de desfiliação.

A vulnerabilidade tem a capacidade de impelir potenciais danos em razão de uma fragilização ocorrida a partir de uma exposição do indivíduo aos riscos (CARMO; GUIZARDI, 2018). Theophilo, Rattner e Pereira (2018) entendem que vulnerabilidade apresenta também correlação com a condição de fragilidade de indivíduos em situação de riscos. No entanto, os autores ampliam a discussão ao trazer o conceito de vulnerabilidade social, que diz respeito “ao conjunto de fatores sociais que influenciam nas tomadas de decisão e/ou acesso a informações, serviços, políticas e ações” (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018, p. 3506).

Quando se pensa teórico-analiticamente as implicações da vulnerabilidade no contexto social, são de extrema importância as contribuições acerca das zonas de transição da coesão social postuladas por Castel (2005). O autor destaca que no contexto social existem algumas premissas necessárias à manutenção do processo de coesão social. Antes de destacar essas premissas e a correlação com a vulnerabilidade no âmbito social, é importante compreender o que é coesão social para o referido autor.

Castel (2005) compreende a coesão social como o conjunto de processos que regem as relações de trabalho e o lugar de cada pessoa dentro de um contexto social. Segundo o autor, os indivíduos são posicionados dentro de uma estrutura composta de três premissas: a zona de integração, a zona de vulnerabilidade e a zona de desfiliação.

Na primeira zona está apenas uma pequena parcela da população mundial que pode desfrutar de seus benefícios. Ela é responsável por propiciar àqueles que a integram o melhor que o mundo pode oferecer. A segunda é pensada para garantir e manter ativa a zona de integração. Ela serve para mostrar, aos nela inseridos, o que o trabalho pode proporcionar aos integrantes incluídos da primeira zona e fazê-los almejar subir na classificação das zonas. Na terceira se encontram os indivíduos que desceram da zona de vulnerabilidade ao perderem a proteção do trabalho. Encontram-se também todos aqueles que não conseguem se manter estáveis no trabalho e aqueles que são culturalmente empurrados às margens da sociedade.

A zona de desfiliação serve para mostrar aos precariamente incluídos as consequências por descer na classificação das zonas de transição da coesão social (CASTEL, 2005). Ela também serve como forma de coação à manutenção do processo de coesão social. Ser integrante dessa zona é estar desamparado das

proteções legais e sociais ofertadas pelo trabalho.

Ayres et al. (2012) afirmam que o sistema de saúde mental no âmbito brasileiro deveria considerar a dimensão da vulnerabilidade. Tal dimensão inclui tanto os aspectos individuais, que são relativos aos riscos, quanto os aspectos sociais, programáticos e/ou institucionais. Portanto, seguindo a descrição da autora, quando os CAPS se destacam na busca da resolução de problemas de saúde na dimensão da racionalidade e unicamente em indivíduos, eles desconsideram a dimensão da vulnerabilidade.

A assistência prestada ao paciente nos CAPS, de acordo com as portarias já citadas do Ministério da Saúde, deve garantir cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Deve incluir ainda: as atividades de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos devem receber refeições diárias, de acordo com os turnos de seus atendimentos.

A partir de uma relação de aproximação teórica entre o preconizado na legislação da rede de atenção psicossocial e as zonas de transição da coesão social de Castel (2005), é perceptível que os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental estão inclusos na referida lógica disposta pelo autor para o impedimento da fratura do contexto social, visto que os vulneráveis recebem atendimento em atenção à saúde mental. No entanto, são negligenciados quanto à sua implicação para a busca da autonomia e da liberdade, que deveriam ser a base dos serviços.

O cuidado psicossocial deve tratar do usuário do serviço em sua integralidade e em sua complexidade (VENANCIO, 1997). Devem-se considerar tanto a dimensão psíquica/mental como a dimensão social. Essa relação da dimensão social deve contemplar a família, grupos sociais, ou seja, a escola, trabalho, lazer (VENANCIO, 1997). Pressupõe-se que o fato de alguém estar doente não signifique que outros aspectos da sua vida devem ser desconsiderados e negligenciados. Cada usuário, independentemente de sua condição em um processo de sofrimento mental, deve ser considerado e estimulado em seu potencial e na sua capacidade de fazer atividades e de se relacionar (AMARANTE, 1997).

A atenção integral está comprometida não somente com a doença pura e simplesmente. Ela pretende se voltar para o sujeito levando em conta suas especificidades, seus projetos individuais e sua história de vida. Portanto, os serviços devem assumir responsabilidade para além do tratamento construindo meios de intervenção na sociedade para que essa reestabeleça novos valores e crenças em relação às pessoas com sofrimento mental e que usufruem dos serviços substitutivos de saúde mental (DELGADO, 1992).

Nesse sentido, os serviços de atenção psicossocial devem atuar na melhoria da qualidade de vida da pessoa tanto por meio de tratamentos quanto por meio de projetos relacionados à questão do trabalho, da moradia e do lazer, que visam à inserção na sociedade de pessoas que antes estavam excluídas (DELGADO, 1992).Como visto, a dimensão jurídico-política dos serviços substitutivos de saúde mental trabalha com questões extremamente complexas, de onde derivam fatos e conceitos que podem contribuir, ou não, para alimentar a situação de estigma e preconceito social sobre os indivíduos em sofrimento mental (VENANCIO, 1997). Na busca pelo exercício da cidadania, a intervenção dos serviços psicossociais deve agir para que os próprios usuários interfiram sobre as ideias preconcebidas de preconceito e exclusão promovendo que essas pessoas se organizem coletivamente, denunciando e reivindicando conquistas e garantias de direitos na sociedade.

As questões relacionadas à cidadania e à oportunidade de participação em diferentes espaços da sociedade, como a luta dos direitos dos usuários, são características relevantes no contexto da atenção psicossocial (VENANCIO, 1997). Nesse sentido, a cura não é mais o objetivo exclusivo do tratamento, e sim a produção de saúde das pessoas por meio da luta por uma vida mais digna.

Amarante (1997) destaca que os usuários geralmente encontram-se em situação que excedem os limites da vulnerabilidade. Castel (2005) afirma a existência de limites que excedem a vulnerabilidade: a desfiliação e a exclusão total. Aproximando o que preconiza Castel (2005), Amarante (1997) e a Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, é perceptível que os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental estão em uma situação de vulnerabilidade. Em alguns casos ocorrem situações que excedem esses limites, revelando, então, a condição fragilizada desses usuários.

Castel (2005) aborda as implicações do processo de coesão social adotado na sociedade contemporânea. Conforme o autor, a zona de desfiliação tem uma função

de extrema importância para a manutenção desse processo de coesão: servir de aviso aos precariamente incluídos, o que pode acontecer a eles se saírem da condição de vulneráveis para a de desfiliados. Mesmo que a proposta da reforma seja a de proporcionar uma outra lógica que não a manicomial, os serviços substitutivos estão ignorando o que preconiza a reforma ao focarem no diagnóstico como o fator principal.

Na prática, os serviços substitutivos estão embrenhados na lógica da medicalização pela medicalização. Essa lógica oferta, então, um avanço nas categorias de diagnóstico. Esse avanço de categorias diagnósticas parece interessar muito mais à indústria do que propriamente à saúde dos pacientes. Qualquer sintoma considerado fora da norma pode ser considerado patológico, e o sofrimento humano vem sendo negado e tratado como mera abstração. No modelo da Psiquiatria tradicional o “louco”, o sujeito em sofrimento mental, não tem voz; sua fala é considerada apenas como sintoma.

No espaço manicomial, a pessoa perde a cidadania, perde direitos essenciais, como de ir e vir, comunicar-se, assumir responsabilidades, trabalhar, etc. Sob efeito de remédios, nos CAPS, mesmo não estando entre muros, o sujeito é desacreditado pelo preconceito em relação a quem precisa de medicamento para “funcionar”. Atendimentos individuais e grupais, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas sociais de trabalho, dentre outros, são mantidos, mas todos a partir do controle médico, isto é, todos estabelecendo laços sociais a partir de seus diagnósticos, tipo de medicamento com receitas repetidas indefinidamente.

Conquanto haja uma progressiva substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas, pautadas pela cidadania do doente mental, o que vem sendo objeto de discussão tanto de profissionais de saúde quanto de toda a sociedade, “o modelo de assistência psiquiátrica ainda predominante no Brasil, com base na legislação de 1934, propõe, fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública” (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 50). Necessário conhecer para questionar, nesse sentido, e para isso torna-se válido tomar como ponto de partida a percepção tanto de servidores quanto de usuários dos serviços substitutivos, considerando-se que aporte teórico-conceitual da Psiquiatria tradicional ainda é ali mobilizado e em que medida torna inviáveis pressupostos requeridos pela Reforma Psiquiátrica.

Esse enfoque, que privilegia os sujeitos diretamente envolvidos com os serviços substitutivos, ao incidir sobre aspectos teóricos abarca também questões de

ordem prática no processo de tratamento propriamente dito. Significa buscar a compreensão do modo como a substituição dos manicômios tem repercussão, à ótica desses sujeitos, nos esforços de enfrentamento ao paradigma tradicional, que insiste em sua manutenção. Não se trata, portanto, de superação do enclausuramento em sua forma tradicional, na medida em que tal substituição não representa necessariamente uma recusa à medicalização, o estabelecimento de práticas que concebam a doença e, por conseguinte, o usuário em toda a sua complexidade. Negligenciando, pois, outros aspectos de sua vida, os centros de atenção psicossocial acabam por manter a condição de vulnerabilidade social com a qual chega a eles esse indivíduo, quando não concorrendo para o seu agravamento.

Por isso, dentro desse contexto, esta pesquisa justifica-se por seu intento de gerar subsídios que poderão contribuir com as discussões atinentes ao tratamento de pessoas com transtornos mentais no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Araguaína, Estado do Tocantins, problematizando, por meio de conceitos psicanalíticos, a percepção dos usuários e servidores acerca de práticas e conceitos, com o objetivo de averiguar se no processo de atendimento os usuários são mantidos em uma condição de vulnerabilidade. Nesse sentido, parte-se do entendimento de que os preceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirada pela Psiquiatria Democrática Italiana, tal como está, denunciam o paradigma da medicalização, que não concorre para a construção de um pensamento científico pautado pela concepção de sujeito mais abrangente, antes mantendo o ideal capitalista, segundo o qual a inclusão de seu cidadão no conjunto de direitos ainda reivindica papéis produtivos predeterminados até aos que são colocados em tratamento, nesse caso com foco na doença e na normatização para manutenção de vulnerabilidade.

Para a apresentação do proposto, identificação do conteúdo e possíveis contribuições, o trabalho está organizado em 7 capítulos correlacionados. No capítulo 1, Introdução, a contextualização do objeto de pesquisa considera que a série de mudanças por que passaram as políticas públicas em saúde, iniciadas na Europa e nos Estados Unidos, na década de 1920, convergiram, no Brasil, para a criação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no início do século XXI. Isso considerado, colocou-se em questão que, conquanto tais mudanças tenham ocasionado a Reforma Psiquiátrica, o CAPS II e CAPS AD III de Araguaína-TO ainda se conformam a práticas e a conceitos próprios da Psiquiatria tradicional, com isso mantendo o usuário em condição de vulnerabilidade.

No capítulo 2, A formação hegemônica do saber médico-psiquiátrico: o poder da cidade e do estado e nascimento da medicina moderna

, na primeira seção, *Reordenação das cidades, a higiene urbana e controle dos corpos*, destaca-se que, na Europa de meados do século XVIII, a medicina teve papel essencial na reordenação das cidades, ocasionando, por um lado, a higiene urbana; por outro, o controle dos corpos. Em seguida, em *Hospital, lugar de medicalização*, pontua-se que, com o advento da medicina urbana na França, o hospital deixa de ser uma instituição religiosa e filantrópica e passa a ser uma instituição médica, mais especificamente uma instituição pública de auxílio no controle sobre os pobres. Nele, a medicalização consistia em uma instrumentalização política a que se chamava *disciplina*, responsável, entre outros, pela distribuição espacial e constante vigilância sobre os indivíduos no ambiente hospitalar. Na terceira seção, *Psiquiatria, as transformações nas políticas públicas de saúde mental*, as reflexões focalizam, em um primeiro momento, as principais características das experiências de reforma da Psiquiatria tradicional, a saber: Comunidade Terapêutica, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, Antipsiquiatria e Reforma Psiquiátrica Italiana ou Psiquiatria Democrática. Em um segundo momento, o foco da atenção incide sobre a Psiquiátrica Italiana, em razão de ser ela uma das mais importantes tentativas de ruptura com as práticas tradicionais. Por fim, em *Políticas públicas para saúde mental no Brasil: discriminação negativa, Psiquiatria e reforma,* depois de apresentados conceitos de políticas públicas, a atenção se volta às políticas públicas em saúde mental no Brasil. Nesse sentido, refaz-se um percurso histórico que começa com a chegada da família real à então colônia portuguesa – o que culminaria tempo depois com a criação do Hospício de Pedro II – e se estende ao final do século XX, quando foram criados os Centro de Atenção Psicossocial.

O capítulo 3, Políticas de saúde pública no Brasil, divide-se em duas seções. Em *Desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil*, inicialmente as discussões se ocupam do modelo denominado Campanhas Sanitárias, que tinham como intenção enfrentar as epidemias que assolavam principalmente o Rio de Janeiro. Em seguida, focaliza-se o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões, a primeira política de saúde implementada pelo Estado brasileiro, ainda na Primeira República. Com a chegada de Vargas ao poder, esse modelo é substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que, a exemplo do modelo anterior, asseguravam assistência médica somente aos segurados e contribuintes. No regime

militar, houve a fusão de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável tanto pelos benefícios de natureza médica quanto pecuniária. Por fim, destaca-se a fundação do SUS, na década de 1990, como proposta de efetivação da universalização do direito à saúde. *Política pública de saúde mental em Araguaína-Tocantins*, a última seção, divide-se em dois momentos reflexivos. Primeiramente, contextualiza-se a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial e sua substituição pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), ao que se junta o CAPS AD III. Em seguida, apresentam-se dados relativos a esse último centro, que compreendem a quantidade de acolhimentos, a assiduidade e continuidade do tratamento, a faixa etária e sexo dos usuários.

No capítulo 4, Fragilização da cidadania, em sua primeira seção *Vulnerabilidade*, depois de apresentada a acepção ampla de vulnerabilidade, explicita-se a diferença entre o indivíduo estar vulnerável e estar sob risco. Em seguida, destacam-se características que definem vulnerabilidade social. Em *Vulnerabilidade e as zonas de transição da coesão social*, a segunda seção, apresentam-se as zonas que constituem o processo de coesão social, a saber: a zona de integração, que conjugar trabalho estável à forte inserção relacional; a zona de vulnerabilidade, em que se sobrepõem o trabalho precário e a fragilidade das relações; a zona de desfiliação, que se configura pela ausência de trabalho e pelo isolamento relacional. Em *Da condição dos usuários dos serviços substitutivos de saúde e as possíveis correlações com a vulnerabilidade*, discute-se o cuidado psicossocial considerando-se a Portaria nº 3.088, cujo público-alvo são pessoas socialmente vulneráveis. Na sequência, põe-se em relevo o modo como essa, associada à Portaria nº 130, que define as ações do CAPS AD III, é colocada em prática em face das múltiplas necessidades do usuário. Na última seção, *Vulnerabilidade, cidadania e serviços psicossociais*, assinalados aspectos relativos à cidadania, grifa-se que no modelo da Psiquiatria tradicional nega-se o direto à voz aos indivíduos em situação de sofrimento mental. Por fim, coloca-se em questão se a implantação da atenção psicossocial nos serviços de saúde mental resultou em transformações efetivas na assistência da saúde mental.

No capítulo 5, Perspectiva da Psicanálise em busca da melhor relação com o sujeito, a primeira seção, *Pressupostos da Psicanálise, sujeito do inconsciente*, ocupa-se, de um lado, de explicitar o modo como a teoria psicanalítica concebe os

fenômenos psíquicos. De outro lado, explicitam-se aspectos constitutivos das concepções de sujeito, inconsciente e desejo. O primeiro é apresentado como caracterizado pela ruptura, descentrado, carente de um centro ordenador. O segundo é colocado em discussão enquanto constituído por um sistema de representações associadas umas às outras. O terceiro é apresentado não em sua acepção biológica, mas considerado sob a ordem simbólica. Na segunda e última seção, *Ética da Psicanálise como promoção de saúde mental*, as reflexões partem do pressuposto de que a Psicanálise pretende dar à Psiquiatria a base psicológica que lhe falta. Em seguida tematiza-se a ética sob a teoria psicanalítica, reconhecendo-a não como equivalente à moral, mas como uma ética do desejo que funda o sujeito desde a concepção do inconsciente. Explicita-se também que a noção de cura para a Psicanálise distingue-se daquela assumida pela medicina, visto que para a primeira é proposto que é o próprio analisante quem está se curando. Por fim, destaca-se que a medicação não se constitui apenas em um ato médico isolado, na medida em que participa do silenciamento do sujeito no laço social, esse identificado como enlaçamento, ordenação singular de significantes.

No capítulo 6, Resultados e análise, os dados são examinados por meio da análise categorial, organizada da forma a seguir apresentada: Categorias iniciais, formuladas a partir de impressões da realidade pesquisada. São elas: Rotulação diagnóstica – ocupa-se do modo como a rotulação medico-patológica se sobrepõe às particularidades do sofrimento do sujeito; Silenciamento dos sintomas – focaliza o silenciamento dos sintomas como ação de tratamento; Medicamento como tratamento – refere-se ao fato de a medicação ter se tornado o tratamento propriamente dito; Riscos e as zonas de transição da coesão social – aborda a coesão social e suas zonas de transição, considerada a condição dos usuários participantes da pesquisa. Na sequência, apresentam-se as Categorias intermediárias, também formuladas com base na realidade pesquisada. São duas as categorias: Medicalização – compreende a medicalização como norteadora do atendimento dos usuários dos CAPS de Araguaína-TO; Vulnerabilidade – diz respeito à condição dos participantes perante os riscos e as zonas que compõem o processo de exclusão. Por fim, a Categoria final, representada por Fragilização da cidadania, que agrega as demais categorias. Nela abordam-se as percepções dos usuários e de servidores acerca dos serviços ofertados nos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína-TO.

No capítulo 7, Considerações finais, constata-se, a partir dos relatos dos entrevistados, a fragilização da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental de Araguaína-TO, agravada pela medicalização, essa acompanhada pela rotulação diagnóstica. Em resultado, tem-se o silenciamento dos sujeitos que ali chegam em busca de auxílio. Esses indivíduos são negligenciados em suas potencialidades, de modo a internalizar inferioridades, a conformar-se com sua condição de excluídos. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde mental no Brasil, conquanto rechaçando o paradigma do isolamento e exclusão do doente em razão de seu tratamento, acabam por contribuir com o processo de higienização das cidades, de exclusão de seus “cidadãos” mais pobres. Daí por que, nos CAPS de Araguaína-TO, essas pessoas são acolhidas tão somente como destinatárias de uma política pública, tornadas objetos do saber médico-psiquiátrico, desconsideradas em sua complexidade.

1.1 Problema de pesquisa

A história das políticas públicas de saúde no Brasil seguiu o mesmo pretexto civilizatório sanitarista impositivo quanto à sua idiossincrasia. Com a importação do pensamento científico europeu, a lógica também foi da medicalização da sociedade. Machado et al. (1978) contam que a medicina, no seu objetivo de criar uma sociedade sadia, queria transformar indivíduos desviantes em seres normais, ressaltando que nessa época a medicina se autonomeou *medicina-política*. Assim, medicalização passou a possuir uma função política de intervenção sem limites em várias esferas da sociedade.

Illich (1975), por seu turno, compreende o saber da medicina como uma estratégia de poder que, por meio de sua prática e conhecimento fundamentados na ciência, busca agir na sociedade operando mecanismos de produção de subjetividade dos indivíduos. Descreve que a medicalização interfere e interdita a ação independente e racional dos seres humanos sobre sua própria produção de saúde, e acredita que os indivíduos deveriam afirmar e conquistar sua autonomia, lutando contra o poder médico, suas instituições e outras categorias de profissionais de saúde que interfiram igualmente no sentido de ditar os rumos da vida dos pacientes.

As reformas psiquiátricas ocorridas entre o século XVIII e início do século XX foram cruciais para o processo de evolução da Psiquiatria, políticas públicas e

assistência à saúde metal (FLEMING, 1976). Entretanto, busca-se entender os porquês de, apesar das alterações propostas ao longo da história sobre as ações e do saber psiquiátrico, serviços com a proposta de atenção psicossocial ainda parecem manter o mesmo público, menos abonado, favorecendo um sistema econômico farmacológico e capitalizando com a doença e, mesmo que não se configure mais como descaso, violência e prisão entre muros asilares. A quantidade de pessoas apontadas como demandantes da referida assistência não diminui e não representa resultados efetivos quanto ao tratamento e ao modo de se relacionar em sociedade e com o sofrimento mental.

Tal fato exige que sejam trazidos à discussão os indicadores socioeconômicos que evidenciam a realidade marginalizada dos que buscam atenção psicossocial, entre os quais Dimensteins et al. (2016) destacam analfabetismo, dificuldade no acesso aos serviços públicos e à assistência técnica e o desemprego. Os autores compreendem que é sobre as populações circunscritas a indicadores como esses, por isso em condições de exclusão social, que recai a maior parte dos efeitos da falta de infraestrutura básica e dos problemas peculiares da falta de desenvolvimento social. Não distante dessa relação, nos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, Estado do Tocantins, por exemplo, existe índice considerável do indicador referente à ocupação, segundo o qual, até 2017, apenas 18% dos usuários declararam possuir relação regular de trabalho. Ou seja, esses usuários se enquadram na ideia de estratificação composta pelas zonas de transição da coesão social, da forma descrita por Castel (2005), precisamente se enquadram na zona de desfiliação.

Por ser assim, buscar-se-á entender se, apesar das ações de reformas psiquiátricas e de resistência, com algumas objetivando até mesmo a desmedicalização da sociedade, as relações nos serviços substitutivos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína são pautadas pela normatização do comportamento do sujeito por meio do biopoder expressado pelo modelo biomédico valendo-se da utilização de fármacos e diagnósticos alheios aos aspectos psíquicos, históricos e sociais do sujeito, promovendo ações na tentativa de “ajustes” neurobiológicos e se essas são mobilizadoras de vulnerabilidades. É nesse sentido que emerge, entre tantos outros questionamentos, a questão-problema da presente investigação: Apesar dos avanços das políticas públicas de saúde mental, a medicalização ainda se sobrepõe nos CAPS e em que sentido expressa correlação com a vulnerabilidade?

1.2 Hipótese

Ao longo do desenvolvimento industrial, entre os séculos XIX e XX, identificou-se a necessidade de efetiva garantia dos direitos sociais, fato que adquiriu centralidade na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. O Estado foi, então, provocado a promover políticas públicas orientadas à resposta dessa necessidade, com intensificação de investimentos na vida dos cidadãos. Modo de intervenção do Estado moderno, as políticas públicas objetivam a maximização da vida (CANTISANO, 2010), representando, como acrescenta Tavares (2014), esperança para aqueles que sofreram violação de seus direitos mais básicos, como saúde e educação.

Sendo as políticas públicas uma ação de Estado, o cidadão a elas circunscrito é compreendido sob a concepção de ser humano positivada no Direito, qual seja a de sujeito de direito, ou, mais especificamente, “aquele a quem a lei – em sentido amplo – atribui direitos e obrigações, aquele cujo comportamento se pretende regular” (CANTISANO, 2010, p. 132). É essa a condição natural do indivíduo, mesmo antes do nascimento, conforme explica Venosa (2013, p. 128):

> Basta para tanto que o homem tenha nascido com vida [...] para que se lhe atribua personalidade, passando a ser sujeito de direito. Mesmo o nascituro, isto é, aquele concebido, mas ainda não nascido, apesar de ainda não ter personalidade [...], já terá, em nosso direito positivo, resguardados seus direitos.

Esse sujeito, quando ao alcance de políticas públicas, é identificado com significantes que o representam como pobreza, exclusão social, ausência de cidadania, reduzido portanto à condição de usuário (SUSIN; POLI, 2016). Destinatário de uma política pública, esse sujeito precisa ser normalizado e institucionalizado por uma política de assistência social, o que significa dizer, pontuam Lasta, Guareschi e Cruz (2012), que, em razão de sua vulerabilidade social, deixa de ser percebido e pensado enquanto sujeito no qual também existe vida.

Por ser assim, no âmbito das políticas públicas em saúde mental, pessoas com transtornos mentais ainda são tratadas tão somente enquanto sujeitos de direito, sobressaindo-se, nesse sentido, a medicalização, dado ser assumida como suficiente para reconduzir o usuário à condição de cidadão. Susin e Poli (2016) afirmam que essa prática tem, no âmbito institucional, transformado a vulnerabilidade social em qualificadora para uma condição de fragilidade e passividade, reduzido o sujeito à

condição de objeto da necessidade.

Diante desse cenário, a Psicanálise, como proposta que considera o sujeito como ser desejante, no sentido da necessidade de ele buscar em si o que lhe falta, entende que a lógica pautada pelo diagnóstico, pela medição, pelo saber médico e poder psiquiátrico inscreve o sujeito numa ordem em que pode ocorrer por vezes o engessamento da subjetividade, tendo como foco, por exemplo, a drogadição, em lugar do sujeito. Dunker (2011) aponta que nesse contexto, o sujeito e/ou seus laços sociais não são escutados, o diagnostico passa a defini-lo, e qualquer forma de construção de laços sociais passará necessariamente por essa inscrição, simplificando o sujeito, reduzindo-o, segmentando-o, não produzindo novas formas de ser, compreender e se relacionar.

Então, a nomeação da angústia, pela via do diagnóstico médico, ou seja, dizer sobre o desejo, que diz da falta produzida pelo rompimento com o inconsciente de forma singular, pelo sintoma, esse último como tentativa de “tapar” o que é faltoso, inscreve o sujeito no lugar da “doença”, e não a doença na circunscrição de sua vida, e para tratar a “medicalização do sofrimento e diminuição da escuta do sujeito” é que permite dizer de um retorno à Psiquiatria tradicional. Assim, em Instância da letra, sendo letra, “alguma coisa” que é determinante na estrutura psíquica, Lacan ([1957-1958]1999, p. 531) escreve: “É que ao tocar, por pouco que seja, na relação do homem com o significante [...] altera-se o curso de sua história, modificando as amarras de seu ser”.

Logo, tornando o foco na demanda trazida pelo sujeito, em seus sintomas independentes das inscrições inconscientes, isto é, sem considerar as articulações dos registros em seu psiquismo não evocadas voluntariamente, reduz-se a experiência subjetiva do sujeito ao seu próprio controle, fazendo que esse se entenda como inadequado, doente e impotente. Isso faz com que a pessoa não elabore seu sofrimento, não reflita sobre o desejo, não se implique na busca por fruir, pois quem irá fazer algo é o médico, o psicólogo, a medicação, e não o sujeito.

Os campos de concentração e outras tantas formas contemporâneas de banalização do mal em nossas comunidades decorrem da desumanização, fruto da universalização introduzida pelo discurso da ciência, que exclui a singularidade do sujeito do desejo, assim como o aliena de sua implicação e responsabilidade por seus atos (LACAN, [1967-1968]2003).

Pensando sobre uma perspectiva de olhar sobre o outro, na busca de auxiliar

esse em sua saúde mental, desvencilhamento da medicalização e melhor perspectiva diante de vulnerabilidades, propõe-se aqui a ética da Psicanálise, a qual Lacan ([1959-1960]2008) define como uma ética do desejo. Desse modo, trata-se de uma ética que não se enquadra em uma lógica idealista e humanitária e que também não caracteriza uma especialidade ou uma ética profissional, tal como a ética médica ou a ética da Psicologia. A Psicanálise não se enquadra na formação disciplinar que caracteriza a ciência contemporânea, a qual se encontra dividida em especialidades. Dessa forma, em sua ética, a Psicanálise interdita a especialidade, pois se refere a um saber do qual não se tem conhecimento, um saber não sabido, inconsciente, que toma o sujeito como a referência do próprio trabalho. Um saber que deve ser apontado pelo sujeito a partir de sua fala, sendo ela que dá a direção do trabalho.

Para Foucault (1984), modos de subjetivação dizem respeito à constituição dos sujeitos, estabelecendo uma forma de compreender, posicionar e agir, a partir de suas diferentes racionalidades e sensibilidades, sobre as expectativas, visões de mundo, as práticas e as posições das pessoas que vivem essa situação. Entretanto, o sujeito da Psicanálise é fundamentalmente composto por elementos que escapam à ordem das representações e não se adéquam aos “modos de sujeição” (FOUCAULT, 1984) de uma cultura, ou seja, não se sujeitam, permitindo a emergência do sujeito em sua singularidade.

Lacan ([1959-1960]2008) entende que a ética da Psicanálise difere da medicalização, pois é pautada pelas inscrições extremamente íntimas do sujeito, e que esse se manifesta pelo que lhe falta, configurando seu desejo. Considerando que o que lhe falta jamais será achado e/ou medicado, o seu desejo lhe faz único. Diz que o desejo é o fio condutor que implicará o sujeito na realidade de seu inconsciente, e que esse só conhece uma lei: a que pede para reencontrar o que lhe falta, tendo essa nascido de uma frustração, mas não se tratando de algo a ser realizado, e sim de uma falta nunca realizada.

Inegável é que, em que pesem os avanços advindos com o movimento de reforma da Psiquiatria, com todas as políticas públicas para saúde mental que o acompanhou, a medicalização ainda subsiste na forma como são tratadas as pessoas com transtornos mentais. A questão consiste, portanto, em saber a dimensão do espaço por ela ocupado. Diante disso, tem-se por hipótese desta pesquisa o entendimento de que a medicalização se sobrepõe no âmbito dos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, Estado do Tocantins, pois não considera a noção do sujeito do

desejo e, em razão do tamponamento dos sintomas, da rotulação diagnóstica e da não implicação do sujeito, mantém a condição de vulnerabilidade do usuário.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Problematizar, a partir da percepção dos usuários e de servidores, práticas e conceitos no âmbito dos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, Estado do Tocantins, averiguando se, no processo de atendimento, os usuários são mantidos em uma condição de vulnerabilidade, em decorrência do frágil manejo de políticas públicas em saúde mental.

1.3.2 Objetivos específicos

I. Averiguar como nos CAPS de Araguaína-TO políticas públicas são mobilizadas no acompanhamento do sujeito em suas relações com o mundo, com suas configurações e com sofrimentos e identificar quais as percepções dos usuários sobre si mesmos e seu sofrimento mental;

II. Analisar a partir das percepções dos usuários e servidores, se há prevalência do saber e do agir médico-psiquiátrico e da normalização pela via da medicalização dos sintomas e da utilização de medicamentos;

III. Averiguar, por meio das percepções dos usuários e servidores dos CAPS, se a medicalização promove a manutenção de uma condição de vulnerabilidade em relação aos seus usuários.

1.4 Metodologia

1.4.1 Metodologia da Pesquisa

Segundo Gil (2007), pesquisa é definida como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que lhe são propostos. A pesquisa se desenvolve por um processo de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e a discussão dos resultados.

Investiga-se uma pessoa ou grupo capacitado, ou seja, o sujeito da investigação, abordando um aspecto da realidade, denominado objeto da investigação, no sentido de comprovar experimentalmente hipóteses, isto é, uma investigação experimental, ou para descrevê-la, sendo uma investigação descritiva, ou para explorá-la, tornando-se uma investigação exploratória. Para desenvolver uma pesquisa, é indispensável selecionar o método de pesquisa a utilizar. De acordo com as características da pesquisa, poderão ser escolhidas diferentes modalidades de pesquisa, sendo possível aliar o qualitativo ao quantitativo (FONSECA, 2002).

Minayo (2007) define metodologia como a discussão epistemológica sobre o "caminho do pensamento" que o tema ou o objeto de investigação requer, como a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; como a "criatividade do pesquisador", ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas. Minayo e Minayo-Gómez (2007) estabelecem a esse respeito três considerações: não há nenhum método melhor do que o outro, o método, "caminho do pensamento", ou seja, o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar as respostas para suas perguntas, isto é, a desenvolver seu objeto, explicá-lo ou compreendê-lo, dependendo de sua proposta (adequação do método ao problema de pesquisa).

O método de pesquisa que embasa este trabalho é o método de pesquisa em Psicanálise, pois a partir do material de pesquisa, que, no caso, são as entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado, procedeu-se ao movimento de descrição-interpretação das falas dos entrevistados a partir de conceitos da Psicanálise. As entrevistas realizadas demandaram que os usuários e servidores do CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, Estado do Tocantins, relatassem sua relação com os serviços, noção de saúde mental, doença, diagnóstico, Reforma Psiquiátrica, dentre outros especificados no roteiro, em anexo neste trabalho, e no capítulo 4 Resultados e Análises.

Esta pesquisa pretendeu gerar informações sobre os processos de entendimento e transformações da sociedade sobre a forma dos dizeres e de busca de saúde mental implementadas pelo Estado, Psiquiatria, suas reformas e medicalização. As informações geradas servirão de base para identificar a história, a

cultura, as vivências e as experiências que são peculiares aos sujeitos com sofrimento mental e, dos profissionais que trabalham com assistência psiquiátrica e atenção psicossocial, suas relações e laços sociais criados a partir da perspectiva substitutiva de tratamento. Pretendeu também analisar e problematizar a percepção existente dos usuários e servidores nos serviços substitutivos em saúde mental sobre as patologias e a proposta terapêutica por meio de conceitos da Psicanálise, averiguando se há incidência de vulnerabilidade a partir dos dizeres e ações desses serviços, buscando relação dessas com o retorno do paradigma da Psiquiatria tradicional, manutenção do interesse normativo, de controle e econômico do Estado e ferramentaria à hegemonia da medicalização.

Para tanto, a pesquisa contou com as seguintes etapas: pesquisa bibliográfica, realizada a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de websites, coerentes com a proposta de pesquisa aqui mencionada. Para Fonseca (2002), qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. E Gil (2007) diz que os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, o que também define esta pesquisa. Posteriormente, para a etapa de pesquisa de campo, que segundo Fonseca (2002), caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (pesquisa ex-post-facto, pesquisa-ação, pesquisa participante, etc.). Nesse caso, foi instituída, num momento de entrevistas com os usuários e servidores dos serviços substitutivos em saúde mental, convidados a participar da pesquisa, sendo coletadas informações por meio de relatos de vivências acerca das práticas de tratamento de saúde mental. Cada entrevista durou aproximadamente 1 hora, sendo realizada nas dependências da Universidade Federal do Tocantins. Finalmente procedeu-se à etapa de análise das falas colhidas nas entrevistas, por meio de conceitos psicanalíticos.

A Psicanálise, compreendida como uma disciplina científica, comporta bases epistemológicas e éticas para a realização de uma pesquisa. Para tanto, diferenciam-se método de pesquisa em Psicanálise e a pesquisa com o método psicanalítico, com características e objetos de estudo distintos. Este trabalho, para o cumprimento de seus objetivos, usou a modalidade pesquisa em Psicanálise, partindo de concepções

e coordenadas teóricas, técnicas e éticas dessa disciplina decorrentes de sua aplicação no processo de investigação do cenário dos serviços substitutivos em saúde mental de Araguaína-TO.

A pesquisa que alimenta a expansão e as reformulações conceituais pode resultar de leituras de fenômenos a partir da ótica dos conceitos psicanalíticos, não sendo encontrada advertência freudiana que limite a ação da pesquisa apenas a casos clínicos. Freud (1927/1987) pesquisou fenômenos sociais a partir da teoria psicanalítica. E de acordo com Figueiredo e Minerbo (2006), a pesquisa em Psicanálise pode ser definida como um conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento que podem manter com a Psicanálise propriamente dita relações muito diferentes, ora tomando suas teorias como objeto de estudos sistemáticos, ora como reflexões epistemológicas. Tal prática pode ser realizada por diferentes pesquisadores, como filósofos, historiadores, etc., podendo ser a própria Psicanálise objeto da pesquisa.

As investigações nesse campo do saber, embora homogeneamente tenham no inconsciente seu campo de pesquisa, podem trabalhar com dados oriundos de diversas práticas do psicanalista. Nesse sentido, de acordo com Violante (2000), esses estudos não se restringem à situação analítica, uma vez que podem trabalhar questões relativas à “Psicanálise extramuros”, ou seja, referentes ao contexto social e cultural, ou à Psicanálise aplicada, dentre outras possibilidades.

No caso da pesquisa em Psicanálise, como afirma Dockhorn (2014), pensa-se que as interpretações produzidas não terão por propósito responder permanentemente e/ou limitar-se ao fenômeno estudado, tendo por objetivo ampliar o olhar e promover novas compreensões do fenômeno. Trata-se, então, da interpretação que oferece possibilidade de conhecimento, e não de seu esgotamento ou de criação de dogmas a partir da construção de enunciado. Dessa forma, é podido alinhar a ética e a especificidade da Psicanálise com o rigor metodológico exigido no espaço acadêmico.

Sob o ponto de vista de sua natureza, esta pesquisa configurou-se como uma pesquisa aplicada objetivando gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais. E em relação à sua forma de abordagem do problema, caracterizou-se como pesquisa qualitativa, a qual, para Minayo (2007), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais

profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Estabelece que as características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências. Tais características são, portanto, condizentes com as intenções buscadas neste trabalho.

Em relação aos objetivos, portou-se como pesquisa exploratória, com Gil (2007) caracterizando esse tipo de pesquisa como tendo o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, buscando torná-lo mais explícito, ou a construção de hipóteses. Relata que grande maioria dessas pesquisas envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão, observando que essas pesquisas podem ser classificadas como: pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, o que proporcionou relação direta com a realização desta pesquisa.

Ainda em caráter de revisão da metodologia para esta dissertação, Triviños (1987) elabora que a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa afirmando que a entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações. Já para Manzini (1990/1991), a entrevista semiestruturada focaliza um assunto sobre o qual é confeccionado um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre, e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. Para ambos os autores, existe necessidade de perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa,

com Manzini (2003) salientando que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, então, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante.

1.4.2 Procedimentos Metodológicos

Referindo-se a procedimentos, Fonseca (2002) diz que a pesquisa possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a ser investigada como um processo permanentemente inacabado. Ela se dá por meio de aproximações sucessivas da realidade, fornecendo subsídios para uma intervenção no real. Segundo esse autor, a pesquisa científica é o resultado de um inquérito ou exame minucioso, realizado com o objetivo de resolver um problema recorrendo a procedimentos científicos. Nesse sentido, optou-se, para este trabalho, pelo uso do método de análise de conteúdo, descrita por Bardin (1977), para a interpretação dos dados coletados pelas entrevistas semiestruturadas.

A análise de conteúdo, de acordo com Freitas, Cunha Júnior e Moscarola (1997), atualmente pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não verbais). Quanto à interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. É uma técnica que exige, do pesquisador, disciplina, dedicação, paciência e tempo. Faz-se necessário também certo grau de intuição, imaginação e criatividade, sobretudo na definição das categorias de análise, jamais se esquecendo do rigor e da ética, que são fatores essenciais.

A análise de conteúdo, desenvolvida por Laurence Bardin (1977), tem por objetivo a categorização de respostas para posterior interpretação dos dados, podendo ser um método decomposto em diferentes etapas de trabalho com os dados obtidos. É possível ao pesquisador relacionar e interpretar os dados com a corrente teórica que sustenta seu estudo, criando novas possibilidades de produção de conhecimento por meio da inferência.

É importante ressaltar que a escolha dos dados analisados nesta pesquisa obedeceu à orientação das seguintes regras:

- Exaustividade: refere-se à deferência de todos os componentes constitutivos do corpus. Bardin (1977) descreve essa regra detendo-se no fato de que o ato de exaurir significa não deixar fora da pesquisa qualquer um de seus elementos, sejam quais forem as razões.
- Representatividade: no caso da seleção de um número muito elevado de dados, pode-se efetuar uma amostra, desde que o material a isso se preste. Bardin (2011) diz que a amostragem é rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial.
- Homogeneidade: os documentos retidos devem ser homogêneos, obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora dos critérios.
- Pertinência: significa, para Bardin (1977), verificar se a fonte documental corresponde adequadamente ao objetivo levantado pela análise, ou seja, esteja concernente com aquilo a que se propõe o estudo.

O investimento nas informações coletadas começou a partir do procedimento de entrevistas com os usuários e servidores dos serviços substitutivos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, Estado do Tocantins, e se orientou por uma posição teórica dos conceitos da Psicanálise em que as informações coletadas foram concebidas em seu funcionamento simbólico, de maneira que a subjetividade colocada ao falar foi fortemente levada em conta. Para dizer da especificidade desta pesquisa, tomaram-se as informações coletadas, como falas, que dizem da vivência e das experiências dos referidos atores nos serviços mencionados. Desse modo, com base nas falas, analisou-se e problematizou-se o modo como os sujeitos que buscam assistência e trabalham nos CAPS de Araguaína-TO expressam e percebem diferentes aspectos do cotidiano nesses lugares, tendo em vista a relação deles com a saúde mental e suas dimensões.

Segundo Fernandes (1991), a análise qualitativa se caracteriza por buscar uma apreensão de significados na fala dos sujeitos, interligada ao contexto em que eles se inserem e delimitada pela abordagem conceituai (teoria) do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, mesmo porque um trabalho dessa natureza não tem a pretensão de atingir o limiar da representatividade.

Então, depois de transcritas, as entrevistas foram interpretadas seguindo os conceitos da Psicanálise, buscando refletir sobre os efeitos provocados no sujeito, a

partir da hegemonia do discurso médico-psiquiátrico e da normalização pela via da medicalização dos sintomas e utilização de medicamentos; averiguar de que forma a hegemonia do discurso psiquiátrico interfere na percepção dos usuários sobre si mesmos e sobre seu sofrimento; analisar de que maneira os laços sociais são perpassados pela *rotulação diagnóstica*; averiguar como políticas públicas em saúde mental são mobilizadas no atendimento dos sujeitos que buscam os serviços de atenção psicossocial; averiguar, por meio dos dizeres e ações médico-psiquiátricos acerca desses serviços, se há prevalência de vulnerabilidade em relação aos seus usuários. Isto é, centrou-se no tema central, intencionando recortes dos textos privilegiando temas, expressões, palavras, ou quaisquer elementos que servissem para desconstruir o texto; a reconstrução desse texto permitiu criar um sentido novo, produzindo uma outra verdade sobre o texto; averiguar, por meio das percepções dos usuários e servidores dos CAPS, se a medicalização promove a manutenção de uma condição de vulnerabilidade em relação aos seus usuários.

Para Aries (1973), redigir significa, na análise qualitativa, a sua concretização: há a eleição de tópicos e temas, uma sequência de narrativa ancorada na literatura e nas próprias verbalizações dos sujeitos, em que o cuidado com a linguagem fica por conta de elaborar uma redação coerente e fluida que encaminhe o leitor para a compreensão, análise e crítica do texto.

O texto original das entrevistas foi desconstruído, desmontado, recortado e reconstruído segundo a busca por ratificação do problema de pesquisa, de tal forma a antecipar aqui que as interpretações revelaram a manutenção do paradigma psiquiátrico tradicional, contrariando as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural da noção contemporânea da Reforma Psiquiátrica que baseiam os serviços substitutivos em saúde mental.

1.4.3 Serviços e população estudada

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil tem vivido uma reforma sanitária sem precedentes, no sentido da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, integral e equânime. A adoção, no início da década de 90, da estratégia de saúde da família e sua evolução, agregando importantes atores políticos e técnicos e demonstrando seu potencial transformador, faz com que hoje ela se

apresente como uma proposta para a organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma instituição totalmente aberta (seja pela inexistência de muros e grades, quanto pelo seu âmbito social). Tem como função lidar com pessoas que sofrem patologias psíquicas, e que estejam, no caso do CAPS AD, demandadas pelo uso abusivo de drogas. Da década de 80 até o início dos anos 90, pouco havia sido feito pelos órgãos responsáveis por saúde pública em termos de uma política de atendimento aos usuários de drogas. Os planejadores em saúde mental pareciam desconhecer a questão, tratando igualmente os dependentes químicos como aos ditos loucos de toda a sorte, utilizando o recurso da internação como forma de segregação e exclusão social. Somente em 2001 o Brasil adotou uma política nacional antidrogas, que representou um grande avanço ao aderir às diretrizes da *redução de danos*, no lugar de priorizar somente as ações de cunho eminentemente repressivo e de segurança.

Ressalta-se que o CAPS é vinculado à rede de atenção psicossocial (RAPS), conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). A RAPS deverá focar a atenção utilizando os seguintes componentes, com o objetivo de atender à população em geral, por intermédio do acesso das pessoas com transtornos de ordem psíquica: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios Na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais; Serviços Residenciais Terapêuticos.

A RAPS, regulamentada pela Portaria nº 3.088/2011 do gabinete do Ministro da Saúde estabelece o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtornos de ordem psíquica e com necessidades derivadas da utilização do álcool e outras drogas. Tal rede, segundo o artigo 1° da aludida portaria, possui por finalidade: ‘‘a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)’’ (BRASIL, 2011, não paginado).

Para tanto, foi estabelecida a criação do CAPS AD, o qual, segundo o artigo 7°, parágrafo 4°, inciso IV da aludida portaria ministerial, deve atender a ‘‘adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do

Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas'' (BRASIL, 2011, não paginado).

Nesse contexto, Ayres et al. (2012) descrevem o CAPS AD como unidade de saúde especializada em atender aos dependentes de álcool e drogas na capital, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por base o tratamento do paciente em liberdade, buscando sua reinserção social.

Desse modo, os CAPS, dentro da proposta da RAPS, se consolidaram como amplificadores eficazes na erradicação de internações em hospitais psiquiátricos e na modificação do paradigma assistencial. Tal centro teve seu percurso normativo iniciado com a Portaria n° 336/2002 do Ministério da Saúde.

Com os CAPS se instituindo seguindo as pretensões da reforma, esses pretendem atender a sujeitos em sofrimento mental de qualquer ordem e contribuir para a recuperação e a reinserção dos seus pacientes na sociedade, proporcionando aos seus usuários a recuperação de sua cidadania e bem-estar social, por intermédio de terapias, reuniões de grupo, entre outras formas de intervenção, o que caracteriza essa entidade como fundamental para as políticas de saúde mental. Com isso, pode-se dizer que os CAPS formam o paradigma moderno de atendimento às pessoas com problemas psíquicos e/ou em situação de vício em álcool ou outras drogas.

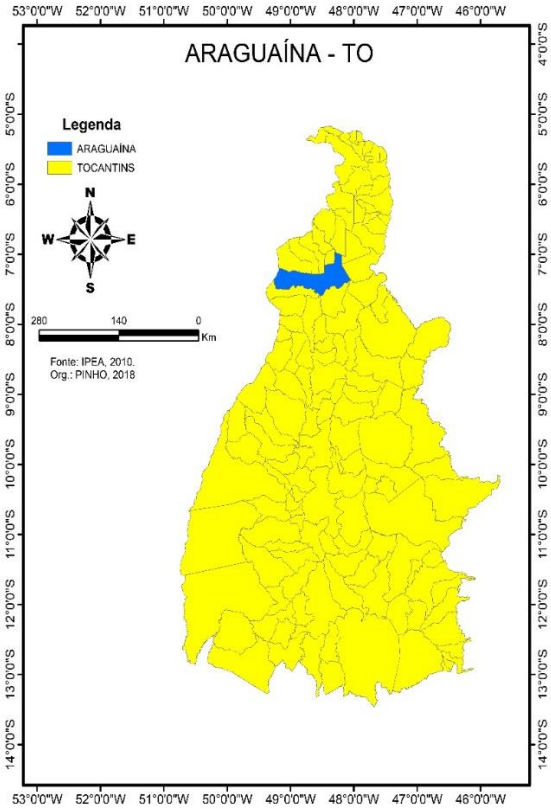
Para tanto, devem proporcionar as mais variadas ações, tais como psicoterapia, seja essa grupal ou individual, oficinas, jogos lúdicos, atividades sociais, orientação e acompanhamento do uso de medicamentos, atendimentos com a equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais. Tais atividades buscam o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse modelo estratégico de cuidado em saúde mental, as práticas terapêuticas devem se distanciar do modelo disciplinador tipicamente notado no paradigma especialista/paciente e se consolidar como uma trajetória dinâmica e flexível com o fulcro de enriquecer a dinâmica do usuário e da entidade. Portanto, foi sobre esses locais que se analisou se a quebra de paradigma para a transformação do entendimento e relação sobre saúde mental e cuidado de sujeitos em sofrimento é alcançada por meio dos trabalhos realizados nesses serviços.

Seguindo esse interesse, pesquisou-se a forma como servidores e os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental CAPS II e CAPS AD III na cidade de Araguaína-Tocantins percebem, experienciam e relatam as patologias e proposta terapêutica dentro do contexto desses serviços. Caracterizaram-se como participantes

da pesquisa em questão dois tipos de grupos: um de pessoas atendidas pelos serviços CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, e o outro composto por servidores desses centros de atenção psicossocial, totalizando-se 9 entrevistados. A escolha decorreu do fato de o enfoque sobre ambos os grupos desvelar aspectos que possibilitam uma análise mais coerente para a contemplação, além da dimensão e do olhar dos assistidos, o olhar de quem os assiste sobre o tratamento oferecido e o funcionamento do sistema que os engloba.

Será descrito na seção 2.4, Políticas públicas para saúde mental no Brasil, e no capítulo 03, Política de saúde pública no Brasil, o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental no Brasil. Abaixo, segue o mapa que destaca o município de Araguaína-Tocantins:

Mapa 1- Município de Araguaína-Tocantins



Fonte: O autor (2019).

O mapa exposto identifica o município de Araguaína, Estado do Tocantins, na região Norte do Brasil, criado em 14 de novembro de 1958, pela Lei Estadual nº 2.125 (ARAGUAÍNA, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

o município de Araguaína possui população estimada em 177.517 pessoas para o ano de 2018, sendo a segunda cidade mais populosa do Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). Informações do instituto mostram que em 2010 o município possuía PIB per capita de R$ 21.981,28 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,752.

O primeiro grupo de participantes da pesquisa é constituído por usuários dos serviços CAPS na cidade de Araguaína, escolhidos entre aqueles que dispunham de no mínimo um ano de tratamento, possuindo um plano terapêutico individual no local da pesquisa. Isso evidencia que esses usuários que foram acolhidos seguem rotinas de atendimentos especializados. Com relação ao segundo grupo, formado por servidores dos CAPS, foi adotado como critério de inclusão o desempenho de suas funções há pelo menos um ano nessa instituição. Esse acolhimento, após a constatação pelos técnicos do serviço e consentimento do usuário sobre a necessidade de tratamento, posto que esses acolheram os usuários e elaboram o plano terapêutico individual desses nos serviços como perspectiva de tratamento. Com isso descreveram como os serviços prestados estão sendo realizados. Isto pôde evidenciar se houve uma preocupação com a formação dos laços sociais e o processo de constituição de sujeitos dos usuários atendidos. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente uma hora.

1.4.4 Materiais de pesquisa

Foram construídos dois roteiros para realização das entrevistas com os dois grupos mencionados. Teve-se por intenção a compreensão acerca da constituição de sujeito dos atendidos e de seus laços sociais averiguando os efeitos de um saber hegemônico, nesse caso o saber médico-psiquiátrico. No caso dos servidores, a compreensão ficou acerca dos objetivos do atendimento no âmbito dos CAPS da cidade de Araguaína e como esses servidores veem a efetividade da proposta desses serviços na prática. Ressalta-se ainda que esse roteiro foi construído baseado na discussão teórica aqui apresentada.

O primeiro roteiro teve por intenção: a averiguação do quanto o usuário sente-se como conhecedor de si; a averiguação dos seus laços sociais; como ele entende seu relacionamento com o diagnóstico; o que entende sobre o lugar que o atende; a expectativa do tratamento procurado; do quanto ele está implicado em seu processo

de tratamento; da sua expectativa em relação à sua alta; e da expectativa de sua vida futura.

O segundo roteiro teve por intenção: compreender a visão dos servidores em relação aos usuários do serviço; compreender como eles enxergam a questão do tratamento em saúde mental e como acreditam ser o tratamento indicado; como eles se sentem em relação a esse trabalho; a possibilidade de melhorias no tratamento ofertado; e se isso perpassa a averiguação dos laços sociais dos usuários e da constituição do sujeito em vez de apenas o tratamento medicamentoso.

A constituição desses roteiros teve por objetivo a percepção dos usuários e de serviços acerca da lógica dos atendimentos que são ofertados no CAPS. O roteiro busca constatar se existe uma reprodução da lógica da Psiquiatria tradicional, com o tratamento focado apenas nos sintomas. A diferença fica a cargo de que antes eram os “muros que aprisionavam” e agora “são os medicamentos” que aprisionam. E por fim, averiguar se os servidores atuais reverberam o tratamento análogo à prática asilar sem questionar achando-se detentor de uma verdade sobre o outro.

Desse modo, com base nas falas, foram feitas as análises e a problematização, focando nos conceitos de ética da Psicanálise, laços sociais, desejo, constituição de sujeito, ou seja, o modo como a população estudada nesta pesquisa diz sobre as inscrições advindas da relação com a proposta de tratamento, ambiente e ações dos serviços de saúde mental em seus diferentes aspectos.

Considerando os procedimentos de coleta de informação, que no caso foi por meio de entrevistas semiestruturadas, os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa variaram. Como critério à realização das entrevistas, foram considerados os participantes com idade igual ou superior a 18 anos, que não interditados judicialmente em relação à sua saúde mental e com Plano Terapêutico Individual/Singular (usuários), e trabalhem lotados (servidores) nos CAPS II e/ou CAPS AD III de Araguaína. Isso porque foi demandado dos participantes falarem sobre suas relações com os serviços e o tratamento ofertados. Cabe ressaltar que foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes.

Por fim, vale destacar que, no âmbito desta pesquisa, não são abordados, na condição de participantes da pesquisa, as pessoas com idade igual ou inferior a dezessete anos de idade. A razão disso é que, conforme já ressaltado, em cada momento em que mencionadas as técnicas de coleta, a abordagem pressupõe

relação com os serviços substitutivos de saúde mental mencionados, e posto que esses, além do foco inicial desta pesquisa, não atendem a menores de 18 anos.

2 A FORMAÇÃO HEGEMÔNICA DO SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO: O PODER DA CIDADE E DO ESTADO E NASCIMENTO DA MEDICINA MODERNA

Para entender como o saber médico-psiquiátrico se torna hegemônico até os dias atuais, é necessário recorrer às suas origens históricas e conceituais, às suas transformações e das instituições que o acompanham nesse processo, a constituição desse saber e de seu paradigma. Necessário também analisar e refletir como esse saber se torna soberano na formulação de políticas públicas de saúde e quais as implicações dessas e suas práticas. Em busca de contextualizar a constituição do saber psiquiátrico, seguem-se as descrições advindas dos textos de Michel Foucault, tendo esse feito suas elaborações a partir da Era Moderna na Europa Ocidental, descrevendo suas etapas de desenvolvimento, abordando a forma de poder por meio da medicina, Psiquiatria e instituições.

Foucault (1976) tenta mostrar como o poder percorre a sociedade e suas instituições, como esse a molda e diz sobre suas características estabelecendo a participação e posicionamento de seus atores ordenando-os como normais ou anormais. Evidencia também, o que é de suma importância para este trabalho, como o poder está ligado às práticas científicas atuais. Em relação ao saber médico, como se pretende elucidar, determina as ações e políticas de saúde mental.

A Era Moderna, entre os séculos XV e XVIII, considera Foucault (1979), foi um período de grande transformação devido ao processo de ascensão do conhecimento racional, sobrepondo-se ao religioso, e foi nesse contexto que nasceu a medicina moderna, conduzida pela noção de cidade e de Estado, numa proposta de pertencimento em que os indivíduos deveriam, em conjunto, fortalecer o poder do Estado e da cidade, acumulando riquezas para essas; a noção era a de ser *cidadão.*

Pretende-se observar que o conhecimento médico vai além da relação médico/paciente, do objetivo de curar as doenças ou reduzir o sofrimento causado por elas. Observa-se, que passa a integrar as relações de mercado, numa relação econômica capitalista que engendra a sociedade e o corpo humano, lembrando que se trata agora de medicina social.

> O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (FOUCAULT, 1979, p. 89).

A tese de Foucault (1979) era de que, a partir do século XIX, houve uma mudança no exercício do poder, pois outrora era posto o poder de matar a vida, e agora, segundo o autor, seria um poder para a promoção da vida. Em seus estudos do final da década de 1970, Foucault aprofunda a noção de *biopolítica* para se referir às regulações exercidas sobre a população. Políticas públicas foram estabelecidas com o interesse de higienizar o corpo da população para a eliminação de suas doenças. Entretanto, o autor evidencia que o caráter humanitário de intervenções políticas que visam a incentivar, proteger, estimular e administrar o regime e as condições vitais da população não é genuíno, no sentido do melhor cuidado. O sentido que Foucault (1978) vai analisar é o do controle sobre a vida, compreendendo que a partir do momento em que essa foi constituída como elemento político deveria ser administrada, calculada, regrada, gerida e normalizada por políticas estatais, trazendo, com isto, imposições violentas de aprisionamento e morte, pois haviam sido definidos como se viver e quem tinha condições de usufruir desse padrão. Portanto, quem não apresentava as características impostas era eliminado para garantir mais e melhores meios de sobrevivência a uma parcela da população.

Em conjunto com as noções sobre medicalização e suas implicações para o contexto humano, serão estudadas, nas seções deste capítulo, as origens da medicina moderna: seus principais processos de constituição de suas práticas públicas, experiências pioneiras e fundamentais na Alemanha, França e Inglaterra, focando nas características históricas do nascimento da medicina social nesses países e suas influências para o mundo ocidental. Nesse sentido, reflete-se sobre as relações entre o desenvolvimento da medicina e as condições históricas e sociais e sobre o processo de formulação de políticas públicas de saúde, em caráter crítico sobre as práticas de saúde e suas relações com a vida em sociedade.

Segue-se também com a verificação das transformações ocorridas com o hospital, que, observa Foucault (1979), de instituição religiosa e filantrópica, de caridade aos pobres e necessitados, se torna uma instituição médica. Descreve-se como se deu esse processo, quais as estratégias foram criadas possibilitando estas mudanças, e qual a importância que essa instituição passou a ter no desenvolvimento da medicina e no processo de medicalização social, tanto em relação à produção de conhecimentos médicos quanto na reprodução de seus saberes e práticas, como um espaço que privilegiou a formação de quadros de saúde.

Além do estudo sobre de que maneira a medicina, como ciência, associa a vertente da prática médica da experiência clínica, o lugar da relação médico-paciente e, com a vertente da anatomia patológica, que abre corpos para ver o que existe em seu interior e tentar determinar as causas internas das doenças. Foucault (1977a) diz que a primeira vertente busca tanto o discurso quanto a experiência do indivíduo como doente, e a segunda é o domínio do saber exclusivo do médico, que olha e identifica o que pode estar errado nos órgãos, por meio dos exames. Assim entende como se desenha a medicina moderna, nascida no século XVIII, percebendo a ruptura entre a medicina clássica e a medicina moderna e o nascimento da clínica e da anatomia patológica como bases da medicina científica, as condições históricas para tais experiências e seus princípios teóricos e conceituais para chegar à clínica médica e anátomo-clínica.

Nesse contexto, onde se busca o alcance da medicina nas estruturas sociais e sobre a perpetuação de suas ações em relação aos sujeitos em sofrimento mental, serão explicadas a constituição do paradigma psiquiátrico, suas origens históricas e conceituais e a formação de práticas institucionais, pontuando-se os momentos principais e a evolução da ciência psiquiátrica, principalmente a partir das experiências de Philippe Pinel no Hospital de Bicetrê, no final do século XVIII, na França.

Observa-se que em seu seguimento histórico a Psiquiatria não era unanimidade em suas formas criadas para lidar com a loucura, sofrendo contestações que mostraram as insatisfações com as técnicas práticas, chegando-se ao debate de suas teorias básicas. E dessa forma foram executadas tentativas de modificá-la, ensejando a criação de outras propostas para assistir a doença mental. Faz-se necessário examinar essas propostas, pois suas ações e elaborações deixaram marcas na história da condução psiquiátrica até os dias atuais, constituindo-se importantes influências do processo de transformação que se segue no campo da saúde mental. Neste capítulo serão estudas também as propostas de reformas psiquiátricas, sendo estas: a Comunidade Terapêutica, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana ou Psiquiatria Democrática Italiana, das que centraram suas propostas na transformação no espaço asilar, identificando as propriedades de cada uma das experiências, situando-as na história e quanto às suas concepções e contribuições para a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Para entendimento deste estudo, que pesquisa como a medicalização está enraizada no cotidiano, pensamento e práticas de saúde mental nos serviços substitutivos CAPS de Araguaína, Tocantins, é necessário conhecer os principais momentos da história da Psiquiatria no Brasil, da primeira década do século XIX até o final do século XX, desde a chegada da família real, de Portugal, em 1808, que possibilitou inúmeras mudanças na até então colônia, e ao longo da história as várias influências das experiências internacionais nas políticas de saúde mental brasileiras e as ações nacionais. Nesse sentido, identificam-se as características do nascimento da Psiquiatria no país, os principais períodos, atores e cenários de sua assistência psiquiátrica e as tendências basilares do processo de transformações contemporâneas nacionais.

Estudar-se-ão as políticas de saúde no Brasil, começando pelas Campanhas Sanitárias no início do século XX, destacando-se a importância de Oswaldo Cruz. Estudar-se-á também a criação das primeiras modalidades de seguro social no país, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, acompanhando seus desdobramentos até os dias atuais. Segue-se, então, pelas transformações e constituição histórica no âmbito das políticas públicas de saúde que determinam as práticas em funcionamento hoje e que envolvem os técnicos e usuários do sistema de atenção psicossocial de interesse para esta pesquisa, refletindo sobre a evolução e o desenvolvimento dos modelos de proteção social, em relação com a proteção à saúde brasileira, analisando criticamente se há coerência sobre o proposto.

2.1 Reordenação das cidades, a higiene urbana e controle dos corpos

O termo *medicalização*, de acordo com Clarke (2003), surge no início na década de 1960 no campo da sociologia da saúde, e se consolida como um importante campo de interesse e desenvolvimento de pesquisas. Uma vez que se observava o enorme crescimento do número de problemas da vida que eram definidos em termos médicos, os autores denunciam a ampliação do alcance de ação da medicina, que extrapolava o campo tradicional de ação direta sobre as moléstias. De fato, o crescimento da jurisdição médica foi, para alguns autores, uma das mais potentes transformações da segunda metade do século XX.

Medicalização é o conceito utilizado para a descrição das intervenções médicas ao longo da história e expor as modificações que o saber médico ocasionou na

sociedade e suas relações por meio de suas ações, como a sanitarização das cidades, ou do controle social sobre os corpos e suas condutas. Foucault (1979) caracteriza a definição de medicalização como intervenção médica na sociedade, e explicita o desenvolvimento médico dessa forma em O nascimento da medicina social.

Michel Foucault (1977b), apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e conduzidos por meio da medicina. Diz sobre o processo de medicalização social ao elaborar que, ao contrário do que se imagina, a medicina moderna, nascida no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de expansão das relações de mercado, não se tornou individual, mas, sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com intenção de controlar a sociedade. Primeiramente, o investimento era feito sobre o indivíduo por meio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Nesse sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida, um biopoder, que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar.

Segundo Foucault (1979), é possível distinguir três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tendo essa como principal objetivo a qualificação dos indivíduos como componentes de uma nação; a medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena.

Outra etapa, segundo Foucault (1979), surgida na França, a higiene urbana, tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua “re-localização” e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades.

Nesse sentido, com as cidades francesas muito desorganizadas, em um cenário de confusão urbana, era imprescindível a organização do poder tanto para a ordem econômica quanto para a ordem política. Sendo necessária a organização do corpo urbano, desenvolveu-se, então, a medicina urbana para a ordenação do

espaço, com objetivos de analisar lugares propensos à formação e à reprodução de doenças, controle da circulação dos elementos, como a água e o ar, para que esses não causassem doenças, e o sistema de águas e esgotos, daí a ideia de higiene pública. Com isso, a medicina urbana faz com que o saber médico entre em contato com outras áreas do conhecimento, relacionando-se com a química e a física, por exemplo.

No terceiro momento, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, no final do século XIX, o processo de desenvolvimento da medicina configurou-se em meio a um grande crescimento populacional motivado pela aceleração industrial e um regime capitalista. Com um grande acumulo de riqueza e a formação de grupos sociais dominantes, a pobreza destoa em relação à tentativa de uma sociedade homogênea e sobre a ordenação pensada pelo Estado. Portanto, sentindo os efeitos da Revolução Industrial em relação à saúde, foram criados instituições e decretos de saúde pública voltados principalmente à assistência da população pobre. Ainda segundo Foucault (1979), a medicina inglesa começa a tornar-se social por meio da “lei dos pobres”. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres, visando a torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas. Observa-se que a pobreza passa a ser considerada como ameaçadora à ordem pública instaurada, a insegurança era considerar que os pobres pudessem ser portadores de doenças transmissíveis ou quisessem estabelecer uma nova ordem social. Portanto, a pobreza se tornou objeto de políticas públicas, garantindo assistência médico-sanitária aos pobres, porém submetendo-os aos controles médicos, pois consideravam que os pobres eram os responsáveis pelo próprio estado de miséria em que viviam.

Então, pode-se observar que o registro simbólico, nesse caso, passa pela performance, pela atuação produtiva como cidadão que ajuda a sociedade, que segue um padrão “acordado” e “aceito” para participação em comum. E a medicina seguirá como instrumento para a apropriação dos modos de vida desse cidadão, permeando as diversas instâncias do cotidiano social, sendo o que Foucault distinguiria como medicalização.

> Medicalização é uma estratégia biopolítica, poder que é exercido sobre o coletivo e atuando sobre a constituição do sujeito. Não é o corpo somente

> que deve ser disciplinado, mas o controle deve recair também sobre a '[...] vida dos homens, [...], ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo; no limite, ao homem-espécie' (FOUCAULT, 2005, p. 289).

Torna-se perceptível o exercício de poder do Estado sobre os indivíduos e do saber médico como seu arauto em nome da produção de saúde. Com o rompimento sobre o pensamento divino, ou seja, com a busca pela ciência, a medicina tornava-se a verdade e passaria a intervir politicamente na sociedade, estabelecendo normas de comportamento para o controle e a terapêutica não somente das doenças. A influência da medicina iria para além de seu campo epistemológico, ditando como era devido viver na cidade e no Estado, onde todos deveriam ouvir e seguir os dizeres do agente institucionalizado, científico, objetivo, neutro e com moral ilibada, o médico.

Em O nascimento da Biopolítica (2008), Foucault considera que a medicina se tornou uma prática social que visava a controlar a sociedade por meio da transformação do corpo do indivíduo em força de trabalho a serviço do desenvolvimento da economia capitalista e da expansão das relações de mercado, isto é, empregava o biopoder. A manutenção da industrialização e da força de trabalho se tornou primordial para a força do Estado, então passa-se à preocupação extensa com condições gerais de vida. A medicina, então, a pretexto da busca de saúde por meio do combate a doenças endêmicas, infecções e contaminações, taxas de natalidade e mortalidade, higiene e situação sanitária, estabelece diversas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo, possibilitando cada vez mais o poder sobre a vida, uma vida medicalizada. A medicina como técnica geral de saúde assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nessa maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder, e constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra em uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento.

Sendo assim, a medicalização está inserida no dispositivo do biopoder e tem como característica proporcionar ação às instituições disciplinares e à biopolítica, pela intervenção médica sobre o plano da vida dos sujeitos em nome de um discurso científico que produz, consequentemente, processos de subjetivação. Por meio da biopolítica, o homem foi submetido a processos de normatização e padronização

contínuos nos quais se efetivou o controle sobre a vida, repercutindo na medicalização dos comportamentos e do que se considerava desvio desses.

Foucault (1979) destaca o biopoder como um poder disciplinador e normatizador que, diferentemente dos micropoderes disciplinadores que descreveu outrora sobre o século XVII, não visa ao controle do corpo individual, mas pretende o comando da população concentrado na figura do Estado. Era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias; o autor chama esse processo de “biopolítica das populações”.

Foucault (1984, p. 134) enuncia no primeiro volume da História da Sexualidade: “O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão”, descrevendo a dinâmica de exercício do biopoder. À medida que os conflitos políticos do presente visam à preservação e à intensificação da vida do vencedor, consequentemente eles não expressam mais a oposição antagônica entre dois partidos adversários, pois os inimigos deixam de ser opositores políticos para ser considerados entidades biológicas. Já não podem ser apenas derrotados, têm que ser exterminados, pois constituem perigos internos à raça, à comunidade, à população: “A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura” FOUCAULT, 2005, p. 305).

Ivan Illich (1975) descreve a produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, voltando seus estudos especialmente para a sociedade, com foco na relação macrossocial. O autor é um crítico da sociedade industrial e concentra suas ideias críticas nas tecnologias médicas ao afirmar a ameaça à saúde provocada pela medicina moderna. Uma das principais preocupações do autor relaciona-se à perda da autonomia das pessoas que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde. Illich compreende que, para obterem uma verdadeira satisfação, as pessoas devem superar a necessidade da intervenção profissional para os cuidados em saúde e agir contra o consumo intensivo da medicina moderna.

Sobre esse contexto, Conrad (1975) irá dizer que a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido

como uma doença, transtorno ou problema médico, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento. Tal pensamento traz à tona a expansão da jurisdição da profissão médica junto a domínios que eram considerados estranhos ao campo da saúde, tais como o espiritual, o moral, o legal e, por fim, o criminal. E, assim, logo problemas sociais passaram a ser cada vez mais medicalizados, ou seja, tomados sob o prisma da medicina científica como “doenças a serem tratadas”. É o que Russo (2004) relata que ocorreu, por exemplo, com fenômenos como o alcoolismo, o aborto, as “anomalias” e “desvios” da sexualidade, as homo e transexualidades, e o uso de drogas ilícitas, que, ao serem transformados em questões médicas, possibilitaram o controle e a vigilância populacionais por parte dessas instituições.

Foucault (1979) define o *biopoder* assumindo duas formas: consiste, por um lado, em uma anátomo-política do corpo e, por outro, em uma biopolítica da população. A anátomo-política refere-se aos dispositivos disciplinares encarregados de extrair do corpo humano sua força produtiva, mediante o controle do tempo e do espaço, no interior de instituições, como a escola, o hospital, a fábrica e a prisão. Por sua vez, a biopolítica da população volta-se à regulação das massas, utilizando-se de saberes e práticas que permitam gerir taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, aumento da longevidade. Portanto, o estudo segue relacionando como essa forma de poder traduzida em medicalização incide sobre a política da vida em relação aos problemas inerentes ao sofrimento mental e tenta evidenciar o interesse da lógica econômica para relações sociais, mostrando também que as disciplinas são técnicas que não precisam mais de muros e camisas de força.

Historicamente, os estudiosos da medicalização preocuparam-se em denunciar o crescente uso da racionalidade médica para abordar problemas de ordem socioeconômica-cultural, que Crawford (1977) aponta como prática que ocasiona a chamada culpabilização da vítima, em que o foco do problema se desloca do problema objetivo em si – suas causas e implicações – para se concentrar no aspecto subjetivo do indivíduo. Trata-se de uma ideologia que culpabiliza o indivíduo pela sua doença e propõe que, em vez de confiar a responsabilidade das doenças aos serviços médicos ineficientes ou à falta de condições dignas de vida, o indivíduo deve assumir uma maior responsabilidade por si e por sua saúde.

Significa que no lugar da punição espetacular coloca-se em prática o ajuste constante do homem ao seu meio, sua adaptação. Controlar, manipular

multiplicidades é mais efetivo que violentar. As relações de poder só funcionam dentro dessa trama complexa. A disciplina é efeito do direito que acaba se tornando dever (FOUCAULT, 1978). As instituições disciplinares constituem a vertente obscura da luta pelos direitos, elas protegem, mas também obrigam.

Nesse sentido, Amarante (1997) relata que a Reforma Psiquiátrica busca a desconstrução das teorias e conceitos da Psiquiatria tradicional, relativizando as preocupações com as causas da doença mental, entendida apenas como patologia. O referido autor assume que é preciso fazer uma revisão das definições científicas sobre os conceitos relacionados à loucura. As novas práticas promovidas no contexto da reforma levam em consideração que a intervenção médica tradicional reduz o sujeito aos sintomas e ao diagnóstico, deixando de lado as outras características da pessoa.

O autor afirma ainda que, ao olhar somente para a “doença mental”, a Psiquiatria não valorizava toda a complexidade característica do ser humano. A Reforma Psiquiátrica indica que é preciso desinstitucionalizar todas as construções realizadas pela Psiquiatria em torno do conceito de “doença metal”. Novos conceitos e olhares constroem outros modos de entendimento sobre a loucura, consequentemente, promovem práticas diferenciadas.

2.2 Hospital, lugar de medicalização

Com a ideia da medicina urbana e de análise dessa para melhoria da cidade e do Estado, Foucault (1979) discorre que, devido ao hospital abrigar os excluídos, também deveria ser higienizado, tendo como agente o médico. O autor observa que o profissional da medicina não faz mais apenas visitas esporádicas, tendo o hospital como seu lugar cotidiano, e figura como agente da ciência e da verdade. Com o espaço, o hospital, onde podia se observam todos os tipos de doentes, de doenças e a situação das diversas pessoas que estavam ali, era possível, para o cientista da medicina, isolar, observar, administrar, sistematizar, descrever, comparar, classificar e estudar diversas doenças, estabelecendo o enquadre dos indivíduos doentes. E que havia a imposição de um saber sobre o outro, de um dizer sobre aquele outro. Um outro que não fala sobre si.

Pode-se observar a transformação do hospital de instituição religiosa e filantrópica em uma instituição médica, tornando-se um importante espaço de

desenvolvimento da medicina e de sua produção de conhecimento e prática. O hospital não era uma instituição médica, praticava a caridade, promovendo ajuda aos necessitados, abrigo, agasalhos, comida, ou seja, dava amparo a quem não tinha posses, seguindo os desígnios cristãos.

> O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres (FOUCAULT, 1979, p.101-102).

A transformação do hospital iniciou-se com a criação do Hospital Geral de Paris, no ano de 1656, com o advento da medicina urbana na França, possuindo a responsabilidade de internação de todos os pobres em geral. Como o próprio nome dizia, tratava-se de internação não específica, generalizada, com exceção do critério de pobreza, internação voluntária ou involuntária (situação de maior incidência), *grande enclausuramento*, como chamou Foucault (1979). Portanto, o hospital deixava de ser uma instituição religiosa para atender às finalidades da administração da cidade de Paris em torno de sua urbanização, passando a ser uma instituição pública ao exercício de poder e de controle sobre os pobres.

> Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os indivíduos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’ (FOUCAULT, 1968, p.78).

A medicina urbana tinha como objetivo analisar os lugares onde fosse possível haver focos de incidência e reprodução de doenças, logo o Hospital Geral oferecia a possibilidade de encontro com diversas doenças e doentes, então a partir de visitas médicas sistemáticas a pretexto da organização, a medicina urbana causa transformações *medicalizando* o hospital. A intervenção médica, que considerava o hospital como um lugar insalubre, proporcionou ao médico a observação da evolução das doenças, seguindo a epistemologia das ciências naturais.

Seguindo o método naturalista, Bercherie (1989) diz que a medicina se baseava então na experimentação sobre a causa das doenças. Utilizando o *princípio do isolamento*, evitava que interferências pudessem prejudicar sua observação, e o *princípio do afastamento*, separando e agrupando os doentes pelas semelhanças ou diferenças das características de suas doenças, criando, assim, classificação entre elas. Portanto, dessa forma, o hospital tornava-se um espaço para buscar a cura, e não apenas o último abrigo de um convalescente, pois o novo saber epistemológico da medicina não foi criado incólume das intenções do Estado em relação ao espaço urbano; o sofrimento das pessoas, internadas ou não, era negligenciado.

Foucault (1977b) fala sobre a medicalização ocorrida no hospital como uma instrumentalização política que ele chamava de *disciplina.* Tal tecnologia era usada para a distribuição espacial dos indivíduos, vigilância constante e permanente desses e para o controle do desenvolvimento de uma ação e o registro de tudo que acontecia na instituição. Os médicos puderam experimentar suas teorias e tratamentos com a tarefa de higienizar as cidades, logo estavam cotidianamente nos hospitais, observando, medindo, anotando, confirmando ou não suas inferências, e com isso desenvolvendo uma medicina cientifica, baseada na experiência.

Como ciência, a medicina deveria definir as causas das doenças. Para isso, partia da história de vida dos pacientes, sentimentos, sintomas e atribuía as patologias dos humanos ao mal funcionamento em seus órgãos. A medicina científica focaria, segundo Bercherie (1989), na anatomia e na clínica (do grego *Klinus* – leito ou cama, inclinar-se); o médico iria ao leito para assistir o doente na cama, acompanharia sua evolução diária, poderia escutar sua história e entender o caso e tentar solucioná-lo. Nesse contexto, dizia que era tentada a recomposição do que o paciente relatava como sua experiência individual, buscando fragmentos comuns aos outros, comparando os aspectos a fim de notar algo que se repetisse como um fator geral característico de todos os acometidos por uma doença estudada em questão. Assim, eram generalizadas as experiências dos indivíduos destacando-se a doença, e não o sofrimento singular deles.

A partir do foco na doença, o observador médico, cientista especialista, tornava-se o mais importante na busca da cura, passando a dizer sobre o paciente. A importância do discurso do sujeito proveniente da relação médico-paciente era diminuída em favor do domínio do saber científico do médico, focado no somático, direcionado a dizer onde estava a doença no organismo, qual seria a disfunção

fisiológica no corpo. Constituía-se, para Foucault (1977a), a medicina moderna, e, nessa, para além da clínica, a anatomia patológica.

Então, a medicina moderna passou a descrever os indivíduos, e para tanto uma nova linguagem foi instituída, um discurso do médico a partir das ciências naturais, observando, descrevendo, comparando e classificando a linguagem pessoal para uma linguagem científica. Foucault (1977a), em O nascimento da clínica, nos fala que o olhar clínico teria a propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebia um espetáculo, isto é, não havia diferença entre o ver e o dizer, ao mesmo tempo que se notava um espetáculo, uma linguagem era ouvida.

O hospital passou a ser local para uma ciência empírica, isto é, de organização da experiência, neste caso, por meio de um saber exclusivo do médico, que, ao ouvir/olhar o outro, identificava o que estava errado com esse. Contudo, revela-se um afastamento da clínica quando quem pode dizer mais é o tradutor do fenômeno, ou seja, o novo uso para a linguagem científica era a sistematização do saber a partir da experiência do observador, que agora dirigia seu olhar a um organismo doente.

Compreende-se, por isso, que o tratamento no hospital não era mais questão de caridade, com as mudanças culturais, políticas e científicas, uma busca por um Estado Moderno associadas aos homens como cidadãos, com isso, devendo esses ser produtivos, não podendo contaminar seus compatriotas com suas mazelas. Portanto, constitui um imperativo social e político os doentes serem afastados do convívio dos demais para serem tratados, protegendo o Estado de suas doenças. As doenças e os corpos dos indivíduos não eram mais problemas exclusivamente particulares, dava-se ao médico um poder político muito grande sobre todos os doentes das cidades, o poder de internar no hospital, um poder superior de polícia médica.

Nesse sentido, para a Reforma Psiquiátrica, os hospitais terminam se transformando em grandes “depósitos”, lugares de isolamento e abandono de pessoas consideradas loucas, que não são respeitadas em sua diferença como sujeitos autônomos. Sendo assim, Amarante (1997) afirma que a reforma propõe uma reflexão profunda sobre o saber e as práticas psiquiátricas, apontando para um novo projeto que não considere a “doença mental” como categoria que determina as formas de abordagem com o indivíduo com transtorno mental.

A reforma, em sua dimensão teórico-conceitual, coloca em questão e problematiza os conceitos sobre a loucura construídos pela Psiquiatria tradicional,

que, segundo Amarante (1997), compreende o fenômeno da loucura e suas implicações no campo social com base em outras abordagens teóricas e conceituais. Significa, para o autor, que são questionados os conceitos de doença mental, normalidade, cura, periculosidade, a função terapêutica do hospital psiquiátrico, as relações entre os técnicos de saúde, a sociedade e os indivíduos considerados loucos. A Psiquiatria, nesse contexto, considera a doença mental como seu objeto de análise e intervenção, e o hospital psiquiátrico como o lugar para o tratamento e a cura, ou seja, a volta da pessoa doente à normalidade.

2.3 Psiquiatria, as transformações nas políticas públicas de saúde mental

Depois da Segunda Guerra Mundial, acontecerem mudanças importantes no mundo, principalmente no sentido de como a humanidade deveria tratar sua convivência. Reflexões profundas sobre os aspectos da vida, promoveram avaliação das formas de relacionamento da natureza humana. Logo, o pensamento científico e suas técnicas buscaram e foram postos a proporcionar o desenvolvimento almejado. A Psiquiatria não passou ilesa seguindo esse contexto, sofrendo modificações que produziram novas abordagens advindas da comparação entre os hospitais psiquiátricos e os campos de concentração, sobretudo em relação à privação de liberdade e ao desrespeito aos direitos humanos. A violência e a exclusão sentidas na guerra causaram comoção sobre a forma com que a Psiquiatria vinha tratando o sofrimento mental.

Profissionais médicos, psicólogos, enfermeiros entre outros, mostraram-se insatisfeitos com as técnicas praticadas e até mesmo com as teorias envolvidas no processo. Esses profissionais procuraram modificar e criar outras propostas para o cuidado com a doença mental. As tentativas propostas deixaram suas marcas na história da Psiquiatria e até hoje influenciam o processo de transformação do campo da saúde mental. Para o entendimento de suas contribuições à Psiquiatria, destacam-se aqui as principais características das experiências de reforma da Psiquiatria tradicional predominantemente asilar, sendo essas as ideias de Comunidade Terapêutica; Psicoterapia Institucional; Psiquiatria de Setor; Psiquiatria Comunitária ou Preventiva; Antipsiquiatria; Reforma Psiquiátrica Italiana ou Psiquiatria Democrática.

A proposta da Comunidade Terapêutica começou com o psiquiatra Hermann Simon, na década de 20, à época denominada *terapêutica ativa*", e posteriormente passando a ser conhecida como terapia ocupacional. Por não possuir mão de obra suficiente para a construção de um hospital, Simon contou com o trabalho de alguns pacientes considerados cronificados. O psiquiatra relatou efeitos benéficos de suas ações aos pacientes e bons resultados na construção do prédio, averiguando que o ambiente se tornou mais tranquilo e ordenado. Entre os anos de 1929 e 1930, Sullivan instituiu ao espaço e à dinâmica asilar novidade ao enfoque terapêutico organizando sistemas grupais e inter-relacionais entre grupos, desfocando-o do referencial individual. Menninger, na década de 40, fez com que pequenos grupos compartilhassem e debatessem seus problemas e soluções facilitando o processo de ressocialização dos pacientes. Nota-se a inclusão dos próprios pacientes nas discussões, tomadas de decisão e elaboração de projetos coletivos como uma inovação importante no processo das reformas psiquiátricas.

Nessa nova visão, em que o hospital passava a ser chamado de *comunidade terapêutica*, os pacientes saíam da posição passiva, na qual não tinham direito a questionamentos, para uma posição participativa sobre o seu tratamento, prescrições e orientações da equipe técnica. Jones (1978) defendeu o envolvimento do sujeito com a própria terapia e com a dos outros internos, entendia que a relação terapêutica não poderia ser somente direcionada pelo terapeuta aos doentes, mas que era fundamental a participação desses em seu próprio tratamento e no dos demais asilados. O autor falava que a "função terapêutica" deveria ser assumida pelos pacientes, seus familiares, pelos técnicos e comunidade.

A Psicoterapia Institucional surgiu na França, com os trabalhos de François Tosquelles no Hospital de Sanit-Alban. Tosquelles fugia da ditadura do General Franco, na Espanha, e refugiou-se na França durante a Segunda Guerra Mundial. A situação caótica criada pela guerra se impunha ainda mais severa aos internados nos asilos, o que fez com que Tosquelles implementasse iniciativas para salvar os doentes da morte e oferecia melhores condições de tratamento. Procurava recuperar o sentido terapêutico do hospital psiquiátrico como lugar de tratamento e cura pensado por Pinel e Esquirol. Considerava que o hospital havia se tornado lugar de violência e repressão devido ao mau uso das terapêuticas, má administração, descaso e circunstâncias políticas e sociais. Por fim, acreditava que um espaço hospitalar reformado,

preocupado com a terapêutica, curaria a doença mental e devolveria o doente à sociedade.

A Psicoterapia Institucional considerava que as próprias instituições eram doentes e deveriam receber tratamento, juntamente com o questionamento sobre a segregação na instituição psiquiátrica, o poder do médico e verticalidade das relações no asilo. Nesse sentido, questionava o autoritarismo, a exclusão e a violência no hospital e na sociedade como um todo. Essa reforma também trouxe como iniciativa a criação do clube terapêutico, batizado com o nome do diretor da instituição, Paul Balvet, como espaço autônomo e gerido pelos internos, incentivando a participação e construção coletiva de novas possibilidades de gestão de lugares concretos e estruturados onde os pacientes pudessem participar de fato. Os clubes terapêuticos funcionavam dentro dos hospitais de maneira autônoma, geridos por técnicos e internos, promovendo encontros e trocas entre os participantes, destacando-se organização de festas, passeios e ateliês.

A Psiquiatria de Setor aparece na França em meados de 1945. Contestava a ideia da Psiquiatria como instrumento de violência e exclusão e objetivava novas formas de tratamentos e cura para os doentes mentais. Formada por um grupo de psiquiatras que dizia que a Psiquiatria não poderia ser praticada de forma eficiente em uma estrutura alienante como acreditava ser os hospitais psiquiátricos, buscava outros locais para a atuação da Psiquiatria, levando-a para a convivência com a população realizando o tratamento no meio social de origem dos pacientes. Um dos fatores fundamentais para um resultado eficaz dessa proposta seria a manutenção dos doentes em seu meio social habitual, com o hospital não servindo mais a esse propósito, mas contribuindo como uma das fases do acompanhamento do paciente. Não seria suficiente construir uma nova modalidade de tratamento dentro do hospital psiquiátrico, a Psiquiatria deveria inserir-se na vida comunitária.

Passos (2009) expôs que a Psiquiatria de Setor foi uma experiência de planificação nacional e racionalização administrativa sem caráter de ruptura ou contestação do manicômio, modernizando os hospitais psiquiátricos, o que estimulou a abertura de novos hospitais, apesar de conseguirem certa diminuição das internações. Não havia uma politização da ação profissional, pois era mantida a supervalorização da clínica em detrimento da dimensão política dessa prática, sem alternativas veementes à Psiquiatria farmacoclínica tradicional. A influência da Psicanálise lacaniana não proporcionou um embate contra as dimensões

institucionais do poder psiquiátrico. Enquanto a discussão técnica privilegiava o debate teórico-clínico, nada foi feito para conter o avanço da lógica de mercado e a privatização da prática psiquiátrica.

Contudo, a Psiquiatria Preventiva traz uma nova abordagem para a medicina psiquiátrica estabelecendo a busca e a formulação de saúde mental e pretendendo levá-la para toda a comunidade por meio dos Centros de Saúde Mental Comunitária, compostos por *equipes técnicas* formadas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. A intervenção dos centros teria como meta a prevenção das doenças mentais e a promoção da saúde mental. A intersetorialidade, ou seja, a integração entre outros setores da sociedade, como polícia, educação e igrejas também foi adotada como prática (AMARANTE, 1997).

Em Princípios de Psiquiatria Preventiva (1964), Caplan entendia que todas as doenças mentais podiam ser prevenidas ou percebidas precocemente e considerava que os indivíduos procuravam os serviços de saúde ou os médicos tardiamente, quando já estavam doentes. Por esse motivo, era necessário ir ao encontro da comunidade nas ruas e casas para conhecer os hábitos e os possíveis vícios, identificando-se aqueles que, por suas vidas desregradas, fossem “suspeitos” de distúrbio mental, devendo ser encaminhados para investigação diagnóstica de um psiquiatra, mesmo que não por iniciativa própria. O autor dizia que o encaminhamento poderia ser feito também pela família, amigos, profissional de assistência comunitária, juiz, superior administrativo no trabalho, isto é, uma pessoa que julgasse ter percebido algum desvio no pensamento, sentimento ou conduta do indivíduo encaminhado.

Nos anos 50, quase início da década de 60, surgiu a Antipsiquiatria, proposta de reforma que inaugura não somente a contestação da instituição hospitalar psiquiátrica, mas também do saber psiquiátrico e do conceito de saúde mental. Entretanto, Antipsiquiatria não quer dizer contra a Psiquiatria. Apesar das críticas, o movimento centrou-se em uma nova proposição em relação à noção de doença mental em contraposição aos conceitos da época. Laing (1982) falava que era muito importante o exercício de uma crítica em relação à Psiquiatria e às ordens sociais e familiar por meio de uma política que subvertesse a ideologia estabelecida e buscasse estruturas paralelas, livres ou anti, pois a loucura era um fato social, político e possivelmente uma experiência de libertação, ou seja, uma reação a um desequilíbrio *familial* – algo da ordem das relações familiares, e não familiar e hereditário, não sendo tratado como estado patológico.

A Antipsiquiatria ressaltou a importância dos grupos ditos como primários, entre eles a família, trabalho e a escola, considerando-os como vínculos comunicacionais patológicos, e a esquizofrenia como concretização dessas ligações, entendendo a doença como uma construção nessas relações e questionando a visão positivista de existir em si mesma a doença mental. Em sua perspectiva, o discurso do louco denunciava a desordem no núcleo familial, e a doença era tratada como fato social, especificamente a esquizofrenia. Então, para Laing (1982), a família se tornou categoria fundamental para o entendimento da loucura. Relatava que o hospital psiquiátrico reproduzia a estrutura social, por isso também as características patológicas da família. Entendia que muitas vezes médicos, enfermeiros e psicólogos representavam papéis como os de familiares, acreditando que doença de um membro dessa estrutural familial não poderia ser abordada como fato isolado, mas como reflexo do funcionamento dessa estrutura.

Finalizando a historicidade das transformações em torno da Psiquiatria, apresenta-se uma das mais importantes tentativas de ruptura com o modelo médico, a Reforma Psiquiátrica Italiana, que, segundo Evaristo (2000), receberá a qualificação de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), em 1973, com o movimento criado por um grupo de profissionais de saúde mental de todas as regiões da Itália que compartilhava das ideias de Franco Basaglia e que foi expandido pelas principais cidades italianas para a reprodução de suas atividades e ideais. Com isso, adquiriu grande dimensão e se tornou nome de referência para a identificação e reconhecimento do conjunto das experiências de Reforma Psiquiátrica no país.

Basaglia (1979) enfatiza que para formular sua visão crítica e filosófica em relação à Psiquiatria utilizou-se da fenomenologia, existencialismo e marxismo, centrando suas reflexões na experiência do indivíduo na observação dos fenômenos e nas diversas possibilidades de existência. Não aceitava a hipótese da incompreensibilidade da doença mental e o processo de rotulação nosográfica sobre o indivíduo considerado doente mental. Ao assumir a direção do Hospital de Gorizia, em 1961, Basaglia aboliu os métodos coercitivos e violentos de tratamento, visou ao resgate da dignidade e dos direitos de cidadania dos internos, estimulando a participação de médicos, enfermeiros e pacientes em reuniões e assembleias em espaços coletivos e, com isso, em 1962, a abertura para a comunidade do primeiro pavilhão do hospital, adotando os princípios da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional.

Basaglia (1979) buscava a produção de uma atitude crítica dos técnicos e internos sobre as funções sociais, políticas e ideológicas da instituição psiquiátrica e considerava: a relação de interdependência entre a Psiquiatria e a justiça, a partir da evidência das várias funções de natureza jurídica e policial exercidas pela Psiquiatria na manutenção da ordem pública; a discussão sobre a origem de classe das pessoas internadas, na medida em que o hospício hospedava, em grande medida, indivíduos dos estratos sociais mais carentes; a não neutralidade da ciência, questionando o saber e as práticas ditas terapêuticas da Psiquiatria; o papel e a função social dos técnicos como agentes do poder do controle institucional como aspectos básicos para esse trabalho de transformação.

Objetivando a superação das reformas anteriores e subvertendo a ideia de que para enfrentar a doença mental somente existiam soluções técnicas, Basaglia acreditava que o saber psiquiátrico e seus técnicos não poderiam ser neutros, pois suas propostas e ações não seriam independentes do contexto social e material em que interagiam. Para tanto, questionou o papel do técnico, passou a denominar de *renúncia ao mandato terapêutico* a recusa sobre o poder e controle social implícito no saber desses imputados pela instituição hospitalar e pela sociedade. Acreditava que a doença mental era construída a partir da cultura, do conhecimento e da subjetividade de quem a produziu.

A reforma iniciada em Gorizia também questionava o conceito de doença mental proposto pela Psiquiatria, pois Basaglia (1979) considerava que houve redução da experiência complexa da loucura ao campo da medicina. Rotelli (1992) dizia que Basaglia, ao constatar que a maior parte dos internados era carente, compreendeu que as respostas para a questão também estavam além do campo científico, em outras dimensões da vida social, e negando os modelos de análise médico-psicológicos, buscou na filosofia e sociologia reflexões sobre a loucura, que não a noção de doença. Então, seguindo o princípio filosófico de colocar um conceito entre parênteses, proposto por Edmund Husserl, em que um fenômeno é constituído pelo observador e só existe na inter-relação com ele, Basaglia propôs colocar a doença mental entre parênteses, dispondo que não se deveria tê-la como foco, mas concentrar-se em tudo que se referisse ao sujeito em sua existência. O sujeito doente foi colocado entre parênteses pela Psiquiatria para a obtenção das definições de doenças e classificações de sintomas, e agora ele propunha retirar o sujeito desse lugar e colocar a doença mental.

O pensamento de colocar a doença entre parênteses colaborou para a criação do processo chamado de *duplo da doença mental*, que observaria as características que não condissessem com o estar doente, propriedades sobrepostas à doença, relacionadas ao fato de o indivíduo estar institucionalizado ou estigmatizado. Acreditava-se que se podiam compreender os efeitos institucionais e simbólicos da doença mental, produzidos pela negação da subjetividade do indivíduo, da identidade do louco e de sua objetivação extrema como objeto de saber. Basaglia tinha como ato terapêutico primordial descobrir o sujeito por trás dos rótulos e conceitos. Teorizava que nos manicômios os indivíduos são tratados exclusivamente a partir de seus diagnósticos de doenças, sem ser consideradas suas histórias de vida e sofrimentos, que esses provavelmente se comportariam em acordo com o que viviam nas instituições, ou seja, poderiam se tornar violentos, antissociais e alienados, independentemente de serem portadores de sofrimento mental. Dizia que com o tempo a institucionalização impunha características que eram tomadas como próprias da doença, considerando que esse fato não acontecia somente nos asilos, mas na família, ruas, escola e demais grupos e relações sociais.

Seguindo esses pensamentos, Basaglia (1985) propôs a negação da Psiquiatria. Tratando como uma ideologia para além de não concordar com o conceito de doença metal, falava da negação da instituição manicomial, do poder absoluto da Psiquiatria em relação ao paciente e dizeres da sociedade, negando e combatendo também a violência dentro e fora das instituições médicas. O autor dizia que eram os atores sociais que, diante ao cenário institucional, podiam manter a condição imposta ou questionar e reinventar as relações sociais. Amarante (1996) diz que proposta de desinstitucionalização elaborada por Franco Basaglia foi original quanto à ampliação da discussão extrapolando o campo psiquiátrico, o que proporcionou o processo da ideia de desconstrução do hospital psiquiátrico e da cultura manicomial.

Entretanto, faz-se necessário apontar que Basaglia (1985) considerava a comunidade como lugar onde se identificaria o processo de exclusão que leva à marginalização e à segregação manicomial. Buscou discutir as ações da Psiquiatria considerando a problemática social nelas envolvida, e durante o seguimento de desconstrução de suas práticas e procedimentos de socialização passa da noção de setor, no contexto francês, ou da comunidade, no contexto dos Estados Unidos, e começa a utilizar o termo *território*, não somente no sentido geográfico tradicional, de moradia da população, porém como entendimento do conjunto de referências

subjetivas, sociais e políticas que compõem o cotidiano de vida e a inserção dos sujeitos no meio social.

Logo, considerou as influências e interesses do Estado e dos ditos do poder da medicalização para o entendimento da dinâmica dos sujeitos nos espaços e instituições da sociedade, e mesmo com grande atuação para a desinstitucionalização, considerou a subjetividade dos indivíduos constituída a partir do interesse de pertencimento e produtividade, o que reforçaria o entendimento de que, mesmo dentro da cidade, sem manicômio, o paciente deveria ser produtivo dentro de características que lhe foram impostas, pois o seu itinerário, mesmo que em centros de saúde mental, é predeterminado, sem que esse tenha real condição de determinar sobre o seu território, possibilidades de trabalho, isto é, sua situação de risco e vulnerabilidade.

Ressalte-se que a principal distinção entre o modelo médico da Psiquiatria tradicional e o modelo de atenção psicossocial advogado pela reforma consiste no modo de compreensão da loucura e do estatuto social das pessoas consideradas doentes. Venancio (1997) explica que no novo modelo o louco não é uma pessoa sem razão e sem juízo, um ser alienado, e a Psiquiatria é apenas uma disciplina, dentre tantas outras, que pode contribuir parcialmente para explicar e intervir sobre o fenômeno da loucura. Em outros termos, a doença mental deixa de ser o foco central, consequentemente a internação no hospital psiquiátrico deixa de ser uma possibilidade terapêutica e a cura não se torna o único fim a ser atingido com o tratamento.

Por fim, no que tange ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, Amarante (1997) aponta que a principal referência teórica tem sido a experiência italiana que foi liderada por Franco Basaglia, razão por que tem como uma de suas principais características o fato de ultrapassar o campo da assistência em saúde mental para se tornar um dos mais expressivos processos sociais no cenário nacional contemporâneo. Em consequência desses processos sociais, o objetivo maior da reforma brasileira não se reduziu à premissa de apenas tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da Psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade.

O autor descreve também como objetivo a não realização de uma simples reformulação institucional, que esteja restrita a apenas medidas administrativas e

técnicas, nem realize uma simples modernização ou humanização da assistência hospitalar. Isto é, o objetivo da Reforma Psiquiátrica não se resume a uma simples construção de novos serviços, nem à introdução de técnicas mais modernas ou menos violentas de tratar o “doente mental”. Sendo assim, essa dinâmica e essa pluralidade são um processo, ou seja, algo em movimento, em permanente construção, sem um fim ideal estabelecido. Mudam-se os sujeitos, mudam-se os conceitos, mudam-se as práticas, muda-se a história, instituindo um processo que envolve atores sociais concretos, sujeitos das experiências de transformação. Nele, além do técnico, do familiar, dos demais sujeitos sociais que se envolvem no processo, o próprio indivíduo com transtorno mental se torna ator, protagonista, e não objeto da Psiquiatria.

Cruz, Fernandes e Anjos (2015), por seu turno, consideram que ainda que a Reforma Psiquiátrica no Brasil buscasse uma autonomia e também a criação de novos espaços destinados às pessoas consideradas em situação de vulnerabilidade, os serviços substitutivos parecem focar seus esforços na elaboração de diagnóstico. Dificilmente será encontrado algum “usuário” dos serviços substitutivos CAPS e CAPS AD em qualquer categoria de funcionamento (I, II ou III) que não esteja enquadrado em algum diagnóstico e, consequentemente, fazendo uso de psicofármaco prescrito como tratamento. O protocolo de triagem está sobreposto ao acolhimento: primeiramente é verificado se o sujeito busca amparo no serviço e se encaixa no *checklist* de sintomas que vão configurar sua necessidade de plano terapêutico.

2.4 Políticas públicas para saúde mental no Brasil: discriminação negativa, Psiquiatria e reforma

Para melhor compreensão sobre políticas públicas de saúde mental recorre-se às definições de política pública, pois o campo da saúde mental está inserido no universo da saúde pública. Neste trabalho entende-se que políticas públicas podem ser consideradas como ações e programas desenvolvidos pelo Estado, a fim de garantir direitos previstos na Constituição Federal e em outros dispositivos jurídico-legais. A exemplo dessa garantia de direitos, recorre-se a medidas e a programas criados pelos governos dedicados a garantir o bem-estar da população. Ressalta-se que, para além desses direitos, outros que não estejam explicitados na lei passam a ser garantidos por meio de uma política pública.

Segundo Sander (2005, p. 24) as “políticas públicas são um conjunto das ações organizadas em torno de objetivos de interesse coletivo envolvendo as múltiplas instâncias do governo e da sociedade civil, do Estado e da iniciativa privada”. Portanto, para o autor, o conceito de política pública torna-se caro no sentido da existência da relação entre as diversas dimensões da sociedade em busca de atingir objetivos de interesse coletivo para o melhor funcionamento social.

Geralmente podem-se classificar as políticas públicas de acordo com o segmento ou com o setor da sociedade com o qual essa estabelece uma relação direta (GARCIA, 1991). Como referência de setores ou segmentos, cita-se: educação, saúde, criança e adolescente, cambial, monetária, etc. Conforme Garcia (1991), elas podem ser consideradas “linhas-macro”, exemplificando como econômicas, em que vislumbram o funcionamento do mercado; e “sociais”, que buscam a organização da sociedade civil e política.

Para Höfling (2001, p.1), as “políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado”. Essas ações são voltadas à redistribuição dos benefícios sociais, objetivando, assim, a diminuição de desigualdades estruturais que são produzidas em decorrências do desenvolvimento socioeconômico. A autora ainda ressalta que as políticas públicas no âmbito social têm as suas raízes nos movimentos populares ocorridos no século XIX. A motivação desses movimentos apresenta relação direta entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções da indústria, conforme a mesma descreve.

Segundo Silva (2010), a política pública brasileira é formada por um conjunto de programas sociais variados, descontínuos e insuficientes, almejando alcançar segmentos empobrecidos da população. Portanto, segundo a autora, a política pública social no Brasil possui perspectiva marginal e assistencialista, sem a ligação imprescindível com as questões macroeconômicas, o que, em certa proporção, serve mais para regulação ou administração da pobreza.

De acordo com o Caldas (2008) as políticas públicas são um conjunto de ações e decisões do governo. Esse conjunto é voltado para a solução dos problemas da sociedade. As políticas públicas são a totalidade das ações, das metas e dos planos que os governos nos âmbitos nacional, estadual ou municipal desenvolvem para alcançar o bem-estar da sociedade objetivando o interesse público.

Castel (2011) entende a política pública como ações propositivas do governo, objetivando, assim, a reparação de danos sociais. No entanto, nem sempre as

políticas públicas conseguem realizar essa reparação. O autor amplia essa discussão ao introduzir dois conceitos no debate das políticas públicas: a *discriminação positiva* e a *discriminação negativa*. Descrevendo discriminação positiva, o autor desenvolve que essa são ações que consistem em fazer mais pelos indivíduos em situação vulnerável. Por outro lado, quando essa medida de reparação não atinge sua finalidade, a política pública encara a outra face da moeda: a discriminação negativa. Essa última é retratada pelo teórico e consiste em marcar de forma negativa o indivíduo em situação de vulnerabilidade. O autor destaca que ser discriminado negativamente significa ser associado a uma espécie de estigma.

Como exemplo hipotético das discriminações positiva e negativa, infere-se as possíveis vivências de um usuário do CAPS. Esse, ao ser atendido de acordo com o que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica e consequentemente descrições dos serviços substitutivos de saúde mental, deve ser observado em sua necessidade de reintegração social e busca por autonomia, caracterizando discriminação positiva. Porém, quando esse é primordialmente atendido em relação ao seu transtorno mental, ou seja, com o enfoque num diagnóstico, na doença e utilização de medicamentos para controle de sintomas, o usuário é rotulado como doente e discriminado negativamente. Como consequência, torna-se excluído da sociedade “normal”.

Em conformidade com o pensamento de Castel (2011), existe a possibilidade de uma subdivisão dentro do conceito de políticas públicas: políticas públicas de inserção e políticas públicas de integração. Segundo o autor, as políticas de inserção se limitam à atuação sobre os efeitos do disfuncionamento social. Elas não consideram as determinações estruturais que são geradoras de pobreza. O autor compreende “políticas de integração” como capazes de produzir grandes equilíbrios com caráter não apenas reparador, mas preventivo.

Fazendo uma análise das descrições dos conceitos expostos sobre a política pública, considera-se que elas são pensadas no sentido de reparação social. Elas ainda possuem por finalidade a proteção social de indivíduos em situação de vulnerabilidade. As políticas podem ser executadas em múltiplas instâncias: sociais e governamentais, envolvendo, assim, os níveis federal, estadual e municipal.

No Brasil, as políticas públicas para a saúde surgem em 1808, com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, explicam Machado et al. (1978), quando aconteceram grandes transformações sociais, econômicas e culturais na então colônia de Portugal. Nesse contexto, o Rio de janeiro é descrito como cenário

importante, obtendo significativo crescimento demográfico, que culminaria em vários problemas. A medicina, nessa nova configuração, adquire função relevante, pois, a partir do início do século XIX, a disciplina inseriu-se no modelo descrito como medicina social do espaço urbano. Com o objetivo de organizar a cidade, dedicou-se ao controle da circulação de *elementos*, como água e o ar, analisando também os lugares de amontoamento na cidade, onde doenças poderiam se desenvolver. É nesse sentido que a medicina social também se preocupou com a loucura.

Conforme Machado et al. (1978), em 1829 foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), que seguia as concepções políticas e teóricas do movimento higienista europeu do final do século XVIII, principalmente o francês. Teve como iniciativa a constituição da comissão de salubridade, que realizou, por meio de um código de posturas, um largo diagnóstico sanitário de todas as instituições existentes na Corte naquele momento. Foi a partir desse processo de atuação médico-social que surgiu a preocupação com os loucos na cidade, quando, pela primeira vez na história, foi reivindicado a criação de um asilo de alienados no Brasil.

É importante ressaltar que a campanha para a criação de um estabelecimento específico para o tratamento de alienados embasava-se na então recente teoria do pensamento alienista francês, que foi sistematizado por Philippe Pinel no final do século XVIII e que tinha no *isolamento* e no *tratamento moral* algumas de suas diretrizes principais. Foi então, em 1839, como relata Costa (1976), que José Clemente Pereira, Provedor da Santa Casa de Misericórdia e Ministro de Estado do Império, encaminhou um projeto de criação do asilo de alienados, que foi criado no dia 18 de julho de 1841, com o nome de Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, sendo administrado pela Santa Casa.

Em janeiro de 1890, os republicanos chegam ao poder, e o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, passou a ser subordinado à administração pública e recebeu o nome de Hospício Nacional de Alienados. No mês seguinte, a Assistência Médico-legal aos Alienados foi criada como a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República e, para a assistência, foram criadas as duas primeiras colônias de alienados da América Latina, situadas na Ilha do Galeão, na época, hoje Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, nomeadas de Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, para tratamento de alienados indigentes do sexo masculino, e em São Paulo, no mesmo ano, sob a liderança de Franco da Rocha, foi criada a Colônia de Juqueri. O autor descreve essas ações como a primeira reforma da

Psiquiatria no Brasil, seguindo a implantação do modelo de colônias para cuidados aos doentes mentais.

Em 1923, a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), por Gustavo Riedel, concretizava o movimento que passou a ser denominado *higiene mental*, seguindo princípios explicitamente eugênicos, isto é, pretendia a implantação de um ideal de saúde por meio de uma higiene reprodutiva, sexualmente falando, que possibilitasse a qualificação da espécie humana com a eliminação das “impurezas” raciais, xenofóbicos, ou seja, avessos a coisas ou a pessoas estrangeiras, antiliberais e racistas. A LBHM pregava, em nome da qualificação da raça e da prevenção das doenças mentais, que os doentes, os dependentes de álcool e outras drogas e os descendentes de origem africana e oriental, entre outros imigrantes estrangeiros, não poderiam casar-se, que deveriam ser esterilizados para não procriarem, entre outras medidas restritivas da liberdade e da cidadania. A liga possibilitou à Psiquiatria a extrapolação dos limites em estabelecer modelos ideais de comportamentos individuais e vislumbrou a “recuperação” de “raças”, a pretexto de uma “coletividade sadia”, não se restringindo apenas aos médicos, mas com a adesão ampla de vários segmentos sociais, desde as altas camadas do poder econômico, intelectuais, forças militares ao clero.

No período pós-Segunda Guerra, quando se percebem inovações na Psiquiatria do mundo ocidental, principalmente nos países europeus, como a descoberta dos primeiros neurolépticos (medicamentos que atuam no sistema nervoso central), utilizados para inibir delírios e alucinações, bloqueando os receptores próprios do neurotransmissor dopamina, a situação no Brasil quase não foi alterada, passando a década de 50 com a permanência do modelo hospitalar com características asilares.

Somente duas décadas depois, em julho de 1973, com a aprovação do manual de serviços para assistência psiquiátrica, é reconhecida a importância da assistência extra-hospitalar, da readaptação do doente e do trabalho em equipes multidisciplinares. Resende (1987) afirma que o manual teve grande influência sobre o pensamento crítico nacional e na formação do campo ideológico público em saúde mental. Entretanto, sua aplicação efetiva não ocorreu, haja vista os recursos da Previdência Social serem destinados, quase que em sua totalidade, para a compra de serviços privados hospitalares. Logo, apesar das tentativas de implantação de planos de Psiquiatria de atenção à saúde mental no contexto das políticas públicas, o

processo de privatização da assistência psiquiátrica seguia hegemônico. Contudo, diz o autor, em 1977, durante a VI Conferência Nacional de Saúde, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), do Ministério da Saúde, quando, pela primeira vez, se concretizou uma política de saúde mental de caráter preventivista em significativa parte do território nacional. O plano buscava a qualificação dos médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento em nível primário, ou seja, em centros de saúde e em serviços básicos de saúde em geral. Mas seus resultados foram bastante questionados, devido ao pouco impacto na atenção aos problemas de saúde mental e pela ausência de respostas aos egressos da rede hospitalar, o que ocasionou a sua desativação.

Com o passar do tempo, diz Resende (1987), os profissionais envolvidos na crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) mantiveram uma postura crítica em relação às políticas de saúde mental e assistência psiquiátrica no país, passando a denominar-se Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que organizou vários eventos com a participação de entidades de expressão nacional, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). A realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 27 de outubro a 01 de novembro de 1978, em Camboriú no Estado de Santa Catarina, que ficou conhecido como o Congresso da Abertura - devido ser a primeira vez que os movimentos em saúde mental participaram de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria -, oportunizou a formação de uma frente ampla em favor das mudanças, conferindo ao congresso caráter de discussão e organização político-ideológicas.

Yasui (1989) observa que a primeira alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, na cidade de Santos, no ano de 1987, exercendo forte influência na criação ou transformação de vários serviços de saúde mental em todo o Brasil. A partir da criação dos primeiros CAPS e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços no mesmo sentido, tornando-os modelos nacionais, com a promulgação das portarias nº 189, de 1991, e nº 224, de 1992, as quais, além de conceituar e regulamentar outras modalidades assistenciais, como oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, visam a transformar o modelo assistencial em saúde mental.

A esse respeito, o autor explica que foi em 1989 que o processo de Reforma Psiquiátrica assume repercussão nacional, a partir da intervenção da Secretaria de Saúde do município de Santos, devido a uma série de óbitos de internos no hospital psiquiátrico particular Casa de Saúde Anchieta, o que possibilitou um processo de implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao manicomial. Esse novo sistema, que compreendia a redefinição do espaço do hospício em vários trabalhos e experiências desenvolvidas com a municipalidade, a criação do CAPS, cooperativas, associações, projetos de residencialidade, entre outros dispositivos, representou um marco no período mais recente e igualmente o mais importante da reformulação das políticas públicas em saúde no Brasil.

Em resultado, destaca o autor, uma grande diversidade de serviços e de modalidade de atenção e cuidados em saúde mental surge ampliando as opções terapêuticas e assistências do processo de Reforma Psiquiátrica do país, deslocando, como proposta, a concepção de sofrimento mental da centralidade do saber médico (medicalização). Portanto, objetiva-se muito mais que a simples reorganização de serviços, mas também sociais, culturais e políticas, na medida em que as pretensões de mudanças não são apenas assistenciais. Busca-se, sobretudo, que a pessoa com transtorno mental seja vista como sujeito, valorizando-se seus projetos individuais e sua história de vida, isto é, não implicando a redução do sofrimento mental a uma categoria patológica.

Com isso, pode-se dizer que um dos pressupostos dessa reforma é retirar o foco central da medicalização e possibilitar a implicação do sujeito no processo. Esse pressuposto deveria tratar de uma quebra no paradigma em relação à Psiquiatria tradicional. Apesar da criação de um novo espaço, os usuários não têm sido considerados protagonistas e possíveis atores autônomos, focalizando-se apenas o tratamento da doença, a elaboração de diagnósticos e a redução de sintomas, ou seja, distanciando-se do referido pressuposto (YASUI, 1989).

Tornar-se ator autônomo significa, no âmbito das funções dos CAPS, que o usuário dos serviços possa restabelecer relações fora da lógica manicomial (YASUI, 1989). Na prática, entretanto, os serviços substitutivos estão embrenhados na lógica da medicalização pela medicalização, que oferta um avanço nas categorias de diagnóstico. Esse avanço de categorias diagnósticas parece interessar muito mais à indústria do que propriamente à saúde dos pacientes (ROUDINESCO, 2000), uma vez que qualquer sintoma considerado fora da norma pode ser considerado patológico, e

o sofrimento humano vem sendo negado e tratado como mera abstração. Mantém-se, desse modo, o modelo da Psiquiatria tradicional, no qual o “louco”, o sujeito em sofrimento mental, não tem voz; sua fala é considerada apenas como sintoma (AMARANTE, 1999).

É possível inferir, a partir de Amarante (1997), que a tentativa de criar um novo espaço, baseando-se nas preconizações da Reforma Psiquiátrica ao retirar o indivíduo do contexto manicomial, consiste em uma abordagem que considera o indivíduo não mais como o doente, ou como o louco, mas como um ser capaz de buscar a autonomia e gozar dos direitos como cidadão. No entanto, é perceptível que as políticas públicas em saúde mental, relacionadas ao dispositivo da medicalização, especificamente no que se refere ao consumo de psicofármacos, correspondem à produção de modos de vida no contexto contemporâneo e à necessidade de modelos de ação que reflitam sobre os processos de subjetivação.

Considerar o indivíduo não apenas como doente, mas como cidadão com direitos, significa que a perspectiva dos serviços psicossociais não deve focalizar tão somente a superação do hospital psiquiátrico por um modelo assistencial, ou seja, não se limita a problematizar os modos de atendimento (AMARANTE, 1997). Nesse sentido, ela vai além na pretensão de implicar toda a sociedade nas questões que dizem respeito ao sofrimento mental, buscando produzir um novo espaço social para os indivíduos considerados com transtorno mental, objetivando transformar o imaginário social. Acerca dessa transformação, compreende-se que elas são sobre as representações e os preconceitos que a sociedade tem sobre os indivíduos nessas condições. Para tanto, é preciso transportar tal condição para fora dos muros institucionais, promovendo mudanças no contexto social.

Quando se problematiza a necessidade de constituição de um novo espaço para os considerados na condição de sofrimento mental e todos aqueles excluídos ou desfiliados de uma sociedade, recorre-se às preconizações que embasam a Reforma Psiquiátrica brasileira. Cite-se que essas preconizações devem rever valores e crenças excludentes e estigmatizantes a fim de estimular a implicação do sujeito. Essa implicação ocorrerá por meio da reflexão e da ação sobre sua própria condição. Espera-se, portanto, que haja uma transformação em relação à condição de vulnerabilidade e que o sujeito possa tentar romper com a lógica de alocação impositiva, contrariando em seu benefício a sua posição imposta na zona de vulnerabilidade e de desfiliação.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Neste capitulo, busca-se descrever as transformações significativas no âmbito das políticas públicas no Brasil; verificar as práticas públicas de saúde mental que estão em funcionamento hoje, seguindo suas contextualizações históricas, público atendido, tipos de atendimento, espacialização e a participação, também traduzida em dados, dos usuários e servidores dos centros de atenção psicossocial pesquisados neste trabalho.

3.1 Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Conhecer o processo histórico de constituição das políticas de saúde no Brasil é importante para a reflexão sobre a evolução e o desenvolvimento da proteção à saúde no país. Portando, pretende-se analisar criticamente como se apresenta a política de saúde atual.

De acordo com Guimarães (1979), a primeira política de saúde implementada pelo Estado brasileiro ocorreu ainda na Primeira República, durante os anos de 1889 e 1930, e foi marcada pela implementação de ações e serviços em âmbito nacional. Essa política de saúde adotou o modelo denominado Campanhas Sanitárias com a intenção de enfrentar as epidemias que assolavam principalmente o Rio de Janeiro, que à época era a capital federal, e outros centros urbanos importantes para o desenvolvimento econômico nacional, como São Pulo e Santos.

Ações expressivas de saneamento básico foram promovidas, assim como vacinações em massa que propiciaram a erradicação de várias e graves doenças parasitárias e infecciosas. Guimarães (1979) discorre sobre a importância do sanitarista Oswaldo Cruz, que se destacou no processo das campanhas, liderando a reforma sanitária no Brasil a partir de 1899, no combate à febre amarela, à peste bubônica e à varíola. Em 1904, o mencionado sanitarista elaborou o código sanitário, que introduziu a desinfecção, inclusive a domiciliar, a notificação permanente de doenças infectocontagiosas, a vacinação obrigatória e a polícia sanitária.

Na década de 20, ainda na Primeira República, de acordo com Luz (1994), surgiu uma importante inovação na área da assistência médica, o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Esse sistema foi inspirado no modelo alemão implantado por Otto von Bismark a partir de 1880 e foi iniciado no Brasil em 1923, pela

Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4682, de 24 de janeiro). O referido sistema previa a criação, em cada uma das empresas de estrada de ferro, de uma caixa de aposentadoria para os respectivos empregados e, mais tarde, em 1926, por meio do Decreto nº 5109, de 20 de dezembro, foi estendido aos portuários e marítimos.

A lei de criação das caixas de aposentadoria estabelecia, como atribuições dessas instituições de previdência, a concessão de assistência médica em caso de doença do contribuinte ou de familiar ou outra pessoa que habitasse sob o mesmo teto, medicamento a preços especiais, aposentadorias e pensões para os herdeiros em caso de morte do titular. Segundo Luz (1994), a forma de administração desse modelo era completamente civil e privada, ou seja, a administração era realizada igualmente por empregados e empregadores.

Seguindo o contexto explicitado, Luz (1994) estabelece que a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões inaugurou a previdência social no Brasil, entretanto, como um sistema de administração civil e privada sem ingerência direta do Estado, isto é, o Estado não participava diretamente do sistema, nem como fonte de recursos nem como executor administrativo, apenas controlando o sistema a distância na atribuição que lhe competia como normalizador e regulador.

Oliveira (1986) discorre sobre a importância das Caixas de Aposentadoria e Pensões no âmbito das políticas de saúde e previdência no Brasil enfatizando que até o momento da criação dessas, as ações de saúde restringiam-se, quase que exclusivamente, a intervenções do tipo campanhas, a exemplo das *campanhas sanitárias*, voltadas para epidemias, endemias e ações mais gerais de saúde pública.

A assistência médica, à época denominada socorro médico, relata Oliveira (1986), era praticamente inexistente no objeto de uma política pública. Então, evidencia o autor, as caixas de aposentadorias introduziram a assistência médica em seus direitos e também uma tradição que passaria a ser uma marca da maioria das políticas de saúde no Brasil: a subordinação do direito à assistência médica a um sistema de previdência social. Logo, o direito à assistência médica estaria restrito aos trabalhadores, precisamente aos participantes do sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões, portanto sem o caráter de direito universal do cidadão brasileiro, deixando os segmentos mais populares exclusos dessa lógica.

Seguindo o processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, Luz (1994) conta que o sistema da Caixas de Aposentadoria e Pensões foi gradativamente substituído pelo modelo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com o

advento da Revolução de 1930 e a chegada de Getúlio Vargas ao poder. E que tal transformação ocasionou importantes mudanças.

Alterações a serem consideradas, segundo Luz (1994), ocorreram na atuação do Estado, que passou de regulador-normalizador para administrador da previdência social e quanto à incorporação ao sistema previdenciário de outras classes trabalhadoras, excluídas no modelo anterior (CAPs).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões, diferentemente das caixas de aposentadorias, não se estruturavam por empresa, eram organizadas por categoria profissional. De acordo com Luz (1994), cada categoria passava a ter o seu instituto, como por exemplo: o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC) e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB).

Contudo, os institutos garantiam aposentadorias, pensões e, como as CAPs, a prestação de assistência médica somente aos segurados e contribuintes, portanto o Estado ainda mantinha o direito ao socorro médico restrito aos trabalhadores contribuintes da previdência social. Luz (1994) relata que esse direito era assegurado apenas aos trabalhadores sindicalizados e ligados ao sistema previdenciário, ou seja, discriminavam-se os trabalhadores que tinham atividade profissional desconhecida pela lei.

Observa-se, então, que parte considerável da população do país era excluída do direito à assistência médica, a exemplo dos trabalhadores rurais e alguns trabalhadores urbanos, autônomos, empregadas domésticas e todas as pessoas que não possuíam emprego. Sendo assim, pode-se fazer alusão ao que Castel (2011) chamaria de *discriminação negativa*, quando explica que existem formas de discriminação positivas, tratando-se de fazer mais por aqueles que possuem menos.

Castel (2011) elucida que a prática de discriminação positiva é válida na medida em que colabora com esforços adicionais em favor de populações carentes de recursos com o objetivo de integrá-las ao regime comum e ajudá-las a reencontrar esse regime. E dá, como exemplo não discriminatório, o oferecimento de formações profissionais adaptadas aos trabalhadores pouco qualificados para evitar que esses corram o risco de ficar invariavelmente desempregados.

Porém, discriminação negativa não consiste em somente em dar mais àqueles que têm menos, pelo contrário, tal discriminação marca seu portador com um defeito quase indelével. Portanto, a discriminação negativa irá significar a associação de pessoas e grupos a um destino baseado numa característica não voluntária, mas

devolvida pelos outros como uma espécie de estigma. A discriminação negativa, diz o autor, “é instrumentalização da alteridade, constituída em fator de exclusão” (CASTEL, 2011, p.14).

Nessa correlação entre o desenvolvimento das políticas públicas e a discriminação negativa, os estigmatizados o serão pelas características de não contribuintes, não trabalhadores, sem emprego “formal”, sendo excluídos da condição de merecedores de assistência à saúde.

Apesar do fator discriminatório, e com o fim do Estado Novo no Brasil, a partir de 1946, considerado início da redemocratização do país e o surgimento do período desenvolvimentista, segundo Luz (1994), o princípio do sistema previdenciário não foi grandemente alterado, no entanto, considera que o modelo dos institutos de aposentadoria foi reforçado com a construção de grandes hospitais próprios.

Luz (1994) aponta que, no período acima referido, também ocorreu um crescimento das redes públicas estaduais e municipais voltadas para o atendimento da população excluída da assistência médica prestada pela previdência social. Porém, o atendimento prestado pelos prontos-socorros estaduais e municipais à população marginal ao sistema de previdência era de qualidade inferior, o que reforça a relação proposta com o conceito de discriminação negativa e auxilia na avaliação dos serviços públicos de saúde oferecidos hoje.

O período democrático, que se iniciou após o Estado Novo, foi interrompido pelo golpe militar de 1964. O regime militar teve a duração de vinte anos, e foi palco de muitas mudanças em relação à previdência e à assistência médica oferecida que marcam o sistema de saúde brasileiro até hoje. Segundo Oliveira e Teixeira (1986), houve a fusão de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, originando um único órgão previdenciário: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pelos benefícios pecuniários, ou seja, aposentadorias e pensões, e também pela assistência médica de todos os segurados e dependentes.

Oliveira e Teixeira (1986) discorrem que a fusão em apenas uma instituição previdenciária reuniu todas as categorias profissionais e, com isso, o novo órgão herdou todas as unidades assistenciais, como hospitais e postos de saúde dos IAPs. Como mudanças também foram promovidas a entrada de novas categorias profissionais no sistema previdenciário, a exemplo das categorias não reconhecidas pelos institutos de aposentadoria, tais como: empregadas domésticas, autônomos e trabalhadores rurais. Contudo, na busca de estender a cobertura previdenciária a toda

a população trabalhadora urbana e parte da rural, preferiu-se comprar serviços médicos de produtores privados, em vez dos próprios serviços da previdência. Portanto, em detrimento da oferta de serviços médicos por parte da rede própria de hospitais e postos no INPS, compravam-se serviços privados.

Observando o mencionado contexto, o regime militar, Oliveira e Teixeira (1986) relatam que o governo passou a financiar, por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), da Caixa Econômica Federal (CEF), a construção de um grande número de hospitais, laboratórios e outros serviços privados, que, posteriormente, venderiam serviços para o próprio Estado, por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isto é, o governo financiava, utilizando recursos públicos, a construção de serviços privados para que pudessem lhe vender serviços, privilegiando a assistência médica previdenciária prestada por produtores privados.

Assim, segundo Oliveira e Teixeira (1986), mesmo com a rede própria do INPS, surgiu toda uma estrutura privada conveniada para continuar atendendo apenas aos trabalhadores contribuintes da previdência. Apontam ainda que durante o regime de 1964 foi finalizada a participação dos trabalhadores na gestão do sistema previdenciário, intervindo por determinação do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) em todos os institutos. Logo, além de o trabalhador brasileiro ter sido excluído da gestão do sistema previdenciário que ele próprio fundou, tal situação de financiamento ao setor privado e a discrepância qualitativa em relação ao público proporcionam correspondência à noção de coesão social trazida por Castel (2005).

De acordo com Oliveira e Teixeira (1986), houve um redirecionamento do modelo de previdência após a criação do Plano de Pronta Ação (PPA), durante o governo Geisel, em 1974. Esse plano, segundo os autores, tinha o objetivo de permitir o atendimento da população não contribuinte da previdência em casos de emergência e por meio de convênios com hospitais universitários, permitindo que o serviço privado conveniado pudesse receber um indivíduo não previdenciário e atendê-lo, caso ficasse caracterizado como uma emergência, ocorrendo da mesma forma nos hospitais universitários. Os autores reforçam que, na prática, o maior objetivo do PPA foi o crescimento do lucro do setor privado. Portanto, para continuar lucrando, impediam um crash social com medidas de atendimento apenas em situação de emergência, integrando de forma precária os indivíduos da zona de desfiliação.

Observam-se mais facilmente as diferenças entre as zonas de coesão social

de Castel (2005), nesse caso, por meio das discrepantes possibilidades de assistência à saúde. Conta Luz (1994) que, por força da Lei nº 6.229, de 17 de Julho de 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que estabeleceu algumas diretrizes que marcaram secções flagrantes nas políticas de saúde, que auxiliam quanto à percepção proposta sobre o conceito de Castel (2005), tendo como uma das diretrizes a distinção entre ações preventivas, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), e ações curativas, sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Isto é, público aos vulneráveis e aos desfiliados, e privado à zona integrada.

Acompanhando as políticas públicas de saúde, Luz (1994) elucida que saúde também é uma questão política na medida em que, por meio de um conjunto de instituições médicas, restringem-se a discussão sobre origem, social ou não, e a extensão das doenças da população ao interior da sociedade política, ou seja, ao interior do Estado no sentido restrito ou restritivo de seus aparelhos.

Oliveira e Teixeira (1986) discorrem que, na década de 1980, os movimentos de crítica ao modelo de saúde da época aumentaram significativamente, liderados pelos movimentos populares emergentes da intelectualidade orgânica do setor de saúde e de diversos partidos políticos de esquerda e centro-esquerda que formaram o denominado *movimento sanitário*. Concomitantemente, havia uma crise financeira da previdência social, causada pela adoção de políticas recessivas, o que impossibilitou a expansão das políticas sociais e a continuação do privilégio do modelo de compra de serviços médicos aos produtores privados.

Os princípios fundamentais da ação política das organizações sindicais de profissionais, movimentos populares, intelectuais e dos referidos partidos, segundo Oliveira e Teixeira (1986), foram descritos no documento nomeado A Questão Democrática na Área da Saúde, em que, pela primeira vez, no Brasil, se propunha a criação de um sistema único de saúde. O documento foi apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, e foi unanimemente aprovado, fazendo parte do Relatório Final do Simpósio, e tornou-se uma das bases ideológicas e políticas do movimento sanitário. Na ocasião, conforme Amarante (1997), também foi apresentado o primeiro diagnóstico da assistência psiquiátrica do país, realizado pelo núcleo de saúde mental do Cebes e sendo denominado Assistência Psiquiátrica: setores público e privado. O autor enfatiza que esse documento estabeleceu as bases

do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na tentativa de abater a crise financeira da previdência social, Oliveira e Teixeira (1986) relatam que, durante os anos de 1981 e 1982, o governo militar formulou alternativas para o modelo assistencial: Cogestão, em que aconteceria a política de planejamento e gestão conjunta entre os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação, e a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Com a Cogestão, segundo os autores, o Ministério da Previdência e Assistência Social deixaria de comprar serviços do próprio Ministério da Saúde e passaria a participar da administração global do projeto institucional da unidade cogerida, quando, por exemplo, os três hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde aderiram a essa proposta.

Explicando o contexto acima, Oliveira e Teixeira (1986) apontam que, a partir do Conasp, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que começaram a romper com o antigo modelo, propondo a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde e universalização do atendimento e participação social. Tratava-se de uma política de saúde que privilegiava a coordenação interinstitucional e a gestão colegiada entre os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e órgãos e instituições públicas de saúde.

Amarante (1997) diz que, com a Nova República, a partir de 1985, o projeto do movimento sanitário, outrora minoritário, e que se opunha ao modelo em vigor, foi adotado pelo Estado Nacional. Descreve também que as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o SUS foram expressivas nacionalmente em busca da implementação do programa social do novo regime, com foco na universalização do acesso aos serviços, a integralidade das ações, a unificação dos serviços, a participação popular, a descentralização e a expansão do sistema de saúde, em favor dos estados e municípios no oferecimento de serviços de natureza local ou regional. E explica que, no dia 20 de julho de 1987, pelo Decreto nº 94.657, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), com as diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; regionalização e integração dos serviços de saúde; descentralização das ações de saúde; implementação dos distritos sanitários; desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras para a participação de setores da sociedade nas comissões interinstitucionais, recomendando a criação de conselhos de saúde e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Nesse contexto, o objetivo passou a ser a democratização do acesso aos serviços de saúde em oposição às diferenciações de cidadãos, normatizando a universalização do atendimento. Dessa forma, promovia-se o enfrentamento da tradição das políticas excludentes.

Sendo assim, houve o rompimento com a política de saúde anterior, que prestava assistência somente a quem entendia como cidadãos por suas contribuições à previdência social, com marco importante trazido pela Constituição de 1988. De acordo com Teixeira (1997), as correntes progressistas do movimento sanitário conseguiram, nesse momento, a instituição legislativa do Sistema Único de Saúde (SUS) como a política nacional de saúde.

A proposta do SUS é de efetivação da universalização do direito à saúde a todos os brasileiros, sem entraves legais para o atendimento médico, além de fixar diretrizes de reorganização do sistema de serviços de saúde sob responsabilidade do Estado. Teixeira (1997) afirma que se procurou organizar as ações e serviços públicos de saúde para que integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único.

Dessa feita, algumas políticas setoriais do SUS necessitavam de aprofundamento em suas discussões, culminando em convocações para conferências de áreas específicas. Esse fato trouxe à tona conferencias nacionais de saúde mental, eventos que contribuíram categoricamente para o embasamento das políticas públicas nesse setor até hoje, e discutidas neste trabalho.

Por meio da observação da história das políticas públicas de saúde do Brasil, pode-se compreender o processo das políticas públicas voltadas à saúde mental nas regiões do país. É relevante, para este trabalho, o enfoque dessas políticas na cidade de Araguaína, Estado do Tocantins.

Tabela 1 - Indicadores de cobertura do CAPS

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45	0,55	0,59	0,61
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27	0,27	0,45	0,44
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,45	0,45	0,41	0,47
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,26	0,34	0,39	0,39
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50	0,62	0,62	0,66
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47	0,61	0,71	0,73
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74	0,83	0,78	0,77
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33	0,78	0,92	1,21
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87	0,94	0,96	1,00
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90	0,98	1,00	0,99
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87	0,92	0,91	0,95
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95	0,99	1,01	1,10
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65	0,70	0,71	0,74
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27	1,46	1,52	1,57
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64	0,81	0,81	0,86
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91	0,99	1,05	1,13
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92	0,98	0,92	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16	1,23	1,25	1,28
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53	0,60	0,62	0,66
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25	0,29	0,45	0,46
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50	0,62	0,60	0,69
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69	0,77	0,75	0,76
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69	0,71	0,70	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63	0,72	0,74	0,79
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44	0,46	0,46	0,46
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69	0,83	0,84	0,95
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59	0,68	0,68	0,73
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64	0,72	0,74	0,77
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91	0,98	0,98	1,07
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76	0,81	0,80	0,89
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07	1,16	1,19	1,32
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90	0,98	0,93	0,97
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72	0,80	0,81	0,86

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental (2019).

A tabela acima ilustra a expansão dos serviços de saúde mental após a mudança de política pública de saúde no Brasil descrita nesta seção. A tabela também mostra tal distribuição na região Norte e demais regiões do país. Com relação ao Estado do Tocantins, pontua-se:

- 21 CAPS no estado, distribuídos em 15 municípios;
- Em Araguaína 03;
- Em Araguatíns 01;
- Em Augustinopólis 01;
- Em Buruti do Tocantins 01;
- Em Colinas do Tocantins 02;
- Em Dianopólis 01;
- Em Formoso do Araguaia 01;
- Em Gurupi 02;
- Em Miracema do Tocantins 01;
- Em Palmas 02;
- Em Paraíso do Tocantins 01;

- Em Pequizeiro 01;
- Em Porto Nacional 02;
- Em Taquatinga 01;
- Em Tocantinopólis 01.

3.2 Política pública de saúde mental em Araguaína-Tocantins

Quando se pensa o contexto da saúde mental na cidade de Araguaína-Tocantins e as políticas públicas que circunscrevem essa relação, é necessário entender que os cuidados na área da saúde mental tiveram seu início por volta de 1980. O marco dessas políticas e das intervenções realizadas foi a fundação da Clínica de Repouso São Francisco (BARROS; GOMES JÚNIOR; PARTATA, 2013).

Conforme Pinheiro (2011), a partir de 1996, Araguaína sediou uma série de eventos que tinham por pauta a discussão sobre a saúde mental no município e, consequentemente, no norte do Estado do Tocantins. Ainda conforme a autora, essas pautas tinham por finalidade conferir à unidade de serviço de saúde mental a necessidade de receber modificações na política de atuação. Essas modificações deveriam proporcionar aos usuários dos serviços de saúde mental a reintegração e a ressocialização, devolvendo-os à sociedade.

Não distante da realidade destacada por Amarante (1996, 1997, 1999) sobre o regime de internação adotado pelos hospitais psiquiátricos, que, em sua maioria, eram desumanos e não tinham por intenção a reintegração dos indivíduos à sociedade, os pontos de pauta que foram discutidos partiam no sentido de uma nova lógica para o velho regime asilar adotado. Pinheiro (2011) destaca que, a partir do ano de 2002, a Clínica de Repouso São Francisco passa a adotar novos posicionamentos sobre a internação psiquiátrica.

Barros, Gomes Júnior e Partata (2013) inferem que esses novos posicionamentos ganharam força com a nova legislação, que determinou a internação psiquiátrica somente em casos extremos nos quais todas as outras possibilidades terapêuticas foram esgotadas. Pereira (2006) discorre que a cidade de Araguaína, após a implementação dos novos posicionamentos em 2002, adequou-se à Reforma Psiquiátrica, contando, assim, com serviços mais humanizados, sem a lógica manicomial, com um escopo terapêutico visando, assim, à reinserção social dos usuários do sistema.

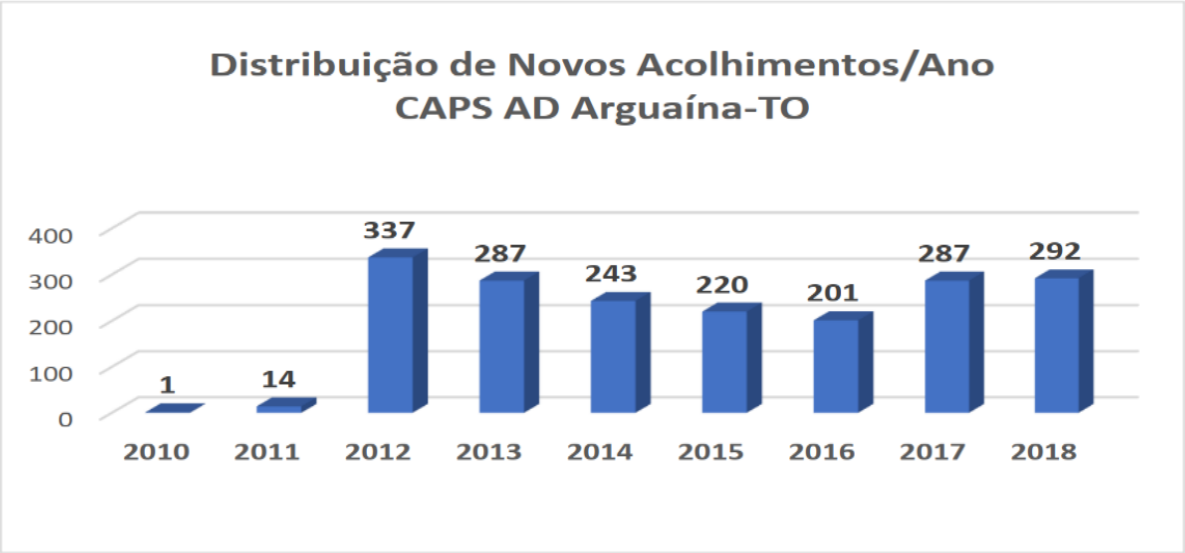
Em 1996, ocorreu a implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que era uma instituição responsável pelos cuidados e atenção em saúde mental na cidade de Araguaína (BARROS; GOMES JÚNIOR; PARTATA, 2013). O NAPS é o precursor do CAPS II. A administração do referido núcleo era de responsabilidade da Secretária Estadual de Saúde juntamente com a Igreja Presbiteriana de Araguaína (BARROS; GOMES JÚNIOR; PARTATA, 2013). A partir das portarias nº 189/2002 e nº 336/2002, do Ministério da Saúde, o NAPS passou a adotar uma nova nomenclatura: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Essa nova nomenclatura veio para atender à demanda já existente dos usuários e também passou a atuar em uma sede própria, que foi aparelhada pelo governo do Estado do Tocantins. Enquanto política pública de saúde mental na cidade de Araguaína, o CAPS II é o mais antigo dentre os serviços.

Além do CAPS II, existe uma outra unidade que assiste a questões da saúde mental na cidade de Araguaína-Tocantins: o CAPS AD. O referido CAPS foi implantado no ano de 2012. Ele surgiu com a finalidade da promoção e da integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar.

Conforme o relatório de atendimentos e acolhimentos[2], entre os anos de 2012 a 2018 foram acolhidos cerca de 1.863 usuários do serviço. Abaixo, segue gráfico com um detalhamento dos novos acolhimentos desde a implantação do CAPS AD, no ano de 2012, até 31 de dezembro de 2018:

[2]Esse relatório foi desenvolvido pela equipe de profissionais do CAPS AD III. O mesmo fornece uma base estatística e detalha o que é e de que forma funciona o serviço.

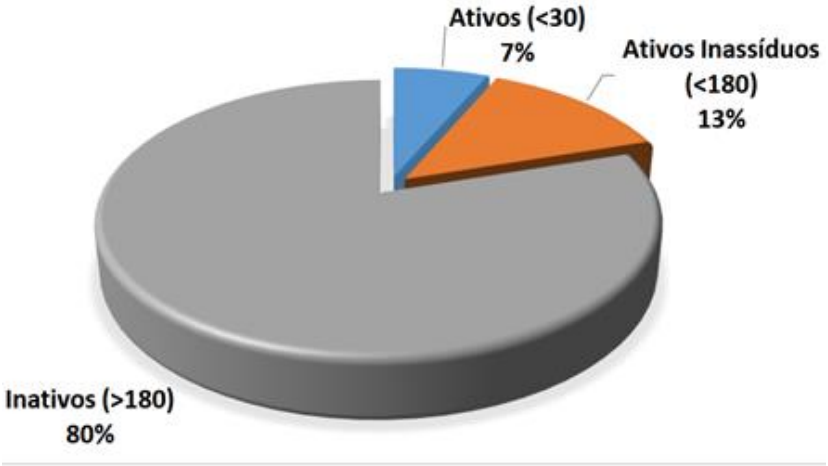
Gráfico 01 - Distribuição de novos acolhimentos/ano CAPS AD III, Araguaína-TO



Fonte: CAPS AD III (2019).

Percebe-se, a partir do gráfico 01, que entre 2012 e 2016 ocorreu uma queda na quantidade de novos acolhimentos. Segundo o referido relatório, essa queda pode ser entendida como uma possível estabilização de uma “eventual demanda reprimida”, que foi sendo absorvida após 2012. No entanto, em 2017 e 2018, os números de novos acolhimentos voltaram a crescer. O relatório não desvela os possíveis motivos desse crescimento, mas aponta que os números acima representam novos acolhimentos, e não necessariamente a continuidade do tratamento desses novos acolhidos.

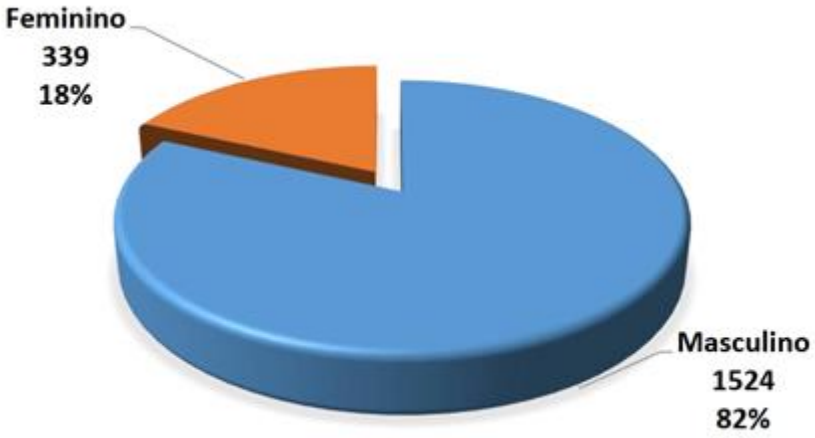
Gráfico 02- Situação dos pacientes cadastrados (2010 a 2018)



Fonte: CAPS AD III (2019).

Acerca da assiduidade e continuidade do tratamento dos usuários do serviço CAPS AD III, o gráfico 02 apresenta os coeficientes de usuários ativos e inativos dos serviços de Araguaína. Percebe-se, a partir do gráfico, um movimento de declínio quando se analisam os números gerais de todos os pacientes que foram cadastrados: de 13% em 2010 para 7% no ano de 2018. Os fatores constituintes dessa inassiduidade não são descritos no relatório. Por outro lado, o documento aponta que no ano de 2017 o índice de ativos ao final desse ano manteve-se elevado, em 42%. Acredita-se, então, que esse número decorreu da disponibilização de novos serviços ofertados.

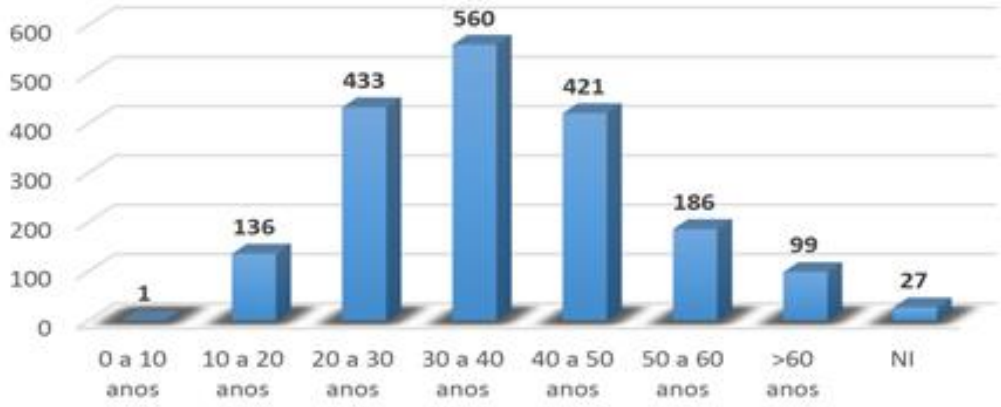
Gráfico 03 - Distribuição dos pacientes cadastrados no CAPS AD III Araguaína por sexo



Fonte: CAPS AD III (2019).

O gráfico 03 permite a observação dos pacientes cadastrados na base de dados do CAPS AD III de Araguaína. É nítida a prevalência dos usuários de sexo masculino, totalizando-se 82%. Os usuários de sexo feminino representam 18% do contingente cadastrado.

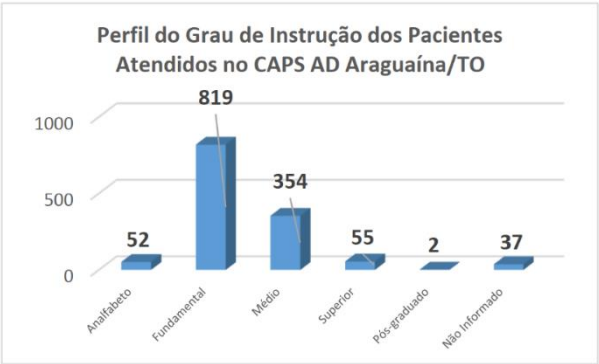
Gráfico 04 - Distribuição dos pacientes cadastrados no CAPS AD III Araguaína por faixa etária

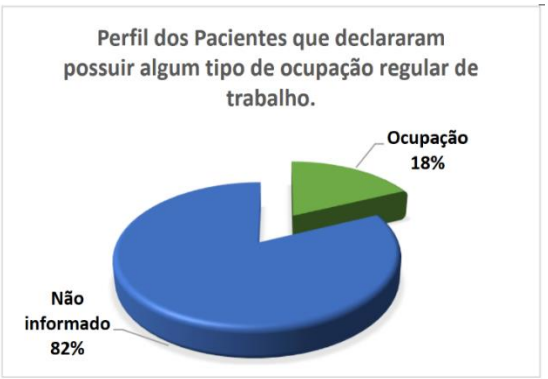


Fonte: CAPS AD III (2019).

O CAPS AD III apresenta uma prevalência de pacientes na faixa etária entre 30 a 40 anos de idade. A idade média, conforme é destacada no relatório, é de 35 anos. No entanto, chama a atenção as faixas etárias que compreendem entre 20 a 30 anos e 40 a 50 anos. As duas faixas etárias estão muito próximas em questões numéricas. De uma forma geral, o CAPS AD III tem por maior demanda os usuários entre 20 a 50 anos.

Gráfico 05 - Perfil do grau de instrução e ocupação regular de trabalho





Fonte: CAPS AD III (2019).

Nos gráficos 04 e 05 é destacado que o grau de instrução dos usuários assistidos pelo CAPS AD III é baixo. É possível caracterizar que o perfil padrão é: homem, com pouca instrução, tendo por prevalência o ensino fundamental, não possuindo trabalho/ocupação regular. O relatório destaca ainda que o CAPS AD III atende a pessoas com o perfil: estável socialmente, não sendo morador de rua, preso

ou envolvimento com a criminalidade, dessa maneira desmistificando que o dependente químico é apenas o marginalizado da sociedade e que, na maioria das vezes, está em envolvimento com a criminalidade.

Com relação ao CAPS II, a unidade não disponibiliza os dados estatístico de forma sistematizada no que tange aos indicadores sociais sensíveis pesquisados neste trabalho.

4 FRAGILIZAÇÃO DA CIDADANIA

Para a discussão sobre o conceito de vulnerabilidade e suas possíveis dimensões, será estabelecida neste capítulo uma relação teórica entre as concepções de vulnerabilidade, as zonas de transição da coesão social, a discriminação negativa como forma de fragilização da cidadania, a medicalização e, por fim, os serviços substitutivos de atenção psicossocial dos centros de atenção psicossocial. Apresenta-se ainda uma correlação entre o conceito de cidadania e os conceitos de desfiliação e de coesão social.

4.1 Vulnerabilidade

Compreender a dimensão do que é e de que maneira se configura a vulnerabilidade exige, a princípio, que se entenda que, ao longo das últimas décadas, ela teve seu entendimento ampliado por meio das discussões propostas pelos campos da saúde, sociais aplicadas e humanas (AMENDOLA et al., 2017). Lê-se, daqui em diante a “vulnerabilidade” como a condição de indivíduos e grupos frente aos riscos.

Jesus et al. (2018) compreendem a vulnerabilidade relacionando-a aos fatos estruturais de uma sociedade. Os teóricos citam como possíveis fatores estruturais de uma sociedade aqueles ligados ao processo de desigualdade social. A depender do contexto, segundo os autores, a vulnerabilidade também apresenta uma correlação com fatores físicos/biológicos. Esses fatores estão atrelados à condição de um indivíduo ou de uma população frente às suscetibilidades.

Segundo Gutierrez-Robledo e Avila-Funes (2012), os fatores sociais, como, por exemplo, a baixa escolaridade e morar em locais de riscos, podem contribuir diretamente para um possível agravamento da condição de pessoas em situação de vulnerabilidade. Esse possível agravamento é um fator preponderante para a fragilização da condição de pessoas diante dos riscos que acabam por reduzir o poder de resposta dessas pessoas. Cabe ressaltar que, enquanto a vulnerabilidade está ligada à condição de indivíduos, os riscos são fatores advindos da sociedade e que podem afetar a capacidade de resposta desses indivíduos.

Carmo e Guizardi (2018) destacam que a vulnerabilidade é ampliada a partir da compressão de múltiplos fatores. Os autores denotam ainda que esses múltiplos fatores fragilizam os sujeitos no exercício de sua cidadania. Essa fragilização citada

por eles mantém uma estrita relação com a noção de riscos e a forma como esses riscos podem impactar as respostas dos indivíduos face às adversidades da vida.

A vulnerabilidade tem a capacidade de impelir potenciais danos em razão de uma fragilização ocorrida a partir de uma exposição do indivíduo aos riscos (CARMO; GUIZARDI, 2018). A partir de Carmo e Guizardi (2018), infere-se que a vulnerabilidade em toda a sua plenitude pode impactar as relações sociais dos indivíduos que tenham um perfil de maior propensão a situações de riscos ou que sejam/estejam em condição de vulnerável.

De maneira similar ao pensamento de Carmo e Guizardi (2018) quando discutem sobre a fragilização de indivíduos em situação de vulnerabilidade, Theophilo, Rattner e Pereira (2018) entendem que ela apresenta também correlação com a condição de fragilidade de indivíduos em situação de riscos. No entanto, os autores ampliam a discussão ao trazer o conceito de vulnerabilidade social. Segundo Theophilo, Rattner e Pereira (2018), a vulnerabilidade social é uma outra possibilidade para olhar sobre a condição de indivíduos e grupos populacionais frente aos riscos. A vulnerabilidade social diz respeito “ao conjunto de fatores sociais que influenciam nas tomadas de decisão e/ou acesso a informações, serviços, políticas e ações” (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018, p. 3506).

Amendola et al. (2017) compreendem a vulnerabilidade social como o enfretamento de barreiras e de imposições violentas que os indivíduos vivenciam no acesso às informações e aos recursos materiais. Para os autores, esse enfretamento decorre da condição fragilizada e, possivelmente, da condição vulnerável que circunscreve os indivíduos e as populações. E, de maneira abrupta, esses indivíduos e essas populações tendem a vivenciar enfretamentos e imposições sociais de uma forma não tão agradável.

Rogers e Ballantyne (2008) entendem o conceito de vulnerabilidade ligado à condição de grupos e de indivíduos. Para as autoras, é impossível dissociar o conceito de vulnerabilidade da condição inerente dos indivíduos e grupos em situação de vulnerabilidade. Elas ainda atribuem a vulnerabilidade a dois fatores. O primeiro fator é extrínseco. Esse fator tem correlação com a pobreza, a baixa escolarização e outros ligados a questões socioeconômicas. O segundo fator é intrínseco. Nesse fator, as autoras correlacionam que ele tem ligação com características peculiares aos indivíduos. A exemplo destas características, elas citam as deficiências, a capacidade de resposta cognitiva baixa ou afetada de tal modo que incapacite os indivíduos, além

das doenças graves.

Para Crestani e Rocha (2018), a vulnerabilidade busca evidenciar as suscetibilidades individuais ou grupais frente às condições físicas e estruturais de pessoas na sociedade. Os autores estabelecem ainda que no campo da saúde existe uma gama de múltiplos determinantes que estão envolvidos no processo saúde-adoecimento.

Especificamente no campo da saúde, Crestani e Rocha (2018) destacam que o conceito de vulnerabilidade ganhou visibilidade por meio de seu uso no combate e na prevenção da infecção do vírus HIV. Os autores dizem ainda que, a partir do uso da concepção de vulnerabilidade no campo da saúde, outros conceitos/termos passaram a ter uma notoriedade maior. Desses conceitos eles destacam os riscos.

4.2 Vulnerabilidade e as zonas de transição da coesão social

Quando se pensa teórico-analiticamente, as implicações da vulnerabilidade no contexto social, são de extrema importância às contribuições acerca das zonas de transição da coesão social postuladas por Robert Castel (2005). O autor destaca que no contexto social existem algumas premissas necessárias à manutenção do processo de coesão social. Antes de destacar essas premissas e a correlação com a vulnerabilidade no âmbito social, é importante compreender o que é coesão social para o referido autor.

Castel (2005) compreende a coesão social como o conjunto de processos que regem as relações de trabalho e o lugar de cada pessoa dentro de um contexto social. Segundo o autor, os indivíduos são posicionados dentro de uma estrutura composta de três premissas: a zona de integração, a zona de vulnerabilidade e a zona de desfiliação. Para manter a coesão social, ou seja, a manutenção da ordem na sociedade capitalista, é necessário que essas premissas funcionem da forma como foram pensadas.

Miguel (2015) destaca que cada zona tem uma função no processo de coesão social. A primeira zona é a de integração. Nessa zona, apenas uma pequena parcela da população mundial pode desfrutar de seus benefícios. Ela é responsável por propiciar aos seus integrantes o melhor que o mundo pode oferecer. Por meio dela os seus integrantes têm acesso à saúde, à educação, ao lazer, à moradia, etc., da mais alta categoria e qualidade. Em outros termos, os integrantes dessa zona têm acesso

aos dispositivos sociais do mais alto padrão e qualidade e que são essenciais à vida. A segunda zona é a de vulnerabilidade. Segundo Castel (2005), essa é a zona com maior número de integrantes e, por isso, ela deve permanecer dentro do processo de coesão social. O autor destaca ainda que nesta zona encontram-se todas aquelas pessoas que estão precariamente incluídas por meio do trabalho. Aqui elas têm acesso à saúde, à educação, ao lazer e à moradia, mas de forma precária. Robert Castel (2005, p. 416) descreve que os integrantes dessa zona vivem a participação na subordinação e “o consumo (mas de massa), a instrução (mas primária), o lazer (mas popular), a habitação (mas habitação popular)”.

No pensamento de Robert Castel (2005), a zona de vulnerabilidade é pensada para garantir e manter ativa a zona de integração. Ela serve para mostrar aos seus integrantes o que o trabalho pode proporcionar aos integrantes incluídos da primeira zona e fazê-los almejar subir na classificação das zonas. No entanto, segundo o autor, é praticamente impossível um indivíduo sair da zona de vulnerabilidade e ser incluso na zona de integração. A forma como está estruturado o processo de coesão social praticamente retira todas as alternativas de alguém sair da zona de vulnerabilidade para a zona de integração (CASTEL, 2005).

A terceira e última zona é a de desfiliação. Segundo Robert Castel (2005), nessa zona se encontram os indivíduos que desceram da zona de vulnerabilidade ao perderem a proteção do trabalho. Encontram-se também todos aqueles não conseguem se manter estáveis no trabalho e aqueles que são culturalmente empurrados às margens da sociedade.

Conforme o autor, a zona de desfiliação tem uma função de extrema importância para a manutenção do processo de coesão social adotado na sociedade contemporânea: servir de aviso aos precariamente incluídos o que pode lhes acontecer se saírem da condição de vulneráveis para a de desfiliados. Ela também serve como forma de coação à manutenção do processo de coesão social. Ser integrante dessa zona é estar desamparado das proteções legais e sociais ofertadas pelo trabalho. Miguel (2015), por seu turno, destaca que as zonas de transição da coesão social funcionam como uma espécie de engrenagem. Com a devida manutenção dessas engrenagens, a sociedade se mantém coesa e estruturada. No entanto, a autora descreve a possibilidade dessas engrenagens falharem e provocarem fraturas no contexto social.

Acerca dessas fraturas no contexto social, Castel (2005) apresenta que quando

ocorre o inchaço da zona de vulnerabilidade tende a diminuir ao enviar seus membros para a zona de desfiliação, ocorrendo, assim, as “fraturas da coesão social”. De forma simplificada, essa fratura indica possibilidades de colapsos sociais que colocam em risco a hegemonia da zona de integração. Ao fraturar-se, a coesão social mantida pelas zonas de transição por meio do trabalho passa a apresentar sérios problemas aos membros da zona de integração. Esses membros, que são totalmente incluídos pelas proteções do trabalho, agora passam a temer as possíveis implicações da fratura do tecido social.

Com a fratura da coesão social, alguns problemas sociais tornam-se mais evidentes (CASTEL, 2005). Desses problemas Castel (2005) destaca: desemprego alto, desigualdade social elevada, marginalização e sensação de insegurança generalizada. O autor ressalta ainda que os grupos marginalizados socialmente tendem a estar em uma situação pior que a condição de vulneráveis: a condição de exclusão total. Nesse sentido, pode-se afirmar que os usuários dos serviços de atenção psicossocial se enquadram na ideia de estratificação composta pelas zonas de transição da coesão social, qual seja a zona de desfiliação, por força dos indicadores: mão de obra não qualificada, emprego informal/desemprego, renda familiar baixa, muito baixo capital humano, social e cultural, nenhuma cobertura social, falta de acesso aos serviços básicos.

Uma compreensão mais ampla da condição de excluídos em que se encontram os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental exige que se considerem também os indicadores socioeconômicos que evidenciam a realidade marginalizada desses sujeitos. Dimensteins et al*.* (2016) destacam alguns desses indicadores socioeconômicos, tais como: analfabetismo, insegurança alimentar, dificuldade no acesso aos serviços públicos e à assistência técnica, desemprego, relação de trabalho precária, dependência dos programas de transferência de renda, condições precárias de moradia. Não distante dessa relação, nos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, Estado do Tocantins, por exemplo, existe índice considerável do indicador referente à ocupação, segundo o qual, até 2017, apenas 18% dos usuários declararam, segundo a coordenação do CAPS AD III, possuir relação regular de trabalho.

4.3 Da condição dos usuários dos serviços substitutivos de saúde e as possíveis correlações com a vulnerabilidade

Não distante da condição de vulneráveis e da condição de desfiliados, a Portaria nº 3.088, em vigor desde 23 de dezembro de 2011, que institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui diretrizes referentes à promoção dos cuidados em saúde de grupos vulneráveis. A referida portaria, no artigo 4º, inciso 1º, descreve quais são os grupos vulneráveis: crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas.

A Portaria nº 3.088 busca, ainda como justificativa para a implementação dos serviços de atenção psicossocial, a promoção, a reabilitação e a reinserção das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e das pessoas com transtorno mental, por meio de acesso ao trabalho, à moradia solidária e à renda.

Seguindo o disposto nessa portaria, o seu público-alvo é próximo daquilo que Castel (2005) classifica como os integrantes das zonas de vulnerabilidade e desfiliação, pois, o artigo 4º, inciso 1º, aponta que esse público-alvo é constituído de pessoas mais vulneráveis socialmente. A Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros desse, também considera que essas pessoas são vulneráveis.

A assistência prestada ao paciente nos CAPS, de acordo com as portarias já citadas, do Ministério da Saúde, garante cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Incluem-se, ainda: as atividades de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos devem receber refeições diárias, de acordo com os turnos de seus atendimentos.

A partir de uma relação de aproximação teórica entre o preconizado na legislação da rede de atenção psicossocial e as zonas de transição da coesão social

de Castel (2005), é perceptível que os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental estão inclusos na referida lógica disposta pelo o autor para o impedimento da fratura do contexto social, visto que os vulneráveis recebem atendimento em atenção à saúde mental. No entanto, são negligenciados quanto à sua implicação para a busca da autonomia e liberdade, que deveriam ser a base dos serviços.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006), ao se referir à saúde mental e aos usuários atendidos, focaliza a promoção de saúde, o reconhecimento precoce de problemas biopsicossociais que determinam alterações mentais e comportamentais na população e o seu tratamento, compreendido como um plano terapêutico socialmente referenciado e construído visando à reabilitação e à reintegração social das pessoas em sofrimento mental.

Venancio (1997) diz que o usuário no serviço de saúde mental deve ser compreendido na sua “existência-sofrimento” de sujeito em sua relação com o corpo social, visto como sujeito e cidadão que deve ter garantidos os seus direitos, deveres e responsabilidades. Esse sujeito deve ser capaz de conquistar níveis de autonomia e de emancipação para organizar a sua vida. A partir desse ponto de vista, o usuário deve receber cuidados e atenção integral, sendo atendido mediante suas necessidades.

O cuidado psicossocial deve tratar do usuário do serviço em sua integralidade e em sua complexidade (VENANCIO, 1997). Deve-se considerar tanto a dimensão psíquica/mental como a dimensão social. Essa relação da dimensão social deve contemplar a família, grupos sociais, ou seja, a escola, trabalho, lazer (VENANCIO, 1997). Pressupõe-se que o fato de alguém estar doente não signifique que outros aspectos da sua vida devem ser desconsiderados e negligenciados. Cada usuário, independentemente de sua condição em um processo de sofrimento mental, deve ser considerado e estimulado em seu potencial e na sua capacidade de fazer atividades e de relacionar-se (AMARANTE, 1997).

Entende-se que a noção sobre os usuários deve ser distinta da noção originária da Psiquiatria tradicional (VENANCIO, 1997). As noções de periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade recaiam sobre o “louco”. Essas noções devem ser questionadas no âmbito do serviço de atenção psicossocial, pois as pessoas consideradas doentes, ou não, podem ter capacidades e competências, desejos e projetos de vida.

Fazendo um breve paralelo com Castel (2005), essas noções de

periculosidade, de incapacidade e de irresponsabilidade são geralmente atribuídas aos integrantes que compõem as zonas de vulnerabilidade e de desfiliação, do que se infere que esse estigma seja interessante para a zona dos integrados. Esse estigma é interessante no sentido de atender aos membros da zona de integração, pois ele mantém os membros das outras zonas dentro do preconizado pelo processo de coesão social.

Ayres et al. (2012) descrevem que o sistema de saúde mental no âmbito brasileiro deveria considerar a dimensão da vulnerabilidade. Tal dimensão inclui tantos os aspectos individuais que são tanto relativos aos riscos quanto os aspectos sociais, programáticos e/ou institucionais. Portanto, seguindo a descrição dos autores, quando os CAPS se destacam na busca da resolução de problemas de saúde na dimensão da racionalidade e unicamente em indivíduos, esses desconsideram a dimensão da vulnerabilidade.

A atenção integral está comprometida não somente com a doença pura e simplesmente (DELGADO, 1992). Ela pretende se voltar para o sujeito levando em conta suas especificidades, seus projetos individuais e sua história de vida. Portanto, os serviços devem assumir responsabilidade para além do tratamento construindo meios de intervenção na sociedade para que essa restabeleça novos valores e crenças em relação às pessoas com sofrimento mental e que usufruem dos serviços substitutivos de saúde mental (DELGADO, 1992).

Nesse sentido, os serviços de atenção psicossocial devem atuar na melhoria da qualidade de vida da pessoa tanto por meio de tratamentos quanto por meio de projetos relacionados à questão do trabalho, da moradia, do lazer que visem à inserção na sociedade de pessoas que antes estavam excluídas (DELGADO, 1992).

Segundo Plano Municipal de Água e Esgoto (ARAGUAÍNA, 2013), os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde que exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida dos diversos segmentos populacionais, ou seja, abrangendo os usuários dos centros de atenção psicossocial. Esses aspectos estão intrinsecamente associados às diferentes maneiras de adoecimento e de vida.

A atenção psicossocial lida com a subjetividade por meio da singularidade dos sujeitos a partir de atuações transdisciplinares e intersetoriais (VASCONCELOS, 2000). Isso significa o diálogo e a interação não apenas entre diferentes disciplinas, mas entre diferentes áreas de intervenção social e cultural com o objetivo de realizar

uma abordagem integrada do homem considerando o seu contexto de inserção social e as suas necessidades.

Segundo Tesser (2006), a nomeação do transtorno está intimamente ligada à medicação, visto que os efeitos do medicamento é o que dará validade a um ou a outro diagnóstico. A historicidade, a subjetividade e a etiologia passam a ser desconsideradas na Psiquiatria contemporânea, e a migração dos diagnósticos, em razão da variabilidade dos sintomas, é o ponto alto dessa área de conhecimento e diagnóstico médico. Hoje, para o autor, o médico é o profissional que define o quão legítimo é o sofrimento. É ele quem define a complexidade da dor e, em meio à perturbação que ela causa, muitas vezes o sujeito aceita o tratamento prescrito e, por conseguinte, o medicamento que está diretamente relacionado a ela.

Esse comportamento deixa o sujeito sentindo-se desamparado e impotente frente à sua dor, e coloca no médico, que está estranho a essa dor ou à natureza dela, a responsabilidade sobre ela. Dado o tratamento centralizar-se na figura do médico, conforme afirma Venancio (1997), não há o compromisso para oportunizar aos usuários da rede de atenção psicossocial os diversos tipos de projetos assistenciais. E não apenas se limitando aos projetos assistenciais, as redes deveriam ofertar aos usuários em condição de vulnerabilidade o tratamento em sua integralidade. Esse tratamento objetivaria, assim, a reinserção social por meio do trabalho e do lazer. No entanto, como o autor aponta, nem sempre esses serviços conseguem realizar o que é preconizado no arcabouço jurídico-legal que ampara o serviço.

Amarante (1997) destaca que os usuários geralmente encontram-se em situação que excedem os limites da vulnerabilidade. Castel (2005) afirma a existência de limites que excedem a vulnerabilidade: a desfiliação e a exclusão total. Aproximando o que preconiza Castel (2005), Amarante (1997) e a Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, é perceptível que os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental estão em uma situação de vulnerabilidade. Em alguns casos ocorrem situações que excedem esses limites, revelando, então, a condição fragilizada desses usuários.

4.4 Vulnerabilidade, cidadania e serviços psicossociais

Para que possa aprofundar o entendimento da condição dos usuários dos serviços substitutivos de saúde mental no Brasil, é necessário que se entenda a

relação de proximidade entre a cidadania, a vulnerabilidade desses usuários e os serviços ofertados pela rede de atenção psicossocial.

Para compreender o que é cidadania, recorre-se ao conceito de cidadão e suas origens (ROSEN, 1994). Na transição da Idade Média para a Era Moderna, surgiu um novo registro simbólico[3] com o qual as pessoas passavam a se identificar: tratava-se do registro do cidadão. Esse registro remetia às ideias de cidade e de Estado como espaços em que passava a surgir uma identidade comum. Em outras palavras, além de criaturas de Deus, as pessoas pertenceriam a uma cidade que se encontrava ainda sob o poder do Estado. Rosen (1994) declara que o conceito de cidadão é: um indivíduo no gozo de seus direitos civis e políticos. Rosen (1994) aponta que os indivíduos deveriam coletivamente fortalecer o Estado e a cidade colaborando para a acumulação de riquezas.

Correa (2009) compreende cidadania como o direito de partilhar do nível de vida, conforme os padrões prevalecentes na sociedade. A autora destaca ainda que a cidadania tem diferentes dimensões, tais como: civil, política e social. Segundo a autora, a cidadania em sua dimensão civil é relativa aos direitos inerentes à liberdade individual, liberdade de expressão e de pensamento; direito de propriedade e de conclusão de contratos; direito à justiça.

A segunda dimensão da cidadania, conforme Correa (2009), é a política. A autora a define como o direito de participação no exercício do poder político, como eleito ou eleitor, no conjunto das instituições de autoridade pública. A terceira e última dimensão é a social, em que Correa define cidadania como o conjunto de direitos relativos ao bem-estar econômico e social, desde a segurança até o direito de partilhar do nível de vida, segundo os padrões prevalecentes na sociedade.

Fischman e Haas (2012) compreendem que a cidade está embasada em princípios simbólicos de igualdade em que o cidadão pode usufruir como pertencente e detentor de direitos sobre os benefícios que estão atrelados aos dispositivos sociais ofertados em uma cidade e/ou Estado.

As questões relacionadas à cidadania e à oportunidade de participação em diferentes espaços da sociedade, como a luta dos direitos dos usuários, são

[3] O registro do simbólico é o lugar fundamental da linguagem. É a relação dos registros no psiquismo, histórico emocional, associações do psiquismo. A ordem simbólica estrutura a realidade humana, é a linguagem na constituição do sujeito. O simbólico conta o plano imaginário, ou seja, as características que o homem tem em relação à imagem pela presença de um símbolo.

características relevantes no contexto da atenção psicossocial (VENANCIO, 1997). Nesse sentido, a cura não é mais o objetivo exclusivo do tratamento, e sim a produção de saúde das pessoas por meio da luta por uma vida mais digna.

No modelo da Psiquiatria tradicional, a pessoa em situação de sofrimento mental não tem voz (VENANCIO, 1997). Em outros termos, ela não pode gozar da cidadania nem dos dispositivos sociais que a cidadania oferece. No espaço manicomial a pessoa perde a cidadania, os direitos essenciais, como, por exemplo, o de ir e vir, comunicar-se, assumir responsabilidades e trabalhar. Essa relação estabelece uma conexão com a vulnerabilidade no sentido de esse indivíduo ter a sua capacidade de resposta afetada, não sendo considerado capaz de responder sobre seus atos (VENANCIO, 1997), por isso desconsiderado em sua subjetividade.

Segundo Guarido (2007), a Psiquiatria tradicional sempre encontrou dificuldades para lidar com os fenômenos psíquicos não codificáveis em termos de funcionamento biológico, não reservando espaço para a subjetividade. Apesar do pensamento contemporâneo de Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos e a proposta de atenção psicossocial em relação à Psiquiatria atual ainda colocam o sujeito num patamar de submissão ao orgânico e à bioquímica cerebral, creditando o medicamento como o único elemento possível de tratamento.

É certo que a Reforma Psiquiátrica tem sofrido influências das experiências acumuladas a partir dos processos anteriores, principalmente os que aconteceram na Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, esclarece a autora. Todas essas experiências contribuíram para que o campo da atenção em saúde mental fosse gradativamente deslocado de uma proposta prioritariamente médica e hospitalar da Psiquiatria tradicional para uma proposta inovadora que compreende a loucura como uma experiência do sujeito, sem procurar entendê-lo exclusivamente sob o prisma da patologia.

Amarante (1997) entende que a Reforma Psiquiátrica contesta a noção de que a loucura é um comportamento desviante e que o indivíduo considerado louco deve ser “consertado” para o convívio social. Sendo assim, tanto o termo doença mental como o termo saúde mental permanecem sob outra lógica na nova proposta de reforma, com ambos sendo compreendidos como parte da vida, entendida como um conjunto complexo em que a relação entre doença e a saúde produz um processo permanente de interação, que possibilita o trabalho com um outro modelo de assistência, o modelo de atenção psicossocial.

A implantação da atenção psicossocial nos serviços de saúde mental pretende fundamentalmente a transformação na assistência da saúde mental. O debate sobre a situação das pessoas em sofrimento mental e em situação de vulnerabilidade foi ampliado por meio da implantação da atenção psicossocial nos serviços de saúde mental. A referida implantação pretende essencialmente a transformação na assistência da saúde mental (AMARANTE, 1997).

Segundo Venancio (1997), essa mudança ameaça interesses de diversos setores da sociedade: determinados segmentos políticos, os meios de comunicação, os empresários/donos de hospitais privados, a população de um modo geral. De forma muito próxima ao que Castel (2005) declara, Venancio (1997) apresenta uma situação de fratura do tecido social ao dizer dessa ameaça, ficando mais nítida quando a perspectiva para atendimento psicossocial é a da busca de inclusão e ascensão dessas pessoas no contexto social.

A referida ameaça, pois, questiona os dogmas para a manutenção da coesão social em benefício dos integrados, como, por exemplo, a ideia de que a loucura é perigosa. Ou seja, de que todo louco é uma pessoa violenta, representando perigo para si e para a sociedade. Outro exemplo é quando se questiona o pressuposto da incapacidade de a pessoa com transtorno mental atuar produtivamente na sociedade e de relacionar-se. Portanto, infere-se que a falta desses questionamentos mantém a delimitação das zonas de transição, pois as pessoas em sofrimento são atendidas, mas não são incentivadas a buscar pela autonomia.

Como visto, a dimensão jurídico-política dos serviços substitutivos de saúde mental trabalha com questões extremamente complexas, de onde derivam fatos e conceitos que podem contribuir ou não para alimentar a situação de estigma e preconceito social sobre os indivíduos em sofrimento mental (VENANCIO, 1997). Na busca pelo exercício da cidadania, a intervenção dos serviços psicossociais deve agir para que os próprios usuários interfiram sobre as ideias preconcebidas de preconceito e exclusão, fazendo que se organizem coletivamente denunciando e reivindicando conquistas e garantias de direitos na sociedade.

Roudinesco (2000) afirma que a necessidade dessa intervenção denota que ainda se vive um período de medicalização da existência, e que a Psiquiatria é espelho da situação de intolerância ao diferente, já que, no fundo, os medicamentos servem para acalmar, para que as pessoas não expressem mais a sua singularidade. A autora destaca que isso é uma das consequências da “biologização da existência”.

Assim, a medicação tem o seu lugar salvaguardado como principal recurso de tratamento para transtornos mentais (GUARIDO, 2007). Hoje ela é largamente difundida pela mídia e pelas campanhas de marketing, financiadas pela indústria farmacêutica, que socializa e dissemina o paradigma do discurso médico, o qual se mostra como o grande detentor da verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza.

A medicalização faz com que se busque, no âmbito da assistência psicossocial, a efetiva promoção de cidadania. Uma das reivindicações descritas na Carta de Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental, formulada no III Encontro de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, ocorrido em 1993, foi que os indivíduos em sofrimento mental atendidos pelas instituições de atenção psicossocial fossem reconhecidos como “usuários” desses serviços. Ao serem reconhecidos como “usuários”, sairiam da condição de meros pacientes. O argumento utilizado foi que, desse modo, deixam de ser pessoas passivas diante do seu tratamento, tornando-se pessoas ativas e influentes.

O conceito de *usuário*, ou cliente dos serviços, implica uma relação contratual entre o indivíduo e os serviços de atenção psicossocial, produzindo um novo estatuto para o indivíduo considerado vulnerável e em sofrimento mental. Essa consideração de que ele é um indivíduo vulnerável é tomada como pressuposto nas legislações que amparam os serviços substitutivos de saúde mental. A prerrogativa consiste na construção de espaços para que as pessoas com transtorno mental saiam do lugar da exclusão e opressão para o lugar da inclusão e da cidadania (DELGADO, 1992).

As ideias de periculosidade e irresponsabilidade civil em relação às pessoas em sofrimento mental foram construídas pela Psiquiatria tradicional e incorporadas por outros segmentos da sociedade, como, por exemplo, o sistema judiciário (DELGADO, 1992). Contudo, infere-se que essas ideias atendem a anseios da manutenção do processo de coesão social postulado por Castel (2005).

Tais ideias mantêm ativas as intenções das zonas dos integrados sem que haja fratura do contexto social. Dessa maneira, os usuários, ao procurarem atendimento nos centros psicossociais, não são levados à implicação de suas questões causais, como, por exemplo, a de pertencimento a zona de vulnerabilidade e de desfiliação, ocorrendo, assim, uma espécie de manutenção do processo de coesão social.

No contexto dessa retroalimentação da manutenção da vulnerabilidade que não é assistida, é possível inferir a existência de uma correlação entre os serviços

substitutivos que são ofertados na rede de atenção psicossocial e a presença da medicalização. Por outra via, diz-se que o que ocorre é um acolhimento precário das necessidades expostas pelos usuários, criando uma espécie de círculo de retroalimentação da manutenção da vulnerabilidade, que não é assistida de fato.

É dessa forma que, no espaço manicomial, a pessoa perde a cidadania, perde direitos essenciais, como de ir e vir, comunicar-se, assumir responsabilidades, trabalhar, etc. (AMARANTE, 1999). Sob efeito de remédios, nos CAPS, mesmo não estando entre muros, o sujeito é desacreditado pelo preconceito em relação a quem precisa de medicamento para “funcionar”. Atendimentos individuais e grupais, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas sociais de trabalho, dentre outros, são mantidos, mas todos a partir do controle médico, isto é, todos estabelecendo laços sociais a partir de seus diagnósticos, tipo de medicamento com receitas repetidas indefinidamente.

A cidadania constituída por meio do controle dos pertencentes à zona de integração remete ao desejo de que a posição nas zonas de transição seja imutável, visando, assim, à manutenção do processo de coesão. Portanto, cabe avaliar a instituição, seja qual for, que busque para seus atendidos o status de “usuário-cidadão”, mas que não questiona e não os incentiva a questionar. Tal instituição incentiva apenas a participar de uma modulação de cidadania frágil.

Do universal nasce uma assimetria local. A forma jurídica que garante os direitos com uma mão opera as disciplinas com a outra. Os sujeitos são aparentemente iguais em direito, mas a liberdade formal política é, ao mesmo tempo, a escravidão das forças dos corpos. O direito universal, sonho dos juristas reformadores, se manifesta como disciplina específica, efeito real de dominação. Nas escolas, no trabalho, na prisão, no consultório do psiquiatra, o que se produz? Disciplina infinita! Pura e simplesmente! Interrogatório sem fim, formação continuada, processo nunca encerrado.

Dominação permanente de uma sociedade que sonhava com valores talvez altos demais para serem colocados em prática. O sonho de liberdade, igualdade e fraternidade tornou-se o pesadelo da escravidão, da desigualdade e da indiferença. O que se vê no cotidiano dos serviços, apesar de alguma resistência, ainda é a dependência dos CAPS em relação ao médico, consequentemente do saber psiquiátrico e, por muitos, atrelados aos escritos acerca do diagnóstico de tratamentos, aliados a desordens psíquicas.

5 PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE EM BUSCA DA MELHOR RELAÇÃO COM O SUJEITO

Este capítulo não pretende necessariamente explicar o que é a Psicanálise, tampouco configurá-la como saber absoluto em resposta à medicalização e seus aspectos descritos nas seções do capítulo anterior. Portanto, não tem a pretensão em descrever como deveria ser o ideal da Reforma Psiquiátrica, e consequentemente das ações nos serviços substitutivos em saúde mental, centros de atenção psicossocial. Contudo, possui a intenção de elaborar contribuição a partir dos pressupostos psicanalíticos de Freud e Lacan, principalmente os escritos sobre a relação do inconsciente e a formação do sujeito.

Como tentativa de elaborar a proposta para a observação do preconizado pela Reforma Psiquiátrica, este capítulo tratará da noção da ética da Psicanálise como contraponto à tentativa de normatização da sociedade, em particular nas relações estabelecidas nos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína-Tocantins. Em correlação com as elaborações do capítulo anterior, sobre os malefícios da medicalização indiscriminada e a manutenção de vulnerabilidade na atenção psicossocial, a ética da Psicanálise defende que o olhar e a configuração dos laços sociais sejam constituídos considerando o sujeito como ser de desejo.

O inconsciente é o próprio psíquico e a sua essencial realidade, diz Freud (1967) em A interpretação dos sonhos. Para ele, a natureza do inconsciente nos é tão desconhecida quanto a realidade do mundo exterior e que a consciência nos informa a seu respeito de um modo tão incompleto quanto nossos órgãos dos sentidos nos informam sobre o mundo exterior. Para maior compreensão do que seria o inconsciente e do que trata ser sujeito do inconsciente e, consequentemente, os pressupostos da Psicanálise, será abordada na próxima seção uma discussão mais aprofundada a respeito.

5.1 Pressupostos da Psicanálise, sujeito do inconsciente

A Psicanálise foi instituída como disciplina cientifica por Sigmund Freud, e como ciência possui um corpo de hipóteses a respeito do funcionamento e desenvolvimento da mente do ser humano, com interesse pelo funcionamento mental dito normal e também pelo chamado de patológico. Portanto, não é apenas uma teoria de

psicopatologia, apesar de ter derivado, em essência, do estudo e do tratamento do que é considerado anormal.

Em Cinco lições sobre a Psicanálise (1910), Freud diz que a Psicanálise pretende trazer à superfície da consciência tudo o que foi recalcado. Observa-se que o autor fala de recalques mantidos no inconsciente, porém, foi visto nas seções do capítulo anterior que a busca sempre foi por uma ordenação consciente da vida, da sociedade e de suas instituições, o poder controlável da realidade. Contudo, Freud seguia maiores elaborações teóricas no sentido de o recalque ser o operador responsável pela existência de ideias situadas à margem da cadeia associativa consciente, e em 1893, no texto Comunicação Preliminar, ele situou como causa dessas ideias, denominando divisão da consciência.

Freud (1915) defende a tese da existência de processos psíquicos inconscientes, demonstrando que a noção convencional entre psíquico e consciente é inadequada e baseada numa ideia superestimada à consciência. Com a descoberta do inconsciente, ele opera uma verdadeira revolução, denominada por Lacan ([1954-1955]1985, p. 14) de “copernicana”. Ao afirmar que o inconsciente pensa, Freud retira a consciência de seu lugar de centro, alterando assim o privilégio conferido aos pensamentos conscientes. A sua descoberta demonstra que os processos de pensamentos inconscientes se produzem à margem da consciência e dela independem. Nesse momento, coloca em cena a concepção de um sujeito dividido, não centrado em torno da consciência. O que ele descobre é a ausência de um eixo à volta do qual os processos psíquicos se ordenam. O sujeito é descentrado, isto é, carente de um centro ordenador. As elaborações efetuadas na *primeira tópica* colocam a ideia de um sujeito caracterizado pela ruptura.

A elaboração de que o inconsciente é um sistema constituído por representações associadas umas às outras, e de que ele se constitui na verdadeira instância onde os pensamentos se produzem, revela que esses pensamentos inconscientes podem encontrar um meio de expressão simbólica na palavra. Com a concepção do inconsciente, Freud (1915) propõe que o homem desconhece parcela de si à margem da consciência e independente dela, ou seja, a teoria psicanalítica freudiana diz que existe uma parte obscura de si mesmo.

É posto pela Psicanálise que os processos mentais inconscientes são frequentes e de grande significado no funcionamento mental considerado normal ou não. Seguindo o princípio do determinismo psíquico, em que a teoria diz que na mente,

assim como no mundo, nada acontece por acaso, os eventos psíquicos são determinados por aqueles que o antecedem. Isto é, os fenômenos psíquicos, mesmo que não aparentem relação, são conexos, não há descontinuidade, ou seja, só são possíveis com inscrição anterior no sujeito.

A Psicanálise não se propõe limitada a descrever e classificar os fenômenos. A teoria psicanalítica pretende conceber os fenômenos psíquicos de forma dinâmica, isto é, uma mente em movimento. Procura demonstrar e explicar o crescimento e o funcionamento da mente, as interações e conflitos de suas diversas partes. Freud (1927) dizia que a investigação psicanalítica é diferente de um sistema filosófico possuidor de uma doutrina completa e acabada; progressivamente a Psicanálise é obrigada a buscar a compreensão das complicações psíquicas decompondo analiticamente os fenômenos normais e ditos anormais.

O inconsciente, de acordo com Lo Bianco (2003), não é um objeto de estudo delimitado, como são os objetos de investigação das ciências médicas. Ele se faz presente no discurso do sujeito e em sua produção psíquica tanto na esfera da psicopatologia quanto na dita normalidade. Birman (2003) afirma que a invenção da Psicanálise ocorreu como saber mediante a formulação do conceito de inconsciente, tornando-se potencialidade teórica e subvertendo os saberes sobre o psiquismo da época: Psiquiatria e Psicologia. Por meio da persistência na defesa da especificidade da Psicanálise, Freud criou uma nova maneira de fazer ciência, cujo rigor estava na coerência de seu método, teoria e técnica para com a premissa, antes de tudo ética, do inconsciente.

Nesse sentido, a Psicanálise explicando o inconsciente, diz do impossível saber da verdade do ser em sua totalidade, que mesmo com a habilidade do dizer, nunca é dita completamente. A verdade falada não esgota o resquício do *real*, nunca é inteira e nunca será. Com isso, Lacan (1958) aponta que a vida do sujeito começa com o desejo do outro/inconsciente. Que esse desejo, desde o início, se apresenta como enigma, incógnita, embate traumático com a alteridade, condição do que é do outro, do que é distinto. Explicita a ideia de que o humano é caracterizado pelo estatuto de ser um sujeito cindido entre a verdade e o saber. O lugar de queda do sujeito é o de objeto-causa do desejo. E diz que o inconsciente é estruturado como linguagem, e que o desejo do homem é o desejo do outro/inconsciente. A linguagem articula os registros do real, do simbólico e do imaginário.

Lacan (1958) enfatiza que no centro do discurso freudiano está o desejo, diferente de como é entendido pela biologia, e de como é proposto pela filosofia. Não é como satisfação de uma necessidade, mas um desejo desnaturalizado e posto à ordem simbólica. A diferença entre ambos está no fato de a necessidade à tensão ser de ordem física, biológica, e encontra sua satisfação por meio de uma ação específica visando a um objeto específico que permite a redução da tensão, enquanto o desejo não se relaciona com um objeto real, mas com um fantasma. Então, a necessidade implica satisfação, e o desejo jamais é satisfeito, ele pode ser relacionado a objetos, mas não se satisfaz com esses objetos. O desejo implica um desvio ou uma perversão da ordem natural, o que torna impossível sua compreensão a partir de uma redução à ordem biológica. Diz que esse desejo só pode ser pensado na sua relação com o desejo do outro e aquilo para o qual ele aponta não é o objeto empiricamente considerado, no entanto uma falta. De objeto em objeto, o desejo desliza como que numa série interminável, numa satisfação sempre adiada e nunca atingida. O autor enfatiza que o objeto do desejo é uma falta, e não algo que propiciará uma satisfação, ele é marcado por uma perversidade essencial que consiste no gozo do desejo enquanto desejo. Implica uma inacessibilidade do objeto.

Freud (1900) coloca que o homem possui um desamparo primordial, o trauma do *real irrepresentável*. Diz que esse quando bebê sofre situações traumáticas, e estas se tornam geradoras de angústia intensa no adulto, quando esses se confrontam com a impotência em relação a esse desamparo originário. Isto é, quando criança o homem apresenta absoluta dependência das atenções vindas de um outro cuidador. Exemplifica a constituição do desejo com base na *experiência de satisfação*, discorrendo que um bebê recém-nascido, com fome, chora, agita os braços e as pernas, numa tentativa inútil, segundo o mesmo, de afastar o estímulo causador da insatisfação. Continua dizendo que a intervenção da mãe lhe oferecendo o seio tem como efeito a redução da tensão decorrente da necessidade de uma consequente experiência de satisfação. E que daí por diante uma imagem mnemônica permanece associada ao traço de memória de excitação produzida pela necessidade, de tal forma que na vez seguinte em que essa necessidade emerge, irá surgir imediatamente um impulso psíquico que procurará restabelecer a situação de satisfação original. E se refere a esta forma de impulso como *desejo*, a reprodução da busca pela satisfação original, a um objeto perdido que se faz presente pela falta. Portanto, o desejo é a relação com o que falta, e essa última é produzida pelo rompimento com o

inconsciente/outro, que acontece de forma singular para cada sujeito, que passará a vida tentando recuperar tal perda.

A identificação primordial é a transformação produzida num sujeito quando ele assume um significante do outro/inconsciente para se representar e assim se distinguir de todos os outros. Quinet (2012) diz que o outro é registro simbólico, como marca do sujeito efeito do discurso, especifica: o grande outro é o inconsciente, enquanto as determinações simbólicas do sujeito, elementos que o constituem e o posicionam em um determinado lugar singular. A outra cena, o outro palco, indicam que o sujeito não sabe conscientemente de qual lugar fala, sendo que é regido por marcas e determinações que vieram de fora, por esses outros que lhe deram origem e que vão estar impregnados nesse outro que constitui o sujeito. Portanto o outro é um discurso que situa o sujeito em uma posição subjetiva, a partir dos significantes que lhe constituem, em que as cadeias significantes do sujeito se articulam determinando o que o sujeito pensa, fala, sente e age. Nada do sujeito escapa ao outro: sua mente e seu corpo, seus movimentos e seus atos.

Quando o humano está sendo gerado, existe ali um desejo em relação ao filho; a mãe gera uma expectativa sobre quem será esta criança, imagina um destino. E quando essa nasce, é em seu início apenas um corpo, mas com marcas desse desejo da mãe, e eram ligados de forma inteira. Entretanto, após o nascimento irá se processar no campo do sujeito e do outro a perda dessa separação, numa tentativa de restauração da ligação anterior, condição onde mãe e filho se mantinham ligados.

Segundo Lacan ([1953-1954]1986), o primeiro tempo do Édipo é constituído por um outro; até então o indivíduo encontra-se em uma relação imaginária com a mãe, de que é o único objeto de desejo dessa, e que essa, por sua vez está à sua inteira disposição. Porém, tal mãe tem como função significar a esse filho o *nome do pai*, isto é, mostrar ao filho que o pai também lhe é objeto de desejo e assim fazendo com que o filho passe para o segundo tempo do Édipo, tempo em que este filho vai se apoderar do simbólico, devido a uma castração simbólica, ou seja, sua relação imaginária com a mãe será castrada pela presença de um símbolo, seu pai, que terá caráter de lei, gerando o recalque originário, o primeiro significante, o de que o filho não pode ser o objeto de desejo de sua mãe. E por fim, o terceiro tempo, o encerramento do Édipo, tendo assim o indivíduo sua estrutura clínica definida, e ocorrendo o processo dessa forma, será uma estrutura neurótica.

Contudo, Lacan ([1953-1954]1986) explica que o simbólico não alcança essa falta, resto do real que sempre emerge. O inconsciente é uma forma, e não um lugar ou uma coisa, ele é uma lei de articulação, e não a coisa ou o lugar onde essa articulação se dá. Explica ainda que o inconsciente foge à noção de substância, e que o termo conteúdo do inconsciente não diz de uma relação de conter ou estar contido, de continente, como na relação do imaginário da linguagem, característica do homem em relação à imagem, na ilusão, alienação que existe compreensão de que o que se fala passa pela cabeça, está no cérebro, é decodificado, entendido ou não pelo interlocutor, que é uma questão de qualidade de comunicação o que se diz, numa expectativa de reconhecimento, de completamento de si e do outro.

Dizer que uma representação é inconsciente ou que está no inconsciente significa que ela está submetida a uma sintaxe diferente daquela que caracteriza a consciência. Sendo assim, o corte produzido na subjetividade pela Psicanálise não deve ser entendido como a divisão de uma coisa em dois pedaços, mas como uma divergência de regimes, de formas, de leis. Portanto, o que define o inconsciente não são os seus conteúdos, mas o modo segundo o qual ele opera, impondo a esses conteúdos uma determinada forma. Lacan ([1953-1954]1986) elucida que o inconsciente não são forças instintivas biológicas e energia em forma anárquica. Diz que esse possui natureza simbólica, única capaz de responder às exigências de uma Psicanálise. Ao falar do caráter simbólico do inconsciente, elabora que só há o inconsciente se houver o simbólico. O acesso ao simbólico permite a condição necessária para a constituição do inconsciente e também do consciente. Inconsciente e consciente se formam por efeito de um mesmo ato, o simbólico corta o plano imaginário. É a aquisição da linguagem que permite o acesso ao simbólico e à consequente clivagem da subjetividade, sendo o real o que escapa ao imaginário e ao simbólico.

Lacan ([1953-1954]1986) atribui ao simbólico o papel de constituição do Sujeito, afirmando que o mundo simbólico, da palavra, é o lugar do sujeito, pois a condição do sujeito é definida e determinada pela fala. Então Lacan elabora sobre o inconsciente freudiano a noção de que o inconsciente só pode existir num ser falante. Portanto o sujeito do inconsciente, o sujeito do desejo, é aquele que fala, mas não como possuidor da verdade.

Nesse contexto, quando Lacan ([1953-1954]1986) emprega o termo *sujeito*, diferencia-o de “indivíduo”, “pessoa”, “personalidade” ou qualquer outro termo que

signifique unidade ou todo. O sujeito não é todo, ele é constituído como um efeito. Um efeito da intervenção do outro/inconsciente. Diz que o sujeito porta o outro na sua própria constituição, nele se aliena e dele se separa pontualmente, parcialmente, e nunca se faz um com o outro. O sujeito não se torna um, não se completa nem com o outro, nem com seu objeto. Nada o complementa, e quando da impressão de ser um sujeito completo, quando não parece faltar nada, pois nada demanda, solicita, se queixa, pode estar em estado de recusa ao outro, como o ápice de sua patologia. Cabe, portanto, a provocação psicanalítica e sua implicação para sair disso. Freud considera que o sujeito é uma abertura, é sobredeterminado, uma abertura ao outro.

Nesse sentido, a grande força motriz da ação de um sujeito, em Freud (1900), é a busca de retorno ao momento de satisfação plena, que nunca mais será revivido integralmente, como também essa busca é o substrato para toda a construção do aparelho psíquico, além da fonte de sua energia, na medida em que diz que somente um desejo pode impulsionar a trabalhar nosso aparato anímico. É Lacan quem vai explicar que o sujeito de que se fala é o do inconsciente, no qual o sujeito tem seu desejo interditado na dimensão do próprio corte, pois aí está seu inconsciente. Então, o que se manifesta por meio da linguagem é o ser do sujeito, o seu real, mas por meio do fantasma. Portanto, Lacan ([1959-1960]2008) afirma que a realidade humana é sempre uma realidade simbólica, que não há no campo do humano uma realidade bruta, podendo-se somente falar dela. Aquilo que o simbólico não alcança, diferentemente da realidade, é o real, o inatingível, impossível de se alcançar por meio do simbólico, tanto que o real é colocado como o outro do sentido. O que se pode alcançar do real são somente pedaços que aparecem, como os sintomas, por exemplo.

Lacan ([1957-1958]1999) propõe a ideia, “lá onde penso não sou”, elaborando e torcendo a noção do cogito cartesiano “penso, logo existo”, e introduz que o que é da ordem do inconsciente no cogito aponta uma separação entre ser e pensar, passando a consciência e a razão a representar o lugar do engano. Contribuindo para essa discussão, Jardim e Rojas Hernández (2010, p. 531) consideram que a relevância da Psicanálise é acentuada no seu interesse em abordar o que a ciência cartesiana deixa de fora, ou seja, “o sujeito da ciência é o sujeito que a Psicanálise se interessa em investigar, porque à Psicanálise coloca como objeto de investigação o inconsciente do sujeito”. Logo, é na dimensão da singularidade que se situa a Psicanálise.

Garcia-Roza (1984/2011) aponta que uma teoria científica não emerge de uma mera observação dos fatos. De acordo com o autor, aquele que procura conhecer determinado fenômeno está implicado subjetivamente, realizando uma observação a partir de um lugar teórico, o que possibilita produzir construções teóricas criadas com a finalidade de uma nova inteligibilidade. A proposta freudiana opera uma subversão nessa lógica de produzir conhecimento. A descoberta do conceito de inconsciente revela que algo escapa à racionalidade técnica, e a verdade do sujeito não se encontra na consciência.

5.2 Ética da Psicanálise como promoção de saúde mental

Freud (1917) diz que a Psicanálise pretende dar à Psiquiatria a base psicológica que lhe falta. A teoria psicanalítica espera descobrir o terreno comum que tornará inteligível o encontro de uma perturbação somática e de uma perturbação psíquica. Então, pretende considerar a constituição simbólica do sujeito. E Lacan (1964/1988) considera que o estatuto do inconsciente se dá como um conceito ético, com esse dependendo de um processo de produção no encontro entre sujeitos, no contexto da linguagem, e que estaria então articulado pelo resultado desse encontro, com o efeito da rede desejante que se faz quando se inquere a noção de inconsciente. Afirma em seu sétimo seminário ([1959-1960]2008) que tal efeito é indissociável da problemática da ética, ética essa que consistiria em pensar no que seria o sujeito pela sua definição, pelo próprio sujeito. Nesse contexto, a ética da Psicanálise corresponde a uma ética do desejo, mas que a ética do desejo não coincide com um imperativo de tudo gozar, de satisfação sem perturbação, mas, sim, de um confronto do sujeito com o julgamento de seu compromisso com seu dizer e seu agir.

Dias e Fingermann (2005) elaboram que a experiência da Psicanálise acolhe a queixa de quem sofre do não saber e a envereda na via do sujeito suposto ao saber possibilitado pela fala. Discorrem sobre quando o sujeito chega para atendimento e diz não saber quem é, ou não saber o que quer, e assim começam as análises com recorrentes questões de identidade à deriva, identificações falhas, fracassadas, encontros equivocados. A Psicanálise não vai interpretar essas questões e derivas do ser como signos distintivos da depressão, redução semiológica da qual a ciência médica se encarrega, mas vai levá-las a sério, no intuito de subvertê-las e demonstrá-

las como decorrentes da estrutura falha do humano, da falta do objeto de desejo, e não simplesmente relativas a circunstâncias infelizes, maldosas ou bioquímicas.

Constata-se na história da Psicanálise o movimento freudiano inicial de incluir a Psicanálise na denominação de ciência e, assim, afastá-la de ser confundida com qualquer saber especulativo. Moraes e Macedo (2011) consideram que o advento do inconsciente e os desdobramentos relativos ao uso de um método para acessá-lo levaram Freud a afastar-se, de forma progressiva e definitiva, da epistemologia científica positivista do final do século XIX. E para Birman (1992), nesse processo de distanciamento da Psicanálise em relação ao discurso científico vigente, o saber psicanalítico, como um discurso com a pretensão intelectual de se inscrever no logos da ciência, se deslocou para outro lugar simbólico, onde pretendia ser reconhecido como uma ética. Trata-se, segundo o autor, não de uma ética como uma moral, mas, sim, de uma ética do desejo que funda o sujeito desde a concepção do inconsciente. Logo, para a Psicanálise, são os impasses e a complexidade reconhecidos e afirmados nos meandros do desejo que instituem, definitivamente, seu caráter investigativo e análise.

Segundo Conte (2004), Freud iniciou seu trabalho como método de investigação de sintomas, evoluindo a um método de tratamento e à proposição de uma nova ciência. Ao se distanciar de uma concepção consciencialista e de uma lógica causal sobre compreensão dos fenômenos humanos, a Psicanálise se consolidou como uma nova modalidade de investigação e análise cujas técnicas também seguem uma especificidade ao se aproximar de seu objeto de estudo, o inconsciente.

Lacan ([1959-1960]2008) acrescenta contribuições importantes à discussão sobre o que é ética na Psicanálise. A lógica do sujeito do inconsciente não pode ser desconsiderada quando se fala em Psicanálise, uma vez que é nela que reside a sua especificidade. Dessa forma, a ética em Psicanálise tem como fundamento a pressuposição de liberdade e é composta de uma reflexão profunda sobre o desejo do analista como uma condição para o processo de análise referente à sua disponibilidade para produzir questionamentos sobre si mesmo e sobre o laço social. Ética que conduz o agir do psicanalista, para que esse não problematize a partir de inquietações em relação ao aparente das ações humanas, mas questionar os sentidos latentes no discurso dos sujeitos, sendo esse um traço fundamental da ética do psicanalista: suspender o juízo sobre o ato de seu analisante, e assim poder tomar

uma posição de imparcialidade que viabilize ouvir sem restrição o que esse tem a dizer. O resultado de tal posição, assim mostra o trabalho clínico cotidiano, viabiliza que o sujeito possa efetivamente tirar as consequências do que significa se entregar ao ato de falar para um outro que suporta ouvi-lo. O que emerge de tal exercício é a dimensão da verdade que até então se mantinha emudecida.

Conte (2004) lembra que o próprio conceito psicanalítico de inconsciente demonstra que não é possível reduzi-lo a um conhecimento absoluto, já que nem tudo é dito, nem tudo é conhecimento, nem tudo pode se reorganizar no psiquismo, porém a intervenção faz revelar algo, recoloca, no processo, novos elementos. Em Psicanálise, um processo de escuta é fundamentado na capacidade de investigação dos processos psíquicos inconscientes. Na base da formação do psicanalista está sua condição de investigador, enfatizando-se, assim, o papel decisivo de escuta do sujeito de inconsciente. Dallazen et al. (2012) abordam a inviabilidade de um processo analítico frente à imposição de um desejo específico do analista. Quando o psicanalista inclui numa sessão um pedido que é regido por seu interesse de pesquisar um tema ou um sujeito, a ética própria à Psicanálise é rompida, já que não estaria mais sendo abstinente e neutro para exercer a escuta. O analisando teria que lidar com uma demanda que não é sua, não sendo o que lhe traz à análise, comprometendo, assim, a transferência e o vínculo de confiança necessários para o andamento do processo. Então, Lacan ([1967-1968]2003), ao cunhar a expressão “desejo do analista”, criou mais que um conceito, desenvolveu um articulador ético. Para o autor, ao manter o enigma de seu desejo, o analista permite que a função do desejo, como proveniente do lugar do outro, possa se manifestar. Castro (2013) salienta, fundamentando-se na concepção lacaniana sobre a ética do desejo, que, na clínica psicanalítica, o analista deixa o analisante permanentemente a desejar por e para ele, sendo o desejo do analista, o desejo de nada. Dallazen et al. (2012) referem que o desejo do psicanalista não pode se sobrepor ao do analisando na condição de exercício da escuta clínica, tampouco quando estiver ocupando a posição de pesquisador. Logo, mediante a observância desses aspectos, as regras de abstinência e neutralidade que conduzem a escuta analítica ficam preservadas, garantindo ao analisando um espaço de respeito e assegurando a especificidade de deixá-lo desejar a partir de si mesmo.

Então, quando Freud se propôs a tratar seus pacientes, não investigando seus organismos, mas incentivando a associação livre, ele mudou radicalmente a

concepção de como lidar com os pacientes, não os considerando apenas como objeto de investigação, mas estabelecendo com eles uma relação. Fundamentalmente, a Psicanálise é uma relação entre falantes, ou seja, é uma ciência humana, pois só o ser humano é um ser falante. O inconsciente é uma noção que Freud criou para dar conta dos fenômenos da linguagem, como atos falhos, sonhos, esquecimentos, sintomas, principalmente os sintomas orgânicos, histéricos, inicialmente. Essas manifestações são objetivas, mas isso não é o inconsciente, são efeitos do inconsciente. Então, o que Freud descobriu é que para lidar com os sintomas histéricos, ele precisava pôr em funcionamento a linguagem dessas pessoas. E pôr em funcionamento a linguagem na relação com ele, e não estudar objetivamente a linguagem dessas pessoas, mas fazer com que elas pudessem lidar com a transferência, que é um fenômeno inconsciente.

O que a Psicanálise faz, em relação a qualquer queixa e, nesse sentido, traz uma contribuição importante em relação à concepção de doença que o nosso mundo ocidental tem, é implicar o doente em sua doença. E aquilo que acontece com o corpo, aquilo que acontecia nos sintomas histéricos que Freud investigava, tem a ver com a história do sujeito, portanto, ele está implicado no sintoma. É isso que a Psicanálise faz ver, que o sujeito para entrar em análise tem que mudar a posição em relação à concepção que traz na relação com o analista. Então, o analista, sabendo disso, vai conduzir, dirigir a análise, para que a pessoa não espere dele uma resposta, um saber, um conhecimento científico, um conhecimento curativo, mas o analista vai fazer com que a pessoa se torne, de certa forma, ela mesma, um analista de si. É isso que vai ocorrer no fim da análise. O sujeito traz em si as razões de seus sintomas, e é ele que pode realmente, não só investigá-los, mas superá-los naquilo que for possível. Freud percebeu que, à medida que os sujeitos falavam de seus sintomas, esses mesmos sintomas iam desaparecendo sem que ele tivesse feito nada mais diretamente, em caráter mais incisivo, cirúrgico, medicamentoso. Quer dizer, o fato de o sujeito falar, ou seja, a fala produzia efeitos terapêuticos.

É nesse sentido que a noção de cura para a Psicanálise é diferente da noção de cura em medicina. Para a medicina a cura é realizada pelo médico, a alta é dada pelo médico. Em Psicanálise não é possível fazer isso, pois é proposto que é o próprio analisante quem está se curando, isso mesmo no caso de se manter a noção de *cura*, pois esta supõe um reestabelecimento de algo perdido, da saúde perdida. E a Psicanálise enfatiza que o perdido é muito anterior ao próprio sintoma. O perdido é o

real humano, que ao ser atravessado pela linguagem, introduz, na sua realidade, uma falta, isto é, introduz o desejo.

Entretanto, o que pode ser evidenciado, hoje, nos locais, nas instituições desta pesquisa, os CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, não foge ao momento social em que vive boa parte do planeta. Pode-se perceber que, apesar da presença e influência da Psicanálise em algumas propostas psiquiátricas, esse saber médico procurou se organizar baseando-se sobre o que dizer sobre o outro, contrariando a ética da Psicanálise. Há um distanciamento sistemático com a fala do sujeito. O ser humano, mesmo com a ideia de posse de uma sociedade civilizada e concepção de avanços, está tratando os efeitos da angústia de ser, por meio de laços sociais que emudecem, ou seja, a fala é tomada por comprimidos que prometem alta performance, mas não a da linguagem do inconsciente. Dias e Fingermann (2005) trazem a ideia de que o tratamento oferecido nos serviços substitutivos, sem o devido retorno à falta, é explicado como a política do bem-estar, tipos de terapias que, ao desconsiderar esse princípio humano posto pela Psicanálise, podem conduzir ao pior da demanda. Freud (1911) adverte acerca do analista, dos perigos sobre o desejo de cura, a ambição de fazer o bem. A ética da Psicanálise é a ética do desejo.

Para Lacan ([1959-1960]2008), o bem que é inconscientemente buscado nas estruturas sociais não existe. Diz que o âmbito dos bens é aquele do nascimento do poder, e denomina de “serviços dos bens”. Declara que a ética da Psicanálise está além disso, pois se essa garantir que o sujeito possa encontrar seu bem, tem-se, então, uma espécie de trapaça. O autor é enfático ao “não ceder quanto ao seu desejo”, pois a ética da Psicanálise propõe ao analista acolher, mas não responder à demanda que lhe é dirigida pelo analisando. Afirma que a pretensão de cura não leva em conta o desejo inconsciente do sujeito e seria manifestação do próprio analista produzindo um saber no analisando, aquém da verdade. Nesse sentido, diz que a ética da Psicanálise, como ética do desejo fundada no referenciamento da ação humana ao real, não parte de ideais. Ela não propõe regras, nem normas de conduta, mas prepara para a ação moral, entretanto sem estabelecer caminhos.

Sendo assim, a proposição em relação à ética da Psicanálise em contribuição aos serviços de atenção psicossocial não se faz como doutrina, ou algo que se assemelhe, porém como contribuição para além da luta antimanicomial, na tentativa de atenuar o retorno ao paradigma da Psiquiatria tradicional, que traz o foco de sua atuação sobre a “doença” e discutir o tipo de sujeito dito pela Reforma Psiquiátrica,

pois se acredita, pelo exposto aqui, não ser o mesmo sujeito do inconsciente. A reforma propõe quebra de paradigma em sua dimensão teórico-conceitual, em seu modelo de atenção trazendo novas responsabilidades para com os sujeitos em tratamento, sob uma lógica de oferecimento de atenção integral, como princípio fundamental de preservação dos seus direitos. Visa a não se comprometer com a doença pura e simplesmente, voltando-se para o sujeito, levando em conta suas especificidades, seus projetos individuais e sua história de vida. Contudo, a Psicanálise mostra que o sujeito do desejo é resultado e expressão de sua história, isto é, efeito dela, não senhores absolutos e conscientes.

Roudinesco (2000) discorre sobre a “derrota do sujeito”, em que esse busca vencer o vazio de seu desejo por meio da psicofarmacologia, psicoterapia, homeopatia, entre outros, sem refletir sobre a origem de sua infelicidade. Tenta curar seus sofrimentos psíquicos, normais ou patológicos, sem se apropriar que a morte, as paixões, a sexualidade, a loucura, o inconsciente e a relação com o outro moldam a subjetividade de cada sujeito, para se constituir sujeito. E que essa intenção de cura não pode ser finalidade de ciência digna, além de sua condição impossível. A autora diz que a Psicanálise mostra o avanço da civilização sobre a barbárie, restaurando a ideia de que o homem é livre por meio da fala e de que esse não está restrito em seu fator biológico. E que hoje são enfrentadas pretensões obscuras que almejam reduzir o pensamento somente às estruturas cerebrais, ou confundir o desejo com manifestações neuroquímicas.

Sobre a medicalização do sujeito, Dias e Fingermann (2005) interrogam sobre a causa da aceitação sem interrogação do mesmo deprimido, por exemplo, se apresentar associado à medicação, dizendo que, ao aceitar essa condição como natural, deixa-se de considerar que a medicação, assim utilizada, participa do apagamento do sujeito. Há, portanto, o silenciamento do sentido do sintoma, impedindo que o sujeito mantenha ligação com o significante. O sujeito passa a não querer saber, somente buscará o silêncio, que o incômodo, primordial para seu tratamento, passe. Roudinesco (2000) descreve que, embora os psicotrópicos não curem nenhuma doença mental ou nervosa, tais substâncias químicas revolucionaram as representações do psiquismo, pois moldaram um novo homem, polido e sem humor, esgotado, evitando suas paixões e envergonhado porque não se encaixa no padrão estabelecido. Procura o que lhe falta em receitas médicas gerais e especialistas em psicopatologia, mas sem a relação com o desejo; só é normalizado,

tamponado em sua dor pelos remédios que atendem aos sintomas do sofrimento psíquico sem a busca de significação.

Dias e Fingermann (2005) admitem que a medicação não é apenas um ato médico isolado, apontando que ela participa como medicalização do silenciamento do sujeito no laço social, pois, a partir desse, uma das formas de participar é a de se apresentar como o doente, o deprimido, associado ao ser. Contextualiza, enfatizando a aceitação de tal movimento, quando do contrário ninguém inclui sua condição de canceroso, por exemplo, para se apresentar ao outro. Diz que o sujeito, pela depressão, adquire um lugar junto ao outro/inconsciente da ciência, outro esse que participa da regulação da atualidade. Afirma que há problema em colocar o sujeito nesse lugar, pois esse não é falado pelo outro, mas também acaba por ser nomeado em seu ser, sendo assim a determinação do discurso da ciência. A nomeação pela ciência é dada por meio da medicação como significante, e é ela que agora fala pelo sujeito, ou seja, o sujeito se diz a partir dela. O autor diz que a medicação foraclui o sujeito, ao deixar inteiramente de lado a implicação subjetiva de quem fala. Nesse contexto, Roudinesco (2000) considera que hoje em dia, a psicofarmacologia está à frente de uma espécie de imperialismo, em que autoriza que todos os médicos abordem da mesma maneira todos os sofrimentos, sem se apropriarem de que tratamentos esses dependem. Assim, elabora que psicoses, neuroses, fobias, melancolias e depressões são tratadas pela psicofarmacologia como se fossem apenas um aglomerado de estados ansiosos, lutos de qualquer sorte, crises de pânico, nervosismo, devido ao cotidiano num ambiente difícil.

Sobre as relações no espaço dos CAPS, cabe dialogar sobre os laços sociais estabelecidos nesses locais. O laço social se configura como o enlaçamento, uma ordenação singular de significantes, que por um lado medializa e, por outro, sempre localiza um resto a ser dito, um dizer que fica fora. O laço social depende do destino reservado por um indivíduo ao que falta falar, ou parte falada. Segundo Lacan ([1969-1970]1992), o que faz o laço social é o discurso, como uma estrutura linguageira que organiza a comunicação e especifica as relações do sujeito com os significantes e com o objeto, sendo determinante para o sujeito e regulador das formas do laço social. Então, dessa forma, pode-se dizer que, cada vez mais, a violência no laço social contemporâneo é organizada pelo discurso capitalista e pelo discurso da ciência. No discurso do capitalista, o sujeito do inconsciente, sujeito de desejo, é visto exclusivamente segundo sua potência fálica de consumidor manipulável pelo

marketing, alienável no gozo de consumo dos objetos ofertados. O discurso da ciência, por sua vez, se funda sobre a foraclusão do sujeito de desejo, que exclui a singularidade do sujeito do desejo, assim como o aliena de sua implicação e responsabilidade por seus atos. É o discurso do analista que vem recolher, pela escuta, o sujeito de desejo foracluído pela universalização que o discurso da ciência introduz, ou que o discurso do capitalista cala pela mercantilização do desejo com a oferta de consumo de toda sorte de objetos que fazem semblante ao obscuro objeto do desejo. Segundo Hannah Arendt (1963/1999), os discursos totalitários alienam o sujeito, privando-o da capacidade de pensar, portanto a função do psicanalista é apontar o impossível, o que abre caminho para a simbolização da falta, dando lugar para o sujeito de desejo e minimizando as ilusões com que o laço social procura recobri-lo.

Ainda sobre o ambiente dos serviços substitutivos e seus laços sociais, Roudinesco (2000) descreve que, em nome da filiação à psicofarmacologia, a Psiquiatria abandonou o modelo nosográfico em favor de uma classificação dos comportamentos. E diz que a consequência foi a redução da psicoterapia a uma técnica de supressão de sintomas e consequente valorização empírica e ateórica dos tratamentos de emergência, não condizentes com as pretensões da Reforma Psiquiátrica. A autora narra que a medicação sempre está presente tanto para a crise quanto para um estado sintomático, que não importa qual a situação, angústia, agitação, melancolia ou ansiedade, são tratados primeiramente os traços visíveis da doença, depois sua supressão, e finalmente a não investigação de sua causa leva o paciente para uma posição cada vez menos conflituosa, logo, mais depressiva. Diz que no lugar das paixões é colocada a calmaria, em vez do desejo, sua ausência, e onde era para ser sujeito, o nada, e sobre a história, a estagnação. E, com isso, denuncia que o profissional de saúde não se ocupa mais com a longa duração do psiquismo, não tem mais tempo, pois de acordo com a sociedade liberal, mercadológica e depressiva, o tempo desses significaria contato, um contato com o outro e com os outros.

Reafirma-se que o sujeito é tratado como usuário nos serviços de saúde mental, seu nome é pouco utilizado nos prontuários, nos discursos dos servidores; o termo é tido como alternativa melhor a paciente, cliente ou outro qualquer. Porém, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2018), *usuário*, substantivamente, diz daquele que por direito pode usar e, adjetivamente, é algo que

serve, que é próprio para uso e ainda de quem tem apenas o direito de uso, não a propriedade. Portanto, levando em consideração o esboçado pela Psicanálise, o termo fala apenas de demanda, de um querer usar, necessidade de usar.

Parece estranho falar de nome quando se está problematizando universalização e diferenciação, já que todos possuem nome, e esse não é escolhido por quem o recebe, além de também indicar a cidade do sujeito, “seu lugar”, ser afirmado como direito e suas implicações jurídicas. No entanto, é justamente desse registro anterior de que se trata o assunto; o nome, por exemplo, em sua intricada rede de significantes, única para cada sujeito, o desloca do coletivo e o inscreve em uma linhagem, cultura, lei, esse com seu nome e por seu nome, e principalmente pelo desejo, não é apenas mais um cidadão, um usuário, um diagnóstico. Com o nome, o sujeito é chamado pelo que o antecede, sua origem, memória, significante e as relações do mundo com essas histórias e inscrições a partir dessas e do desejo envolvido a partir do próprio nome. Lacan (2008) enuncia que a ética da Psicanálise suspende, resiste ao exercício do poder, da dominação do outro, doutrinação do outro, e sobre a direção da consciência.

6 RESULTADOS E ANÁLISE

Com a intenção de responder ao problema e aos objetivos, nesta pesquisa os dados coletados previamente foram analisados por meio da análise categorial, que, conforme Bardin (2011), consistiu-se no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A opção pela análise categorial se respalda no fato de esta alternativa permitir estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, por meio de dados qualitativos. Portanto, a interpretação dos dados se deu pelo método análise de conteúdo. O processo de formação das categorias se concretizou da forma prevista por Bardin (1977), isto é, após a seleção do material e a da leitura flutuante, a exploração foi realizada por meio da codificação. A codificação se deu em razão da repetição das palavras, frases e expressões, que, uma vez trianguladas com os resultados observados, foram constituindo-se em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva.

Os sujeitos atores desta pesquisa foram os usuários e servidores dos serviços substitutivos de saúde mental de Araguaína-TO, Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III), respondendo a entrevistas individuais que questionavam sobre a percepção e concepção de saúde mental, práticas profissionais, teorias e cotidiano que envolvem o acolhimento e ações nos referidos serviços públicos.

Os usuários foram:

Fernanda: mulher transexual, 35 anos, desempregada, ensino médio completo, parda, moradora da periferia de Araguaína-TO juntamente com seus tios. Em acompanhamento no CAPS AD III há mais de um ano;

Dolores: mulher, 54 anos, possui um pequeno dormitório no centro da cidade com seu companheiro, negra, não alfabetizada. Em acompanhamento no CAPS II há um ano;

Amanda: mulher, 34 anos, desempregada, negra, estudou até a sexta série do ensino fundamental, moradora da periferia juntamente com seu companheiro, que também está em acompanhamento no CAPS AD III há mais de seis meses;

Kleber: homem, 42 anos, desempregado, negro, mora com o irmão, estudou até a oitava série do ensino fundamental. Em acompanhamento no CAPS AD III há quatro anos.

Os servidores foram:

Pedro: homem, 37 anos, pardo, ensino superior, especialista. Servidor do CAPS AD III há cinco anos;

Carla: mulher, 45 anos, parda, ensino superior, especialista. Servidora do CAPS II há vinte anos;

Suzy: mulher, 56 anos, parda, ensino superior, especialista. Servidora do CAPS II há vinte anos;

Manoela: mulher, 34 anos, parda, ensino superior. Servidora do CAPS II há dez anos e do CAPS AD III há dois anos;

Roberto: 36 anos, pardo, ensino superior, especialista. Servidor do CAPS AD III há cinco anos.

A interpretação dos dados ocorreu por meio do método análise de conteúdo, a partir das entrevistas. Essas interpretações resultaram nas categorias que seguem no quadro abaixo.

Quadro 01 - categorias de análise

<table>
<tr><th>Iniciais</th><th>Intermediárias</th><th>Final</th></tr>
<tr><td>Rotulação diagnóstica</td><td rowspan="3">I. Medicalização</td><td rowspan="4">I. Fragilização da cidadania</td></tr>
<tr><td>Silenciamento dos sintomas</td></tr>
<tr><td>Medicamento como tratamento</td></tr>
<tr><td>Riscos e as zonas de transição da coesão social</td><td>II. Vulnerabilidade</td></tr>
</table>

Fonte: O autor (2019).

6.1 Categorias iniciais

As categorias iniciais se formaram a partir das primeiras impressões acerca da realidade pesquisada, tendo como objeto de análise as entrevistas transcritas. Do processo de categorização, resultou um total de quatro, que fornecem suporte para as próximas, ou seja, as intermediárias. Cada uma delas é formada com base nos trechos selecionados das falas dos entrevistados e conta com o respaldo do referencial teórico.

6.1.1 Rotulação diagnóstica

Essa categoria revela quando o sofrimento do sujeito é desconsiderado, e ele passa a ser visto e tratado a partir do diagnóstico que recebe e seus sentimentos em relação à situação vivida são descartados em favor de uma rotulação médico-patológica a ser tratada. Considere-se, a seguir, o primeiro recorte discursivo.

> Fernanda: O que me trouxe aqui no CAPS foi igual eu te falei eu vivi dezoito anos da minha vida nas drogas, usando crack, me prostituindo, até então eu não aceitava que eu era problemática, que eu era drogada que eu tinha um problema, quando as pessoas vinham falar pra mim eu ficava era com raiva, me intrigava e tudo, ficava agressiva [...] Quando eu cheguei um belo dia em casa, tinham tocado fogo na minha casa, não sei o motivo, acredito que seja pessoal com preconceito, aí quase enlouqueci, eu fiquei doida, queria me matar, queria morrer, não sei o que ia fazer da minha vida, aí o meu colega que é meu amigo, que ele é trans também, ele falou 'Não, vou te levar no CAPs não sei o quê'. Logo tudo que acontece já sai nas redes sociais né, já tava a minha cara e tudo que tinha acontecido, ele que me trouxe pra cá, disse que ia conversar com um psicólogo, que eu tava muito louca, queria era morrer, aí já aproveitou pra me tratar com esse problema das drogas, aí eu comecei a vim só por vim, eu achava que ia morrer naquele dia que não tinha jeito pra mim, uma que eu não tinha vontade de mudar, num tem?

A noção prévia de que Fernanda é "problemática", proferida por ela mesma e relatada na intenção de ajuda de seu amigo, aponta a busca de um enquadramento diferenciador entre "saúde" e "doença". Ao se diferenciar "saúde" e "doença", lugares diferentes são definidos. A rotulação diagnóstica servirá como um "crivo", separando saudáveis de doentes. O direcionamento dado ao auxílio de Fernanda é caracterizado por um rótulo que irá separá-la dos demais, pois ela passa a ter um diagnóstico que a define como: dependente química – "drogada". As relações vividas por Fernanda passarão por essa rotulação.

Nesse contexto, Fernanda relata que um dia, ao retornar para casa, encontrou-a em chamas. Ela descreve que desconhece quem ateou fogo em sua casa, mas acredita que a motivação foi o preconceito por ser transexual. Nota-se, a partir do olhar da entrevistada sobre as pessoas em seu cotidiano, que os motivos de Fernanda ter passado dezoito anos se prostituindo, sua raiva e agressividade foram desconsideradas em inferência, atribuindo as causas das questões pertinentes à locutora ao uso de drogas.

As providências tomadas em atenção à Fernanda quando do episódio do incêndio de sua casa se deram a partir do rótulo que a precede, nesse caso, o rótulo que a diagnostica como doente. Sua dor e tristeza pela perda de seus pertences são

tratadas a partir de uma situação/causa deslocada da questão em que a entrevistada diz ter causado desespero. Aparentemente, tais acontecimentos catastróficos são esperados na vida de quem está “doente”, e o foco pauta-se por um diagnóstico que limita a visão em relação ao sujeito para além dessa rotulação.

Fica evidente o enfoque do rótulo médico-patológico sobre o caso de Fernanda quando ela, em seu relato, deixa aparente demais queixas não amparadas. Ela aponta que desconhecia a nomenclatura do lugar onde receberia cuidados: “Caps não sei o quê”, ou seja, não conseguiu associar o lugar à sua situação. Também descreve que “aí já aproveitou para me tratar com esse problema das drogas”, o que sugere busca de atenção para outras necessidades trazidas pelo incidente relatado: vontade de se matar, recuperação de seu lar, etc. Pode-se inferir que, em circunstâncias semelhantes, uma pessoa sem o rótulo diagnostico, isto é, considerada “normal”, não seria encaminhada para um centro de atenção psicossocial, como no relato, em busca da ratificação da rotulação diagnóstica e tratamento para tanto.

A seguir serão considerados os dizeres de Pedro, servidor do centro de atenção psicossocial, acerca da pergunta nº 02 do roteiro.

> Pedro: bom... aqui houve muita mudança de paradigma sobre doença e sobre direcionamento pra doença... aqui o nosso direcionamento é pro paciente, mas a nossa maior dificuldade [...] encontro uma imensa dificuldade no convencimento em que ele tem uma do-en-ça... por todo o estigma... por todo o preconceito social secular que existe em cima das doenças que envolvem a saúde mental... as patologias que envolvem a saúde mental... os transtornos... principalmente o alcoolismo... é onde a gente enfrenta mais dificuldade... em tentar convencê-lo em que ele enfrenta naquele momento um processo patológico... e como como qualquer outro processo patológico a gente deve tratá-lo.

Pedro discorre que apesar da consideração em torno da busca pela quebra de paradigma por parte dos serviços de atenção psicossocial, ainda se busca nestes o direcionamento dos usuários do serviço no sentido de esses se enquadrarem como pertencentes a uma classificação de doentes, ou seja, sejam classificados por um diagnóstico. A partir da percepção do entrevistado sobre o serviço, percebe-se a iniciativa pelo tratamento baseado em uma rotulação diagnóstica, que por sua vez, traz a doença como ponto central da vida do sujeito.

Pedro percebe que para acolher os usuários é necessário que esses se percebam doentes, que entendam que precisam de tratamento. Fica claro que a intenção não é necessariamente a da implicação do sujeito em seu tratamento, mas de que esse necessita de ajuste em sua performance que até então encontra-se,

segundo o entrevistado, em “processo patológico”.

É possível constatar na fala de Pedro a ideia de enfrentar preconceitos que atingem os sujeitos em sofrimento mental por meio do convencimento de que estão doentes. No entanto, parece paradoxal quanto à intenção de mudança de paradigma em relação à Psiquiatria tradicional focar na busca de uma identificação patológica. Tal situação estigmatiza o sujeito contrariando o que é debatido pela Reforma Psiquiátrica no que diz respeito a não considerar a doença como objeto para o tratamento psicossocial.

É possível inferir ainda dos dizeres do entrevistado que, ao considerar um sujeito como doente, compreende-se esse por meio de uma gama de critérios que formulam um diagnóstico. Portanto, o sujeito em sofrimento psíquico passa a carregar o rótulo de uma doença, uma identificação diagnóstica. E por meio dessa tem seu sofrimento desconsiderado e passa a ser tratado como desajustado de acordo com os parâmetros descritos em seu diagnóstico.

A seguir, serão considerados os dizeres de Carla, profissional do centro de atenção psicossocial, referentes à pergunta nº 08 do roteiro com os profissionais na seção *prática profissional e caracterização da teoria*.

> Carla: o que eu entendo aqui por diagnóstico é:: a parte que o médico vai dizer né, vai te categoriza aí como uma doença né [...]. Eu acho que pra:: você ficar sabendo, Eduardo, realmente qual é o teu problema, né, se diz no diagnóstico se é uma esquizofrenia se for uma depressão aí tu vai saber como abordar, né, não sei se isso é uma coisa boa pra quem recebe né esse diagnóstico, mas é pra isso que ele serve.
> Eduardo: tu acreditas ser importante?
> Carla: eu olhando aqui não pra saúde mental, mas as questões clínicas de outros lugar que a gente anda você não costuma receber esse, não vou dizer número, o diagnóstico você recebe né, ah, você tem diabetes, né, então ele é importante pra saber o que realmente você tem, mas eu vejo um prejuízo do diagnóstico porque aí quando tu recebe ele, hoje eu vejo assim que o usuário, ele se intitula com aquilo, ‘ah, mas eu tenho isso, isso, isso e aquilo’ e o diagnóstico muitas vezes ele precisa de tempo pra que você diga que tu é aquilo ou não.
> Eduardo: e tu falaste com um número, que número é?
> Carla: o número que eu digo é o diagnóstico, por que aí tu vai pegar () e vai dar em um número () fulano de tal [...] eu já ouvi, ‘eu tenho F31’, que é o transtorno afetivo () se não me falhe a memória é ele, né; outros dizer ‘Ah eu tenho F20, eu tenho esquizofrenia’, e tem muitas vezes a gente ouve até em questões de benefício que diagnóstico vai ser aprovado ou não, então de repente isso já faz até com que tu queira, se for usuário a ter aquele diagnóstico sem ter mesmo nem conhecimento de que doença é aquela.

Carla discorre sobre a categorização que ocorre por meio do diagnóstico. Ela aponta que esse serve para saber “realmente qual é o seu problema” e para nortear a abordagem, ou seja, o tratamento ao sujeito.

É possível ver a exemplificação de rotulação diagnóstica quando Carla relata sua percepção de que os usuários do serviço ao receberem um diagnóstico passam a se identificar com ele. Ela percebe que eles se apresentam dizendo que possuem determinada doença, que são o próprio diagnóstico, ou até mesmo o código referente à patologia descrita no DSM, transformando-se no rótulo que lhe é empregado.

Carla percebe outra implicação da rotulação diagnóstica no que diz respeito à exploração do estigma referente a esse. Ela discorre que os sujeitos em sofrimento mental, por vezes, se “beneficiam” com recebimento de benefício previdenciário por serem diagnosticados como doentes. Por isso, são rotulados como incapazes de trabalhar e aceitam tal condição constituída no engessamento da subjetividade de serem os que lhes foi dito.

Para melhor compreensão, também foi buscada, por meio de entrevista e análise, a percepção de Dolores, usuária do CAPS II, e, a seguir, serão considerados seus dizeres:

> Eduardo: a senhora acha que teve esse estresse, que a senhora está chamando de estresse por conta do?
> Dolores: do meu filho, por ver o sofrimento dele, e na época eu sempre (digo) para todo mundo, eu não quero que ninguém acredita mas aqui no CAPS, todo mundo, esses funcionários mais velhos me ajudaram muito nessa época, eles fizeram muito por mim, a Flávia pegou meu filho colocou no carro levou para São Francisco, então, o João dizia assim lá em casa: ‘eita, vai conversar com a Flávia, não é obrigado tu ficar lá, tu conversando com a Flávia, que tu gosta dela e ela cuidou do teu filho, ela cuidar’.
> Eduardo: e ele está onde hoje, o seu filho está onde hoje?
> Dolores: ele está em uma clínica.
> Eduardo: em Belém do Pará?
> Dolores: é, ele veio para ficar aqui, mas ele não acostuma, ele diz que a clínica lá é a casa dele.
> Eduardo: ele está com quantos anos hoje ele?
> Dolores: ele está com trinta e dois.
> Eduardo: e tem quanto tempo que ele está nessa clínica lá, quanto tempo tem que ele está na clínica em Belém?
> Dolores: eu acho que tem mais:: de dez anos, ele vai e volta, eu já fugiu
> Eduardo: ah ele já fugiu de lá?
> Dolores: fugiu, ficou na rua, quem achou foi caminhoneiro ou foi carro pequeno, ele andando largou ( ) aí um funcionário lá da clínica - - faltou remédio - - e foi levar um lá no hospital Gaspar Viana, lá em Belém, chegou lá topou com ele amarrado, estava todo amarrado, sujinho, ele é assim da sua cor dos olhos verdes, aí o:: foi o médico ou a enfermeira que disse que tinha (fugido), quando chegou aqui nós dizia que ele era um negro com olho dessa cor bonita, quando começaram a (coisar) passou três meses andando, quando ele dá crise ele não come, só bebe.
> Eduardo: e disseram que ele tem o quê, que ele sente o quê?
> Dolores: bom, quando trouxe ele para cá - - nesse tempo era a doutora Ana Vitória, hoje ela foi para Cuba, que naquele tempo tiraram os cubanos né - - ela disse que era desde pequeno, ele nasceu com (distúrbio) desenvolveu com quinze anos, mas ele é uma pessoa que conversa com todo mundo, ninguém diz que ele tem, mas só que quando ele dá crise ele não mexe com nada de ninguém, o negócio dele é pegar as BRs, se deixar ele vai embora.

Dolores diz de sua situação a partir do relato sobre o filho. Discorre de acordo com as ferramentas das quais dispõe, revelando a necessidade de se enquadrar por meio de um diagnóstico quando pontua que está em acompanhamento devido a estresse. A senhora Dolores não consegue citar qual o diagnóstico elaborado pelo seu atendimento no centro de atenção psicossocial, mas descreve a sua relação de vida envolvendo delírios e alucinações como estresse motivado pelo laborioso cuidado que destina a seu filho.

Percebe-se que a explicação de Dolores é remetida ao que acredita ser a causa de seu sofrimento, mas, ainda assim, precisa definir pela insígnia de um diagnóstico, mesmo que não necessariamente referendado pela instituição que oferece seu tratamento, porém, percebe que para estar ali, precisa definir-se, e como ela, os outros ao seu redor. Tanto é assim que a senhora Dolores também classifica seu filho com estresse.

A percepção da redução promovida pela rotulação diagnóstica é notada quando Dolores diz mais de seu filho para além do estresse (apesar desse), discorrendo que ele é uma pessoa sociável, e o compara à “normalidade”, colocando como imperceptível seu sofrimento mental aos que convivem com ele. Contudo, a senhora Dolores traz em seu discurso o momento em que foi imputado ao seu filho o diagnóstico como doente, sendo lhe conferida tal condição desde o seu nascimento.

No próximo recorte, serão considerados os dizeres de Roberto, servidor do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III – 24h, referentes à pergunta nº 01 do roteiro com os profissionais do serviço.

> Eduardo: eu gostaria que tu me dissesses, Roberto, seguindo aqui é, qual seria a tua concepção de saúde mental, o quê que é saúde mental pra ti, o que tu acreditas que seja?
> Roberto: saúde mental ... em termos ...
> Eduardo: filosóficos, técnicos, científicos, pessoais.
> Roberto: em termos de saúde pensando na perspectiva profissional ele é um ... eu acho que ele é uma doença que se torna fisiológica – vamos dizer assim – mas que tem determinantes sociais muito envolvidos, né, que a sociedade marginaliza essa concepção, né, não vê a saúde mental como um processo de adoecimento, de doença mesmo, né, acho que existe muito esse preconceito em relação a esse conceito de saúde mental, então acaba que se ... se pega muito no tratamento medicamentoso – vamos dizer assim – e como eu falei acho que o determinante social ele é muito importante nesse processo de adoecimento da saúde mental, hoje a saúde mental apesar das transformações da própria política que eu vejo que foram transformações mesmo pela política normativa não sei como poderia dizer, mas que hoje ainda existe um papel muito centrado na figura do médico, do remédio e a gente vê hoje um processo de enfraquecimento mesmo cuidado.

De acordo com a percepção de Roberto para definir o que seria saúde mental, essa deve ser colocada primeiramente como doença; apesar dos discursos que estruturam os laços sociais envolvendo o sujeito em sofrimento mental, esse deve entender que é doente.

Nesse mesmo contexto, Roberto segue explicando a naturalização do diagnóstico estabelecido, apontando que o preconceito existe por falta de maior entendimento de uma doença, dizendo também sobre a importância em relação à determinação social para o adoecimento, porém, que os avanços para o cuidado dos sujeitos que demandam auxílio no serviço de atenção psicossocial não venceram o objeto médico, ou seja, a doença. Portanto, ainda se utiliza do reducionismo do diagnóstico biológico, o que, segundo percepção de Roberto, enfraquece a possibilidade de cuidado almejada pela instituição de atenção à saúde mental.

Prosseguindo a análise, serão considerados os dizeres de Amanda, usuária dos serviços do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III – 24h, referentes à pergunta nº 03 do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: e como foi para você vir para o CAPS?
> Amanda: porque eu estava muito magra, estava muito agoniada, não dormia, não comia, não tinha paz, não tinha sossego, então eu tive o encaminhamento da doutora de lá.
> Eduardo: de lá da onde?
> Amanda: de Nova Olinda pra mim vir para cá.
> Eduardo: tu moras em Nova Olinda?
> Amanda: agora eu estou morando aqui, porque eu queria fazer o tratamento lá de perto e a gente veio de lá para cá porque ele era usuário.

Amanda relata que recebeu atendimento em relação à sua saúde em seu lugar de origem, mas que foi encaminhada para Araguaína por situações que a rede de saúde de sua cidade poderia prestar acolhimento. Contudo, recebeu encaminhamento, pois “ele”, seu companheiro, foi diagnosticado como dependente químico – diagnóstico que também recai sobre a entrevistada.

Percebe-se, por meio do discurso de Amanda, que ela gostaria de receber acompanhamento onde morava, e que diz de demandas outras, que até podem acompanhar como sintomas concomitantes ao uso de drogas; entretanto, pela força do diagnóstico, lhe é destinado um lugar que, por meio da observação desta análise, recebe a partir da rotulação de doenças em detrimento das relações de angústia do sujeito.

A entrevistada Amanda diz de seu desassossego, mas o seu “passaporte” está carimbado para Araguaína, onde há CAPS AD, ao contrário de Nova Olinda-TO, com

a descrição de dependência química.

Nessa mesma categoria de análise, também serão considerados os dizeres de Suzy, servidora do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II de Araguaína-TO, referentes à pergunta nº 02 na seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: e o que tu entendes como doença?
> Suzy: doença mental é uma é::: é um sofrimento que a pessoa tem na sua mente que::: ela – eu não sei nem responder.Eduardo: mas vai do jeito que tu tá, do jeito que tu imaginas que é.
> Suzy: a doença mental é uma doença muito triste, é uma doença complicada onde ela manifesta no pensamento do ser humano, né, e também é uma doença que é pior do que um câncer, porque ela envolve o pensamento da pessoa, envolve – a cabeça da gente que comanda corpo – e a doença mental já tá atrapalhando esse sujeito a ter a sua própria:: Vida com a família e eu penso que seja assim.
> Eduardo: Então tu acreditas, tá tudo dentro dos conformes, é como tu acreditas que é mesmo e como tu passa tua experiência de vinte anos certamente tá respondendo tudo tranquilamente pra mim, eu tô entendendo bem.
> Suzy: é uma doença muito triste, né.
> Eduardo: então tu acreditas que o transtorno mental é uma doença?
> Suzy: é.

Suzy possui a percepção, ao discorrer sobre sua noção de doença, e, nesse momento, aglutina sua ideia ao conceito de doença mental, de que essa última seria pior do que câncer, pois é no pensamento.

Percebe-se que a comparação entre câncer e sofrimento mental se dá pelo rótulo terminal, isto é, o discurso sobre a condição do sujeito é envolto na impossibilidade de ser outro e agir para rompimento da configuração de sua diagnosticada doença. Agora o sujeito passará como morto em vida, sendo tangido por meio de um prognóstico que cerceia sua autonomia e delimita seus laços sociais.

Passa-se agora a considerar o discurso de Kleber, usuário dos serviços do CAPS AD III.

> Eduardo: tu te acidentaste e ficou com problema na cabeça?
> Kleber: fiquei com problema, rachou minha cabeça foi grande, por causa que/ e com isso também, depois desse acidente eu não posso mais andar bebendo.
> Eduardo: mas tu bebias ante do acidente?
> Kleber: antes eu bebia.
> Eduardo: tu tava bêbado durante o acidente?
> Kleber: não tava não.
> Eduardo: mas aí bebia antes? Bebia controlado ou não?
> Kleber: bebia controlado, nesse tempo também desse acidente eu tava com onze dias sem beber, era normal, trabalhava (...)
> Eduardo: não tinha problema então com álcool?
> Kleber: não tinha problema com álcool, agora teve depois, né, desse acidente, e bebida a gente perde os principal da gente as pessoas a gente

> vai se sentindo mais só e vai se matando com isso, aí quando a gente ainda é novo pra poder...
> Eduardo: antes de tu vir pra cá tu tava bebendo todo dia? Como era tua vida antes de vir pra cá pro CAPS?
> kleber: antes de eu vir pra cá eu bebia era quase todo dia mesmo, eu quando ia pra conversar com essa psicóloga eu só conversava com ela se eu bebesse (...)
> Eduardo: onde é que ela tava essa psicóloga?
> Kleber: no tempo era bem aqui perto daquele hospital das clínicas ali onde eu fazia as fisioterapia do meu corpo que teve o acidente.
> Eduardo: mas era particular? Que psicóloga era essa?
> Kleber: eu nem lembro não, era pelo Estado mesmo que foi passado pelo hospital.
> Eduardo: não era no CAPS – II?
> Kleber: não, não era negócio de CAPS não.
> Eduardo: okay, aí tu ia lá, falava com ela, mas continuava bebendo?
> Kleber: fazia na fisioterapia porque era físico assim, aí eu pra conversar com ela, quando ela conversava eu conversava, quando não conversava eu ficava calado, eu não tinha assunto de nada aí ela percebeu que eu bebia, aí perguntou, aí foi e me passou pra cá, disse ‘rapaz você sabe que não pode mais continuar bebendo porque você teve um acidente, aí pode trazer tantos problemas, tantas coisas pior pra você’, aí eu vim pra cá.
> Eduardo: ah, entendi, então ela percebeu que tu tinhas uma relação difícil ali com o álcool, né, e aí te encaminhou pro CAPS... Ainda é difícil a relação?
> Kleber: rapaz, aqui aculá eu bebo, mas é difícil, eu não ando mais do jeito que eu era não, porque já tenho problema na cabeça, problema de desmaio aí eu não posso beber não.

Kleber expressa suas dificuldades ligadas ao ato sintomático de embriagar-se, que diz de sua verdade inconsciente e obviamente encoberta, que discursa de uma solidão que paralisa, que mata, que aproxima do real. Salienta a necessidade de beber álcool para poder falar. Contudo, mesmo em observação psicológica, foi encaminhado sob a tutela da demanda aparente, química.

O discurso e os acontecimentos expostos por Kleber trazem a possibilidade de inferir sobre a dificuldade de as políticas públicas de saúde, e não somente de saúde mental, perceberem que as secções guiadas por rótulos diagnósticos institucionalizam o sujeito em instituições A ou B sem melhores interligações. Acredita-se, a partir das evidências trazidas por Kleber, que esse estava em um lugar para tratar do quadro físico após acidente de atropelamento, que possuía em sua equipe profissional da Psicologia, mas que por falta de possibilidade de encaminhamento para instituição pública que oferecesse psicoterapia, foi direcionado por meio da redução de sua complexidade ao que aparenta causa de seu sofrimento e possui local para tratar.

Ressaltasse que, apesar do diagnóstico de dependência química, Kleber credita durante seu discurso não poder fazer uso de álcool pelo apelo ao cuidado físico, significando dificuldade em dizer de si, utilizando-se dos rótulos que recebeu.

A seguir, serão considerados os dizeres de Manoela, servidora nos dois centros

de atenção psicossocial constantes na cidade de Araguaína-TO, os CAPS II e CAPS AD III, referentes à pergunta nº 08 na seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: e tu acreditas/ tu tens uma concepção de cura? Que que seria a cura pra ti? No geral, cura...
> Manoela: cura...
> Eduardo: tu acreditas que o transtorno mental tem cura?
> Manoela: não sei, não posso responder nem que sim nem que não porque eu acho que é uma evolução de tudo assim... é igual terapia, terapia não tem fim, pra mim não tem, a gente sempre tem que tá buscando melhoria... só que dependendo, eu acredito que esquizofrenia não tem cura, eu acredito que transtorno bipolar não tem cura, eu acredito, só que tem outras coisas que tem.
> Eduardo: tá, mas tem outros transtornos mentais que têm cura e outros que não têm?
> Manoela: eu acho, eu acredito.
> Eduardo: alguém já recebeu alta do CAPS, no sentido de 'ah, tá curado', que tu tenhas visto na tua experiência?
> Manoela: não.

Para Manoela, o impasse conceitual sobre cura existente em relação às noções sobre saúde-doença/transtorno mental passa pela definição diagnóstica médica. A entrevistada traz como percepção a avaliação psiquiátrica sobre quadros graves e persistentes e os põe como incuráveis. Entretanto, também apresenta discurso em relação à possibilidade de condições apresentadas como curáveis, ou seja, a questão dependerá do diagnóstico do saber médico e alheio à constituição do sujeito.

Contudo, em relato sobre sua experiência, é categórica em dizer que, em dez anos de trabalho no CAPS II e dois no CAPS AD III, não viu nenhum usuário dos serviços estabelecer-se como curado, apesar das negativas e afirmativas sobre o conceito. Então, pode-se observar que a constituição diagnóstica, tal como se apresenta nos serviços substitutivos de saúde mental, estabelece discurso sobre o sujeito direcionando-o a um lugar perpétuo, onde com os laços sociais, assim estruturados, tornam muros obsoletos.

6.1.2 Silenciamento dos sintomas

Essa categoria diz respeito ao apontamento a partir da percepção dos entrevistados sobre o silenciamento dos sintomas como ação de tratamento. Vejam-se, a seguir, os dizeres de Fernanda proferidos em resposta à pergunta nº 10 do roteiro de entrevista com os usuários.

> Fernanda: passo pelo médico todo mês, eu passo pela médica, pela psicóloga, pela psiquiatra, tomo remédio que me ajudou bastante questão que eu não conseguia dormir, né, aí a médica até já tirou o remédio que não precisa mais tomar remédio pra mim dormir, já consigo dormir sem remédio, só tomar remédio agora pra ansiedade, ah, eu acho que é isso... Só pra ansiedade, porque tem mês que a pessoa não pode me agoniar muito não que eu dou um surto, eu fico louca, fico agressiva, num tem, então eu tomo esse remédio pra essa ansiedade, que disse que é ansiedade.
> Ah, não sei a importância que eles têm no remédio, pelo menos ele me deixa mais calma, que se fosse antigamente com essas perguntas que tu tá me fazendo aqui dava vontade de sair perto de te ti logo se fosse antigamente, agora não você vê que eu tô conseguindo fazer meu tapete, conversando com você, consigo ter atenção aqui nesse negócio que é um trabalho e tá conversando, antigamente não aceitava jamais.

Pode-se observar que Fernanda acredita ter sido bastante ajudada quando sua insônia (sintoma) é erradicada, e que hoje em dia não precisa mais fazer uso de medicação para dormir. Entretanto, discorre que ainda precisa ser medicada quanto a sintomas relacionados à ansiedade.

Infere-se, portanto, que a intervenção relatada acima por Fernanda tinha por objetivo o silenciamento dos seus sintomas, posto que é bastante provável que a insônia descrita também tivesse relação com a mencionada ansiedade, e apenas foi ministrado à entrevistada medicamento específico que a fizesse dormir, sem que a fizesse relacionar “não conseguir dormir” com motivações ansiosas.

Demais sintomas, como a agressividade, aparecem nos dizeres de Fernanda desconectados de qualquer causa, que não a ansiedade. Porém, é dito que a noção de ansiedade também está sendo medicada, e que seus sintomas reaparecem, mas nenhuma alusão além de seus silenciamentos pelo uso de medicação é realizada.

Fernanda expõe sua percepção quanto à prática do silenciamento de seus sintomas quando diz que: “Pelo menos ele (remédio) me deixa mais calma”. Em contrapartida, não consegue especificar qual seria a importância que os remédios possuem para o seu caso, somente relaciona que outrora apresentava comportamento arredio quanto à interação interpessoal. A usuária do serviço substitutivo de saúde mental percebe-se mais concentrada e comunicativa, porém não indica a percepção sobre a causa dos sintomas que descreve, nem a expectativa de lidar com eles. Aparentemente espera, seguindo a prática que refere participar no centro de atenção psicossocial, que eles sumam um a um, como acredita ter acontecido com a insônia. Considerem-se, a seguir, os dizeres de Pedro.

> Pedro: o papel da psiquiatria é muito importante nessa identificação e nesse acolhimento, no saber identificar esses sintomas e principalmente tratar rapidamente, que no início é a maior dificuldade que a gente encontra, a crise

> de abstinência é o maior fator que leva o paciente à recidiva à recaída, então esse olhar mais agudo, mais especializado, ele é muito importante para que o paciente consiga chegar em um estágio secundário onde ele aumento um período abstêmio maior e onde a gente possa trabalhar, aí entra bastante a psicologia e a assistente social.

Pedro descreve que uma das primeiras providências quanto ao acolhimento de um sujeito no centro de atenção psicossocial em que trabalha é a identificação de seus sintomas. Estabelece que a intenção principal é tratar rapidamente, devido à dificuldade inicial encontrada em relação à crise de abstinência, pois, segundo o entrevistado, é o maior fator de recidiva dos pacientes.

A crise de abstinência pode ser caracterizada como um aglomerado de sintomas físicos e emocionais pelo interrompimento do uso recorrente de substância psicotrópica. Portanto, evidencia-se, no relato de Pedro, que se espera um silenciamento dos sintomas do acolhido pelo serviço, para que esse seja acompanhado sem recair quanto ao uso de drogas.

Pedro tem a percepção que somente depois de silenciado os sintomas do sujeito com necessidade de atenção psicossocial é que ele poderá ser melhor atendido pelos profissionais da Psicologia e serviço social, por exemplo. No entanto, tal situação denota que é esperado para o trânsito do sujeito em tratamento no centro de atenção psicossocial que esse tenha seus sintomas controlados.

De acordo com o contexto do parágrafo anterior, pode-se inferir que sem o silenciamento dos sintomas existe grande dificuldade em relação à adesão do sujeito ao tratamento proposto. Todavia, na busca de solução para tal dificuldade, pode-se analisar que é proposta a não implicação do sujeito sem que antes esse seja interditado em sua relação com o que o levou a procurar o tratamento. Verificam-se, a seguir, os dizeres de Carla produzidos em resposta à pergunta nº 10 do roteiro de entrevista com o servidor, seção *concepção de saúde mental.*

> Carla: como eu costumo dizer aqui, a pessoa chega aqui tem alguma coisa que aflige ela, então eu posso até ir ali no médico e ele vai silencia aqui que tá, né, os sintomas vão desaparecer, mas aquilo que eu preciso falar, colocar pra fora que aconteceu ou seja agora ou seja no passado eu vejo como importante.
> Eduardo: Tu falaste sobre o silenciamento desses sintomas, como é que seriam feitos? A pessoa vai aqui ao médico aí os sintomas são silenciados?
> Carla: Porque eles precisam de medicação, né, Eduardo, pra que esses sintomas eles:: de repente tu chega aqui e tu tá até com a intenção de contar tudo que aconteceu contigo e pra que tu chegasse nesse ponto, nessa situação de não suportar mais aquele.. né que te causa dor, e se você chega e você é de cara medicado, de repente aquilo vai até fazer com que você não coloque mais pra fora aquilo que a princípio te trouxe aqui, né, tu já deu uma melhorada no sintoma daquilo, mas eu acho que aquilo fica lá.

> Eduardo: Ainda continua?
> Carla: Continua, aquilo continua, pra mim precisa falar.

A partir de sua percepção, Carla estabelece que além de acontecer o silenciamento dos sintomas dos sujeitos em atendimento no centro de atenção psicossocial, tal feito pode trazer prejuízo, pois impede a fala. Para Carla apenas o sintoma é excluído, mas algo que fomenta o sofrimento mental continua.

A entrevistada interpreta que, por vezes, os sujeitos que se direcionam ao serviço substitutivo de saúde mental estão em situação de insuportável dor, e que por isso podem possuir a intenção de falar sobre suas aflições. E, que o procedimento de medicar esses sujeitos, silenciando seus sintomas, pode impedir que exponham de forma genuína o que os levou a procurar auxílio. Carla deduz que, mesmo com a "melhora" dos sintomas, precisa-se falar sobre o que motiva o sofrimento psíquico.

Observa-se, a seguir, os dizeres de Dolores, usuária dos serviços do CAPS II, produzidos em resposta à pergunta nº 02 do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: e foi dito o que para a senhora, que a senhora estava com estresse ou foi falado outro tipo de?
> Dolores: não, estresse mesmo, que estava com estresse.
> Eduardo: e aí o que foi feito, lhe receitaram alguma coisa?
> Dolores: eu tomo dois tipos de remédios.
> Eduardo: toma dois tipos de remédios?
> Dolores: aí no começo a doutora passou para mim, parece que é a doutora Caroliny se eu não me engano, ela passou aquele faixa preto, o mais forte, eu não estava conseguindo dormir, eu não dormia, eu passava a noite todinha acordada.
> Eduardo: tomava e ficava com insônia?
> Dolores: não.
> Eduardo: ou já estava com insônia?
> Dolores: já estava com insônia, aí eu chegava doutor na minha consulta não, no corredor, 'mas só um tempinho, eu não estou dormindo' ela toma o ( ) você está tomando o mais forte, aí com o tempo, tempo, e eu acho que o que me ajudou muito foi a vinda aqui para o CAPS também, porque esses meninos aqui são muito bons, tudinho.
> Eduardo: então a senhora disse para a médica que estava com insônia e ela lhe deu um remédio muito forte?
> Dolores: e eu não conseguia dormir.
> Eduardo: e não dormia mesmo assim.
> Dolores: ela disse que eu tinha que me controlar, e realmente
> Eduardo: e quando foi que a senhora passou a dormir?
> Dolores: depois de muito, acho que dois meses, três meses, ai ela disse olha/ quando ela via e falava 'está dormindo' eu falava não "mas você vai dormir, aí eu fui indo, fui indo, ela me disse dona Dolores quando você começar a dormir, você tem que me dizer para eu tirar ele, aí eu cheguei para ela doutora eu já estou dormindo, aí ela tirou.

De acordo com o discurso de Dolores, em começo lhe foram receitados dois medicamentos mediante a queixa de estresse, no entanto, em recorte discursivo

anterior, a entrevistada atribui seu estresse ao acompanhamento do filho em sofrimento mental, sem inferência possível de observação para além do sintoma de insônia nesse novo recorte.

Dolores faz perceber, por meio de seu discurso, que a providência tomada quando essa solicitava atenção em relação a sua insônia era de aumento da dosagem ou configuração do medicamento a ser utilizado. É exposto, pela rememoração da entrevistada sobre as falas dos que lhe atendiam, que os sintomas, nesse caso a insônia, seriam tamponados, que essa iria dormir, pois já haviam ministrado o medicamento mais forte possível.

A percepção de Dolores denuncia o tempo que passou insone, e que esse tempo foi vivenciado apenas, em relação à demanda exposta, sobre a expectativa da ação da medicação, isto é, a senhora Dolores não conseguiu elaborar, além do efeito do remédio, a proximidade de sua verdade composta no sintoma. Foi preferido que o sintoma fosse silenciado, impedindo a implicação de Dolores sobre si, e agora, sendo retirada a substância psicotrópica, todo o labor de sentido realizado pela usuária para dormir é atribuído à drogaria e ao possível bem-estar pela falta de sintomas e pela demanda atendida.

Observam-se, a seguir, os dizeres de Roberto produzidos em resposta à pergunta nº 06 da seção *prática profissional e caracterização da teoria* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: e da tua profissão, qual tu consideras o papel da tua profissão para o transtorno mental?
> Roberto: eu acho que o principal papel é essa orientação do uso racional da medicação, porque a gente sabe que existe muito abuso da medicação, da droga.
> Eduardo: dentro dos serviços substitutivos.
> Roberto: existe, tanto por parte do próprio serviço como também da própria pessoa, a dependência hoje com algumas medicações às vezes é muito maior às vezes do que a própria droga.
> Eduardo: do que o próprio uso de droga ilícita.
> Roberto: e tem muita gente que usa abusivamente mesmo, consegue receita com um com outro e isso sem nunca ter consultado, nunca ter visualizado que o problema dele é mais psicológico e ele entra na medicação, acho que quase todas as equipes, aqui a maioria da equipe toma medicação controlada
> Eduardo: de equipe que tu falas de paciente?
> Roberto: de servidor.
> Eduardo: de servidor?
> Roberto: humrum.
> Eduardo: caramba, então a situação de uso de substância.
> Roberto: é tão comum que está acontecendo hoje em dia.
> Eduardo: até nas equipes que estão para tratar a saúde mental, estão nesse envolvimento.
> Roberto: não sei dizer bem a maioria, mas uma grande parte usa.
> Eduardo: tem uma parte considerável.

> Roberto: e não fazem tratamento, consegue a receita e toma.
> Eduardo: e vocês já conseguiram discutir isso alguma vez ou não?
> Roberto: pior que não, a gente acaba que não se preocupa com a equipe, né, e tem a questão que entra no lado pessoal de cada um, né, se identificar, mas a questão é de que não consigo dormir, mas não vai buscar a causa dessa ansiedade.
> Eduardo: não tem essa queixa como sintoma.
> Roberto: é, porque quer dormi, mas porque não está dormindo, realmente a gente nunca fez essa discussão, é interessante.

Roberto, em seu discurso, denuncia que existe a possibilidade de os remédios legais, utilizados no CAPS, serem preferenciais em comparação com as drogas ilícitas. E que, além dos usuários do serviço substitutivo em questão, os servidores também entram na lógica do uso desses medicamentos para extirpação de sintomas.

Seguindo a explanação de Roberto sobre o uso indevido das drogarias legais, que em tese servem para tratar, o servidor revela que existe a possibilidade de se conseguir receitas médicas sem a devida consulta e, com isso, abre possível reflexão, e faz pensar sobre uma sociedade intolerante a frustrações, e que, por isso, tampona seus sofrimentos a pretexto de precisar correr, ou seja, não há tempo para sentir.

Ainda por meio da percepção de Roberto de que a maior parte da equipe técnica do serviço toma medicação sem o devido cuidado, confirma-se que, ainda hoje, apesar de serviços substitutivos à quebra de paradigma em relação à Psiquiatria tradicional, os discursos que engendram estas instituições não reverberam a importância de considerar os registros psíquicos dos que lhe demandam atenção psicossocial. Logo, essas equipes não estão atentas à necessidade de implicação do sujeito no processo de ressignificação, do lidar com seu desejo.

Entende-se que os significantes perpassados mostram uma dificuldade de ouvir o que os sintomas dizem. As insônias e as ansiedades não estão sendo escutadas, não estão podendo falar.

Com isso, serão observados, a seguir, os dizeres de Amanda.

> Eduardo: tu já sabias do serviço do CAPS antes dessa pessoa te indicar lá em Nova Olinda, e o queque tu imaginaste que era quando ela falou: ‘tem que ir para o CAPS’ tu quiseste vir não quiseste, como que foi?
> Amanda: não, eu queria vim.
> Eduardo: queria vir?
> Amanda: queria sim, na realidade eu fui encaminhada para o outro CAPS, porque não foi para esse, para o tratamento de droga, foi para o outro CAPS.
> Eduardo: CAPS dois.
> Amanda: é.
> Eduardo: porque tu foste encaminha para lá?
> Amanda: porque eu acho que todo mundo achou que eu estava necessitada de um tratamento lá.
> Eduardo: que todos?
> Amanda: eu também achava.

> Eduardo: não achas mais?
> Amanda: acho, porque no fundo meu problema não é droga, nunca foi.
> Eduardo: é qual?
> Amanda: meu problema é essa vida que eu nunca pensei que ia viver e que eu estou vivendo agora e que não faz parte da minha vida, não é o que eu quero para mim, não é o que eu viver sempre, se eu continuar assim eu vou ficar maluca.
> Eduardo: tu acredita que tu precisa de tratamento?
> Amanda: acredito sim.
> Eduardo: aqui e lá ou num e noutro?
> Amanda: eu na realidade eu acredito que preciso de tratamento mental.
> Eduardo: porque? Me explica.
> Amanda: minha vida mudou muito rápido, de um momento para o outro tudo acabou.

Amanda diz de sua postura colaborativa em participar de tratamento no CAPS AD III, entretanto, houve o encaminhamento ao CAPS II em primeiro lugar. A entrevistada ressalta que “todos” achavam que ela necessitava de acompanhamento no CAPS II, a própria também acredita nisso. Contudo, a relação com drogas disse para aonde Amanda deveria ir.

Na percepção de Amanda, ela ainda deve ir para o CAPS II, pois necessita falar sobre a vida que lhe ocorria e sobre como essa lhe ocorre hoje, como a sente, o que lhe está inscrito, sua cadeia de significantes. E, nesse momento, Amanda evidencia o peso de não falar, diz que sua vida acabou, mas clama por dizer, e diz que é muito mais que sua relação com drogas, que há muito mais dela além desse sintoma.

Dessa forma, os dizeres de Kleber também serão considerados para essa categoria de análise, produzidos em resposta à pergunta nº 07 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com usuários do serviço.

> Eduardo: como é que que tu acreditas Kleber, que o transtorno mental, que a doença mental, que o sofrimento mental, ele acontece? Como tu achas que ele começa?
> Kleber: quando a gente vai ( ) a mente vai/ quem estiver se isolando vai se adoecendo de tudo quanto é jeito aí.
> Eduardo: vai se isolando, e perdendo a mente aí adoece?
> kleber: é.

O entrevistado Kleber, à sua maneira, percebe a correlação entre não falar e a impossibilidade no engajamento na movimentação de sua vida, em seu tratamento. Explana sobre o adoecimento por falta de articulação de discurso, pela dificuldade, dessa forma, de elaboração de sentido.

E, por fim, serão considerados os dizeres de Manoela produzidos em resposta à pergunta nº 10 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: como é que tu acreditas que deve ser o tratamento em caso de transtorno mental? Descreve assim, o tratamento deve ser por esse viés, por esse caminho, qual seria?
> Manoela: depende dele.
> Eduardo: me dá exemplo. Como você acredita que deve ser o tratamento em caso de transtorno mental? Deve ir pro CAPS, deve ser...
> Manoela: dependendo do transtorno, eu acho que dependendo do problema só uma terapia resolveria, outros não, outros já precisa toooodo dessa equipe multidisciplinar, medicamentoso, a família perto, então depende de muita coisa... (eu to cansada disso)
> Eduardo: (risos) tá cansada da saúde mental?!... o que tu consideras ser o papel da tua profissão pro trabalho com transtorno mental? Da tua profissão como psicóloga.
> Manoela: muito importante, um CAPS sem psicólogo, não vejo. É um dos grandes problemas que hoje a gente passa aqui, porque nossa demanda tá muito GRANDE e a gente não consegue dar esse apoio pra esses pacientes né, muitas – é o que falo – muitas vezes a gente poderia tá fazendo esse trabalho quando iniciam ( ) o povo aprendeu o que que é depressão e ansiedade, todo dia tem um aqui dizendo que tem ansiedade, então assim, eu acho que se a gente fizesse um acompanhamento aí inicial né, fosse ele rápido assim, acho que não chegaria ao que chega hoje, que diz 'não, a gente só atende crise', aí o paciente volta, não tem atendimento, não tem psicólogo em outros locais, e quando ele vem já vem com o grau bem mais avançado.
> Eduardo: então o procedimento tá passando muito por isso, pra atender pessoas que tão só em situação de crise?
> Manoela: sim, o que?
> Eduardo: no CAPS.
> Manoela: o CAPS a gente atende pacientes em situação de crise né, e não pacientes leves, e aí a gente acaba não tendo pra onde mandar.
> Eduardo: acaba/ ele acabam não se integrando na casa, esses pacientes que tu tá dizendo leves acabam ficando sem plano, sem adesão?
> Manoela: não, não tem.
> Eduardo: então aproveitando isso, quem são as pessoas que necessitariam de atendimento no CAPS? Descreve pra mim, são só esses graves, só em situação de crise?
> Manoela: você não sabe que é isso não? (risos) você sabe.
> Eduardo: eu sei?
> Manoela: paciente do CAPS é paciente em crise, paciente grave, moderado, grave, é só isso, agora leve não é aqui, agora onde é que tem em Araguaína pra atender esses outros?! Não tem.
> Eduardo: o setor público não possui então?
> Manoela: em Araguaína eu acho que não.

Manoela percebe pontos distintos para lidar com a demanda dos usuários dos serviços substitutivos, sendo para uns casos terapia, e para outros, equipe multidisciplinar, medicamentos, família, mas não estabelece maiores critérios para essa diferenciação. E nesse momento, relata estar "cansada disso", e ao ser interpelada sobre o motivo de estar cansada, não faz mais o discurso. Todavia, é possível inferir que Manoela faz referência ao labor em busca do auxílio à complexidade do sujeito, visto que o entendimento e a estruturação do serviço em atenção à saúde mental lhe parecem difuso.

Entretanto, Manoela, pontua a importância do psicólogo para a atenção psicossocial, e que a falta desse profissional impede a discussão sobre o melhor

acolhimento dos que buscam os serviços, além de observar o atendimento pontual sobre as crises, conferindo aos CAPS lugar de controle de sintomas graves.

E para finalizar esse assunto, Manoela expõe que não há instituição pública em Araguaína que faça acompanhamento de saúde mental sem caracterizar-se pela recepção sintomática de crise.

6.1.3 Medicamento como tratamento

Denota-se nessa categoria o uso de medicação que antes era para acalmar um fato pontual, traumático, mas que extrapolou esse sentido e passou a ser tratamento. Vejam-se, a seguir, os dizeres de Fernanda em resposta à pergunta nº 03 do roteiro de entrevista com o usuário.

> Fernanda: todo dia eu falava que ia parar mas continuava fazendo a mesma coisa, aí eu comecei vim, vim, comecei a tomar os remédios pra dormir à noite, que eu não conseguia, que eu trocava, né, o dia pela noite, passava o dia dormindo e a noite acordado, aí tomei remédio controlado, remédio pra ansiedade, aí foi dando certo aí eu tô, me sinto que eu tô bem eu venho pra cá pro tratamento[...] Só pra mim pegar o medicamento que até então não consigo me controlar assim minhas emoções, tem vez que eu fico muito emocionada, me dá crise de choro ou então fico agressiva, aí então tem que controlar isso né, porque já virou quase um distúrbio, eu sou desequilibrada, né, não.

São explicitadas por Fernanda suas dificuldades em relação ao uso de drogas e suas tentativas de deixar de consumir tais substâncias, mas deixa claro que não obtinha sucesso e acabava por voltar ao consumo. Não se encontra no relato de Fernanda associação entre não estar usando drogas e uma possível nova relação com elas, porém atribuição ao uso de remédios para sua condição de abstinência.

Fernanda deixa entrever que em sua percepção o tratamento que recebeu se deu pelo consumo de medicamentos, que “foi dando certo”, à medida que seus sintomas diminuíam. Nota-se que a ideia de controle dos sintomas extrapola e torna-se noção de tratamento quando a entrevistada considera que pode ir à instituição somente para “pegar o medicamento”, mas que ainda precisa de auxílio para “controlar suas emoções”.

Os porquês dos sintomas e seus regressos não são articulados por Fernanda. Fala de crises emocionais, choro fácil, entre outras condições, como relacionadas a um distúrbio e/ou a um desequilíbrio que precisa controlar. Fernanda corrobora com uma condição diagnóstica, quer de maneira emergente suprimir seus sintomas e, para

tanto, entende que seu tratamento é medicamentoso. Vejam-se, a seguir, os dizeres de Pedro em resposta à pergunta nº 10 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *prática profissional e caracterização da teoria*.

> Pedro: aprendi aqui no CAPS AD que ele é só uma ferramenta, tá é uma ferramenta que vai fazer com que o paciente consiga principalmente suportar esse primeiro momento e depois dar uma estabilidade, isso no geral, agora existe pacientes, a gente tem que analisar paciente por paciente, e tem pacientes aqui que entram que a gente sabe que vai tomar medicamento pro resto da vida, e qual a importância desse medicamento na vida desse paciente? Se retirar o medicamento ele não consegue tá inserido na sociedade, essa é a importância, pra outros é só uma ferramenta que tem que equilibrar o fisiológico dele, pra que ele suporte esse primeiro momento e depois consiga caminhar com as próprias pernas, um momento de desintoxicação é um momento muito importante o medicamento, MUITO importante mesmo, mas é caso a caso, na grande maioria é só uma ferramenta, pra alguns é o último reduto, ele vai tomar pro resto da vida, mas aí a gente tem que ver a gravidade.

Diante dos dizeres de Pedro, fica evidente, apesar das tentativas de diferenciação entre critérios de início de tratamento e gravidade, que o medicamento se configura como peça fundamental para o tratamento no CAPS. O entrevistado retoma a noção de que a medicação é, inicialmente, para exclusão de sintomas, mas exprime que essa pode acompanhar a proposta de tratamento durante a vida inteira de um sujeito.

Torna-se difícil identificar, nos dizeres de Pedro, expressão conclusiva de que a proposta para tratamento no CAPS está além do pilar medicamentoso. Pode-se notar que a noção passa rapidamente de ferramenta de apoio para último reduto, segundo o entrevistado. Pedro elabora que em alguns casos não existe possibilidade de inserção social de alguns sujeitos sem o uso de medicamentos. Portanto, isso ratifica que a medicação toma forma de tratamento crônico, do que se infere que a implicação do sujeito em seu tratamento não poderá estar dissociada da intervenção de remédios. Considerem-se, a seguir, os dizeres de Carla:

> Eduardo: Qual o papel, né, a gente seguindo aqui nosso roteiro, mesmo não querendo ser estanque, mas qual é o papel da Psiquiatria na realização do tratamento aqui no CAPS, qual o papel que tu acredita que a Psiquiatria tem?
> Carla: O papel da psiquiatria, Eduardo, como eu já falei lá no início, né, que eu acredito que é na redução dos sintomas, né, que a pessoa queixa, e que se espere, que haja realmente essa redução nesse sintoma, precisa de um acompanhamento mais sistemático pra ver se houve mesmo essa redução desse sintoma, eu costumo dizer que o usuário chega e diz ‘ah eu tô assim, assim, assim’, e eu falo que precisa conversar com o médico porque se existe uma medicação pra te ajudar a diminuir, não é justo você ficar, né, com essas queixas, né, então acho que a Psiquiatria, ela precisa tá mais próxima do usuário, seja uma coisa mais rotineira, né, que não fique uma coisa que eu te vejo aqui hoje e não sei que dia vou te ver de novo, pra mim precisa, mas a importância dela.

> Carla: Ah, eu já ouvi muito, e eu acredito também que não só, né, aqui eu vou fazer minha fala na questão de reduzir os sintomas, né, existe, Eduardo, outras questões que o Psiquiatra, ele poderia tá abordando nos CAPS, fazendo grupo de orientação a respeito de reações adversas, de medicação, do que pode causar ou não, o tempo que essa medicação vai fazer efeito no teu organismo, e sair mais também do consultório, né, participar mais dessa vida no CAPS.

A percepção de Carla é de que existe uma medicação para cada caso em busca da diminuição das queixas dos usuários dos serviços do CAPS. Ela deixa transparecer que o fluxo é de encaminhamento para o profissional psiquiatra determinar o tratamento medicamentoso e que parece comum que o contato entre paciente e médico se restrinja ao receitamento de medicamento.

Carla percebe que a ação desse tipo de tratamento é restrita em relação às demais possibilidades de vivências no CAPS. Porém, deixa evidente a dificuldade para a evolução em detrimento da medicação; quando fala das possíveis intervenções médicas, seu discurso ainda fica preso no que o psiquiatra poderia melhorar ao receitar um medicamento, ou seja, não detém a percepção de um viés que se sobreponha à medicação como forma primordial de tratamento.

Serão considerados, a seguir, os dizeres de Dolores:

> Eduardo: ainda continua tomando, isso tem mais ou menos um ano, quanto tempo a senhora está aqui?
> Dolores: eu acho que tem um ano.
> Eduardo: um ano que a senhora está tomando ainda esse remédio para a senhora conseguir dormir?
> Dolores: não.
> Eduardo: se tirar a senhora dorme?
> Dolores: se tirar eu durmo, mas o da noite nem tanto, mas o da manhã eu descobri - - não sei se é porque eu me acostumei a ele - - se eu ficar sem tomar me dá dor de cabeça, acho que é porque eu me acostumei ( ) aí de manhã eu já vou fazer o café, eu já levo o comprimidinho, porque se eu não tomar ele me dá dor de cabeça.

Nota-se, pela descrição do tempo de tratamento sobre o qual discorre Dolores, que a utilização de medicamentos se confunde com a proposta de tratamento desde o início, considerando-se que para a queixa inicial da usuária lhe foi ofertado primeiramente medicação.

Dolores deixa transparecer, ainda, efeitos colaterais do uso contínuo de remédios e de como esses moldam seu cotidiano. Fica clara a dificuldade da senhora Dolores em relação à insônia, que esse ainda é um sintoma presente em sua vida, e que é apenas dirimido artificialmente e não discutido como revelador da relação inconsciente da entrevistada, situação que diz sobre a forma de tratamento.

Entende-se que a preocupação da usuária passa a ser com o administrar seu

envolvimento com a drogaria, como se essa movimentação resumisse seu tratamento e lhe cobrasse responsabilização por tomar adequadamente os remédios receitados, sob pena de deixar de dormir conscientemente.

Consideram-se agora os dizeres de Roberto em resposta à pergunta nº 06 da seção *prática profissional e caracterização da teoria* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: tu acreditas na contribuição da tua área para a saúde mental, na tua área de formação?
> Roberto: sim ((enfatizou)) eu acho que na verdade a área de formação em farmácia ela/ a conduta medicamentosa ela é importantíssima, né, eu acho que a gente poderia contribuir até muito mais, né/ eu estava até conversando com um colega farmacêutico que a assistência farmacêutica em saúde mental, ela devia ser bem mais estudada e trabalhada porque eu acho que existe muitos erros em medicação, a forma de tomar, e eu acho que a gente poderia contribuir nesse sentido, mas acho que a gente não contribui, acaba que existe muita só dispensação de medicação, mas não existe orientação, no modo geral, né.

Nota-se que a percepção de Roberto é dita veementemente sobre a importância da contribuição de sua profissão ao serviço de saúde mental, mas, ao mesmo tempo, o entrevistado estabelece que existe um funcionamento que se utiliza do medicamento em primeira ordem para a proposição de tratamento eficaz. Roberto enfatiza que o estudo aprimorado sobre a relação da medicação e sua aplicabilidade efetiva não é realizado a contento na instituição referida, o que, segundo ele, promove erros no sentido da exacerbada dispensação dessas substâncias sem a orientação adequada, colaborando com o discurso que reduz o acompanhamento da atenção à saúde mental ao uso de remédios como tratamento e solução.

Serão considerados, a seguir, os dizeres de Amanda em resposta à pergunta nº 10 do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: como é, Amanda, teu tratamento no CAPS, descreve para mim a tua rotina.
> Amanda: no começo fui muito bem acolhida e até hoje todo mundo tenta ajudar da forma que pode, mas eu acho que mudou muita coisa assim para mim, porque pelo menos eu tenho um lugar onde posso vim, posso conversar pelo menos, posso::... na realidade não faz tanta diferença para mim vim para cá como ficar em casa, porque para mim tudo é a mesma coisa, porque eu não converso com ninguém, eu fico mais no meu canto calada.
> Eduardo: por quem tu estás sendo acompanhada, tu já foste atendida por psicólogo, por médico?
> Amanda: já, no começo eu fui, eu estava sendo acompanhada pela doutora Marlira, só que a doutora Marlira saiu.
> Eduardo: ela é o quê, médica?
> Amanda: ela é psiquiatra, aí depois eu estava sendo acompanhada pela (Andressa)
> Eduardo: você toma remédio aqui no CAPS, foi receitado remédio para quê?

> Amanda: para me acalmar, para ansiedade, porque eu fico muito nervosa, muito ansiosa, fico muito deprimida.
> Eduardo: e acompanhamento psicológico?
> Amanda: não tenho tido.
> Eduardo: não tem tido? Você já solicitou?
> Amanda: não, já, mas é porque aqui é:: agora acho que está tendo novamente a Patrícia, mas a psiquiatra não está tendo.

Amanda descreve a boa qualidade de seu acolhimento no CAPS AD III de Araguaína-TO, e como vê o centro de atenção psicossocial: como um lugar com possibilidade de falar de seus anseios, mas que no momento não está fazendo diferença para ela, pois fica a maior parte de seu tempo isolada, sem conversar no ambiente da instituição.

Observando o discurso de Amanda mais atentamente, nota-se que ela foi apresentada a uma lógica de tratamento que está priorizando o acompanhamento medicamentoso, visto que revela que suas maiores referências são médicas psiquiátricas, e que não recebe acompanhamento psicológico, nem o solicita, apesar da evidente necessidade de comunicar-se.

Veem-se agora os dizeres de Suzy em resposta à pergunta nº 10 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: e como é que tu acreditas Suzy que deve ser o tratamento pra essas pessoas com transtorno mental?
> Suzy: bom, o tratamento, ele tem que ser assíduo, né, ele tem que vir fazer o uso da medicação, além da medicação tem as atividades terapêuticas que são fornecidas pra esse usuário, então eles têm que conciliar tanto a medicação com a parte terapêutica, e a família também tá ajudando nesse processo, tem que tá junto pra poder entender esse sofrimento do usuário pra tá participando junto, né.

É posto por Suzy que o tratamento na instituição em que trabalha deve ser constante e com o uso de medicação. Nota-se que o artifício medicamentoso aparece prioritariamente em relação às atividades terapêuticas mencionadas pela entrevistada.

Quando Suzy fala sobre o tratamento no CAPS II de Araguaína, é percebido, em seu discurso, que essa não considera o uso de medicação somente para casos específicos, porém que há de ser considerada a conciliação dessas substâncias no cotidiano de todos os indivíduos que buscam tratamento no CAPS II como via de regra.

A seguir, os dizeres de Kleber em resposta à pergunta nº 12 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: como é que tu achas, qual é o papel do médico psiquiatra no atendimento no CAPS? O que tu achas que ele tem que fazer? Como ele faz? Como é que tu consideras o papel do médico?
> Kleber: o médico/ qual assim? O que passa remédio ou (...)
> Eduardo: é o psiquiatra.
> Kleber: é assim, ele conversa com a gente, aí procura como é que a gente está com o remédio que a gente está tomando, como é que está se sentindo, se está tomando certo, se está se sentindo bem, se não estiver ele passa outro remédio para a gente, conversa com a gente para ... vê se a gente vai ficando melhor, se não ficar vai passando mais alguns remédios que a gente pode se dar bem... o médico para mim está sendo bom, se preocupa muito com a gente e passa os trem certo para a gente.
> Eduardo: qual o papel do enfermeiro ou da enfermeira? ... no teu tratamento?
> Kleber: eles é, quando chega para perguntar como a gente está, como a gente está se sentindo também, se a gente precisa de alguma coisa, e:: é isso, aqui tem umas enfermeiras mesmo que quando chega aqui 'tudo bem?', aí perguntar para a gente se está faltando alguma coisa para a gente, o que a gente está sentindo, se a gente está bem ou está mal ... tem uns que pergunta para a gente, tem uns que nem fala nada.
> Eduardo: entendo, e o psicólogo ou psicóloga? Como é que tu está sendo atendido por psicólogo ou psicóloga? Qual o papel nesses quatro anos que tu está aqui, como é que tu está sendo acompanhado por psicólogo?
> Kleber: tinha uma psicóloga aí, até que foi boa, tal de Sthefani, depois que ela saiu, tem vez que vem umas psicólogo aqui demora pouco tempo e sai e:: tem vez que nem conversa com a gente nem nada, tem uma agora que está vindo dia de quinta-feira, dia de quinta-feira, e tem duas quintas-feiras que ela não vem, só conversa com a gente, com todo mundo na área ali, como é que a gente está se sentindo, a gente está com a mente meio aberta ou fechada e como foi o dia que a gente está passando aqui, essa nova que está sendo aí até que está bem, mas já tem duas vezes depois que ela veio aqui que ela não está vindo.

Ao ser perguntado, rapidamente Kleber revela sua percepção sobre o que entende das atribuições do profissional médico psiquiatra no CAPS AD III, caracterizando-o como "o que passa remédio". A descrição de Kleber sobre como é o atendimento médico remete ao entendimento de que a prática define-se sobre as impressões do usuário em relação aos efeitos colaterais da medicação, e que a proposta sobre a ação negativa à substância é outra, como que em tentativa e erro.

Para Kleber, seu tratamento segue bem, pois os remédios são, segundo ele, adequados para o momento, isto é, não estão causando grandes desconfortos. O usuário dos serviços do CAPS AD III também descreveu seu cotidiano em contato com os demais profissionais da instituição, e, dado seu discurso, a função dos outros componentes da equipe é focada em questionamentos sobre o bem-estar do acolhido, entretanto as questões parecem sempre posteriores ao atendimento médico e ao veredito medicamentoso.

Vale ressaltar que Kleber faz acompanhamento no CAPS AD III há quatro anos, e durante todo esse período faz uso de fármacos receitados como tratamento, mas não consegue distinguir com maiores detalhes as atividades de enfermeiros(as) e

psicólogas(os) em sua convivência.

Serão considerados, a seguir, os dizeres de Manoela em resposta à pergunta nº 10 da seção prática *profissional e caracterização da teoria* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: já falando de medicação... qual a importância do remédio pro tratamento no CAPS?
> Manoela: então, a medicação, ela é muito importante.
> Eduardo: tu acreditas que seja importante.
> Manoela: eu acho que seja importante, só que eu acho que… sei lá… tem que saber usar.
> Eduardo: tu achas que tem que 'saber usar', como vem sendo usado pra tu ter essa ideia de 'tem que saber usar a medicação'
> Manoela: eu acho assim, eu vejo de um modo geral – eu não falo nem aqui, eu falo de casos que eu vejo de pacientes que a gente recebe que vem de tratamentos de fora, ou de médicos aqui né – eu vejo que às vezes é remédios demaaaaais sabe, tira total...
> Eduardo: o paciente fica dopado?
> Manoela: é, às vezes o paciente fica com tanta medicação que ele não tem força pra nada, ele só dorme... e eu acho que a medicação tem que agir, mas o paciente tem que ter vida, né, ele tem que dar conta de acordar, de levantar, não digo um paciente que tá em processo de crise, um paciente que tá muito grave ele vai ficar dopado uns dias mesmo, e a questão também/ eu não vejo necessidade dependendo dos casos, tem casos que você não precisa iniciar com medicação, você pode tentar trabalhar de outras formas.
> Eduardo: mas acontece?
> Manoela: o que?
> Eduardo: de iniciar com medicação mesmo sem ter necessidade.
> Manoela: inicia, eu acho que questão de ansiedade, nem todo caso de ansiedade tem que ser tratado com medicação né, você pode/ a gente, psicólogo, a gente pode tá fazendo outras coisas, atendendo, orientando, a gente não consegue fazer isso, né.
> Eduardo: por quê?
> Manoela: eu falo aqui no CAPS, a gente não consegue muito ter 'esse paciente na mão' assim, porque a gente não faz terapia ( )
> Eduardo: porque no CAPS o psicólogo não pode oferecer esse atendimento assim sistemático?
> Manoela: não, não é política de CAPS terapia, né, a terapia em si, então a gente acompanha o paciente na casa, mas a gente não consegue, 500 pacientes pra três psicólogos, como é que a gente vai atender esse tanto de gente?! Não tem como, e essa questão de medicação é isso, quando necessário é muito importante, mas eu vejo situações que não necessitaria, ou então as coisas que PASSA.
> Eduardo: passa da medida do que precisaria?
> Manoela: eu acho, eu tô respondendo, eu não sou psiquiatra não, mas eu vejo situações e situações.

A profissional dos CAPS discorre sobre a importância da medicação, mas faz ressalva quanto à perícia em sua indicação. Descreve o uso exagerado de remédios que acarretam torpor dos usuários, impossibilitando que os sujeitos em tratamento fruam suas vidas. Manoela traz para essa situação o pensamento crítico de que os casos em sua totalidade estão sendo atendidos com a premissa de que necessitam de medicação, mas entende que não deve ser assim.

Com a percepção de que a proposta de escuta, que deveria guiar os serviços substitutivos de saúde mental, está sendo negligenciada, Manoela faz o discurso sobre a impossibilidade em ter “esse paciente na mão”, o que se entende aqui, como a dificuldade de alcançar os usuários que ali estão diante de uma proposta de medicamento como tratamento.

6.1.4 Riscos e as zonas de transição da coesão social

Nessa categoria, abordam-se duas premissas: os riscos e as zonas de transição da coesão social. Tratar-se-á, ainda, de uma possível correlação entre os fatores do processo de coesão social, suas implicações e os riscos que podem fragilizar a condição dos participantes da pesquisa.

A seguir, consideram-se os dizeres de Fernanda em resposta à pergunta da seção *perfil* do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: Fernanda, qual teu grau de instrução?
> Fernanda: de estudo?
> Eduardo: É.
> Fernanda: bom, eu tinha parado, né, de estudar, agora - - aí depois que eu comecei fazer o tratamento aqui no CAPS, aí eu voltei a estudar, aí já estou fazendo o segundo ano, tô no EJA, né, tô no segundo ano.
> Eduardo: Segundo ano do segundo grau?
> Fernanda: É, do ensino médio.
> Eduardo: Do ensino médio?
> Fernanda: isso.
> Eduardo: Ótimo, tu tá trabalhando Fernanda?
> Fernanda: Não.
> Eduardo: Não tá trabalhando no momento?
> Fernanda: Não, eu faço assim, né, esses artesanatos aqui, tapete, é um dinheirinho assim, mas não é muita coisa pra dizer que eu me sustento com eles não.
> Eduardo: E como é que tu vem te sustentando então, tem o artesanato que tu tá caracterizando como um a mais, mas na questão do seu sustento, como que isso tem sido feito?
> Fernanda: Assim, antes de eu vim pra cá eu viva na prostituição, né, eu fazia programa na BR, ai devido - - porque aquilo lá é uma vida muito arriscada e eu viva nas drogas, daquele modelo - - aí minha família resolveu me ajudar de novo, porque até então eles tinham me abandonado, aí eu perdi minha casa, tocaram fogo na minha casa, até hoje não esclareceu, aí eles que dão tudo, eu vivo as custas do meu tio, que eu chamo ele de pai e da mulher dele que eu chamo de mãe, num tem, aí eu vivo na casa deles.

A partir dos dizeres de Fernanda acerca dos fatores “estudo” e “trabalho”, é possível que se estabeleça um paralelo com aquilo que Castel (2005, p. 416) entende como a “participação na subordinação”, ou seja, acesso aos dispositivos sociais de forma precarizada. A participação na subordinação, especificamente no caso de

Fernanda, se apresenta a partir do momento em que ela descreve que interrompeu seus estudos. Ela não apresentou os possíveis motivos que a levaram a interromper sua instrução. No entanto, segundo a participante, logo após o tratamento ela voltou a estudar.

Ao se olhar para a condição de vida relatada por Fernanda, pode-se traçar um paralelo com Castel (2005) no que diz respeito às zonas de vulnerabilidade e de desfiliação. Fernanda aponta que passou por momentos de baixa perspectiva de futuro antes de iniciar o tratamento no CAPS. Ela não estava estudando e tinha acesso à renda de forma precarizada, ou seja, praticamente destituída de qualquer proteção ofertada pelo Estado.

Quando se olha para a configuração das zonas de vulnerabilidade de desfiliação, percebe-se no relato de Fernanda que ela passou por um processo de transição entre a zona de vulnerabilidade e a zona de desfiliação. Acerca do processo de transição, a entrevistada relata que seu acesso ao trabalho era por meio de “programas” que ela realizava em um ponto da BR. Fernanda classifica a vida que vivia como “muito arriscada” e com um agravante: viver nas drogas. Em decorrência do estilo de vida levado, ela perdeu o apoio da família, sendo abandonada.

Uma situação de risco que afetou a capacidade de Fernanda frente às adversidades da vida é vista quando ela se refere à perda de sua casa. Da condição fragilizada da zona de vulnerabilidade, no entanto, precariamente incluída, Fernanda passa a uma nova condição de fragilização: a condição de desfiliação ao perder sua casa e seus bens. Ela relata, ainda, que a partir daquele momento recebeu apoio de seu tio e da esposa dele. A condição fragilizada de Fernanda ganha uma acentuação maior quando ela significa aquela vida que vivia como um risco a si.

No âmbito das ações em políticas públicas em saúde mental, o cuidado psicossocial dispensado pelo CAPS a Fernanda a considerou unicamente como sujeito do direito (SUSIN; POLI, 2016), na medida em que, por meio tão somente da medicalização, buscou-se a cura para seu transtorno, o que, à ótica da Psiquiatria tradicional, é suficiente para assegurar a sua reinserção na sociedade. Observe-se que foi desconsiderado o fato de a usuária viver à custa do tio, sem nenhuma perspectiva de um emprego formal. Em outras palavras, Fernanda teve negligenciado seu direito de reintegração social – incluindo-se inserção no mercado formal de trabalho – e, por conseguinte, reduzida a possibilidade de autonomia em face de sua condição de vulnerabilidade.

Considerem-se, seguir, os dizeres de Pedro em resposta à pergunta nº 06 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *concepção de saúde mental*.

> Pedro: cara demais... o processo cultural em si... o processo como a sociedade é constituída... de como ela funciona... o próprio sistema... sistema... parte aí pro sistema materialista... financeiro... consumista... e vários outros fatores ambientais que influenciam demais nesse desenvolvimento da patologia... do transtorno... seja através da dependência química ou das () que acabam aparecendo com a droga... com o uso abusivo de droga... então é primordial o meio ambiente... a ação do meio ambiente no indivíduo... a constituição familiar é basicamente o alicerce de muitos transtornos que a gente encontra aqui... famílias destruídas... ausência de concepção mais articulada entre pai e mãe... e:::::::::: toda a pobreza que a maioria desses pacientes acabam convivendo gera esses transtornos... não que as pessoa que são... ou que convivem num meio mais elitizado não tenham esse problema... tem e demais... mas por outros motivos sabe... aparece muito a questão curiosidade... a questão muito do grupo... da utilização da droga... de buscar a droga pra outros fins... mas o nosso público basicamente ele é periférico... ele é rejeitado socialmente... excluído... e eles enfrentam demais esse problema cultural... esse problema educacional... e do sistema como um todo.

Nos dizeres do participante Pedro, vê-se que ele discorre sobre os problemas estruturais do CAPS e também das implicações que a conjuntura social apresenta na relação socioeconômica dos usuários da rede. Pedro revela a necessidade de um serviço ou de um programa que atenda ao “pós-CAPS”. Para Pedro, somente a intervenção realizada pelo CAPS é pouco para a recuperação do indivíduo em condição de vulnerabilidade ou de desfiliação.

É possível aproximar a realidade descrita por Pedro acerca do CAPS com a “participação na subordinação” de Castel (2005). Essa aproximação é possível quando Pedro discorre sobre a existência da política pública que, no entanto, apresenta uma estrutura deficitária que não consegue atender adequadamente aos usuários da rede de serviços psicossociais.

Pedro apresenta que a estrutura dos CAPS oferta apoio por trinta dias, às vezes um pouco mais. No entanto, pela maneira como estão configuradas as políticas públicas do serviço e, consequentemente, a conjuntura social que engloba os atendidos, existe uma tendência de os usuários do serviço sofrerem com recaídas.

Ao se olhar para a estruturação do serviço e para as recaídas dos usuários que foram desassistidos, parece ocorrer um processo que visa à manutenção da condição de vulnerabilidade e da condição de desfiliação. A política pública atende até certo ponto buscando reintegrar o usuário na sociedade sem, no entanto, fornecer um suporte pós-internação.

A seguir, considerar-se-ão os dizeres de Carla em resposta à pergunta nº 03

do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *prática profissional e caracterização da teoria*.

> Carla: eu vou te falar do relato de duas pessoas fora desse ambiente aqui de trabalho. Uma disse o seguinte pra mim, ela veio foi atendida, foi indicado um plano terapêutico pra ela e parece que ela veio duas vezes, aí encontrei com a mãe dessa pessoa na rua e perguntei por que que ela não tinha vindo mais e a resposta que ela me deu foi que se fosse pra ela vir pra cá e ficar a tarde todinha sentada ali numa cadeira de braço cruzado ela ia ficar em casa, né, e a outra foi que aqui antes se oferecia muita coisa, muitas atividades, tinha várias coisas, e hoje já não se percebia isso e que a própria equipe via que não tava mais, não tinha mais esse interesse, né, então existe aí essa fala dessa ineficiência no tratamento dos usuários.

Carla aponta uma relativa precarização dos serviços ofertados no CAPS. O que chama à atenção no relato da entrevistada é a percepção, não somente da equipe de profissionais que compõem o CAPS, mas também dos usuários, familiares e comunidade acerca da precarização dos serviços que estão sendo ofertados pela rede. Especificamente nesses dizeres, Carla destaca indícios de uma possível manutenção dos usuários dos serviços nas zonas de desfiliação e de vulnerabilidade. Em vez de reintegrar esses usuários na sociedade, o serviço parece estabelecer um círculo vicioso.

Conforme relatado por ela, o serviço ofertado antes apresentava uma qualidade maior. No entanto, esse serviço sofreu precarizações que são percebidas pela equipe e pela comunidade. De maneira bem próxima à subordinação na participação, descrita por Castel (2005), Carla destaca que o atendimento ofertado no CAPS tende a se agravar a cada prestação de serviço precarizado ofertado aos usuários. Essa prestação precarizada do serviço tende a ampliar os riscos sobre a condição vulnerável dos usuários do serviço.

A ineficiência a que se refere Carla decorre do fato de, via de regra, o usuário dos serviços substitutivos de saúde mental ser considerado tão somente um destinatário de uma política pública, que, nas palavras de Susin e Poli (2016), precisa ser normalizado e institucionalizado. Significa dizer que, do ponto de vista das políticas públicas em saúde, em sua acepção tradicional, o tratamento deve centrar-se unicamente na doença e na medicação, sem qualquer compromisso em associar a dimensão psíquica/mental como a dimensão social. Em resultado, tendo sido o sujeito reduzido à condição de objeto, não há que admitir questionamentos, principalmente por parte do próprio usuário, quanto ao que a atenção psicossocial ofertada representa para ele, tanto dentro quanto fora do ambiente institucional, no que se

refere à preservação ou mesmo ao desenvolvimento de seus projetos individuais, para a sua história de vida.

A seguir, considerar-se-ão os dizeres de Dolores:

> Eduardo: e essas relações de transtorno mental, de doença mental, de estresse como a senhora fala, a senhora acredita que isso se desenvolve, que isso acontece, começa como, como a senhora acredita?
> Dolores: eu acho que é por causa do dia a dia que nós vivemos, tanta coisa, pegou meu filho, né.
> Eduardo: que a senhora também teve que trazer ele para fazer tratamento aqui.
> Dolores: trouxe para cá.
> Eduardo: com quantos anos ele precisou vir?
> Dolores: ele ficou aqui poucos dias porque (...)
> Eduardo: mas ele tinha quantos anos na época?
> Dolores: acho que ele tinha dezoito.
> Eduardo: tinha dezoito?
> Dolores: eu acho que era, aí então depois daquele (achismo) os enfermeiros queriam levar ele, ele correu ali para a rodoviária, sentou ali, aí os enfermeiros tudo::/ achou uma vaga para ele no São Francisco, ele ficou lá interno, depois ele voltou para cá, depois ele foi para onde o pai dele, o pai dele já morreu (quando eu vim) aí ele não quis mais ficar com o pai, foi para a rua, fumou droga, fizeram até uma tatuagem nele de graça, então tudo isso eu acho que esse estresse meu já vem de:: (...)

A senhora Dolores descreve como causa de sua relação com a atenção de saúde mental a historicidade de seus laços sociais, revelando o entendimento sobre si por meio do discurso de penúria em relação ao sofrimento mental de seu filho. Revela que havia um lugar determinado para seu filho, lugar que o inscreve como doente.

Percebe-se que a senhora Dolores entende o incômodo de seu filho sobre a proposta de internação. Contudo, deixa transparecer que não foi oferecida outra medida, que não a internação, ou seja, exclusão.

A seguir, considerar-se-ão os dizeres de Roberto, servidor do CAPS AD III.

> Eduardo: e eles buscam isso, cura?
> Roberto: todos buscam cura, acho que todos chegam querendo uma cura, que é questão cultural acreditar que o processo saúde doença vem buscar uma cura.
> Eduardo: e o que vocês falam pra eles nessa hora?
> Roberto: então, acho que a gente tem um pouco de cuidado em falar isso inicialmente, porque senão pode frustrar e fazer com que o cara abandone ou então ele se entrar no processo de depressão maior ainda, ah. então pra mim não tem mais jeito, então a gente tenta inicialmente vincular ele e nesse processo trabalhar com conceito dessa busca de cura, né, principalmente na dependência química a gente tem essa questão de trabalhar essa ideia que ele precisa de sempre estar nesse cuidado, e que as recaídas deles, ele vão ter que saber administrar, que é mais importante são a forma que ele administra a recaída e a gente aceitar isso do que a busca por uma cura ou uma abstinência que isso é ilusão acreditar que vá existir pro resto da vida dele, né, mas acontece, né, mesmo ele abstendo ele vai também precisar de cuidado.

Roberto evidencia que os usuários chegam ao CAPS com a noção de que possuem uma mazela, enfermidade a ser curada. Percebe que há um discurso que ainda embasa o antagonismo mal elaborado entre saúde e doença, dizendo que existem doentes a serem curados, a serem inseridos como parte recuperada à sociedade.

Para a manutenção da coesão social, tal como coloca Castel (2005), um cuidado específico é oferecido, em que o pedido de cura é posto como possível, mas é consenso o trato por meio da cronicidade da situação. E, enquanto isso, coloca Roberto, os usuários vivem uma ilusão de integração.

Portanto, as recaídas dos vulneráveis jamais serão aceitas de fato, não são vistas como novas oportunidades de busca de autonomia, mas pretextos para o cuidado predeterminado que mantém o tecido social como interessa aos incluídos.

Consideram-se, neste momento, os dizeres de Amanda.

> Eduardo: vocês se sustentam como hoje, que tu não estás trabalhando nem ele.
> Amanda: não, a gente não está trabalhando, mas quando aparece qualquer coisa para a gente fazer a gente faz, entende, e tem sempre alguém que ajuda, hoje em dia a gente passa muita necessidade, mas nem sempre a gente chega ao ponto de não ter alguém que ajude, né.

Nota-se que Amanda e seu companheiro não possuem condições financeiras, no momento, para a manutenção da própria subsistência. E, que tal configuração não começa com a relação com drogas ilícitas.

O casal encontra-se entre a zona de vulnerabilidade e desfiliação, onde por vezes, por meio de relações precárias de trabalho, alcançam dispositivos que lhes conferem situação melhor que a desfiliação. No entanto, em situação de vulnerabilidade, necessitam de suporte do serviço de atenção psicossocial, que por sua vez não consegue dirimir esse translado interregno, pois não se desvencilhou das noções que confundem o sujeito com o próprio risco.

A seguir, consideram-se os dizeres de Suzy.

> Eduardo: então vocês acabam trabalhando também no CAPS a relação de emprego.
> Suzy: de emprego, de cursos pra que ele tenha – que ele possa tá dentro da sociedade como uma pessoa que também é igual aos outros, apesar dele ter essa doença ele tem capacidade de trabalhar, ele tem capacidade de ter outras atividades, de relacionamento bom com a família, e assim por diante
> Eduardo: isso tem acontecido Suzy?
> Suzy: TEM, tem acontecido, a gente tem umas parcerias com o Pronatec, com o Senac, os sistemas S, né, e também com o Sine, a gente encaminha o usuário sempre pra – com a Secretaria de Ação Social – pra tá se envolvendo junto com a sociedade, né, com os direitos que ele tem, é

> habitação e aí vai.

Suzy discorre sobre as propostas dispostas em lei que se referem às atividades e responsabilidades dos serviços substitutivos de saúde mental em relação à busca de integração e autonomia dos usuários. Contudo, vê-se que a proposta recorre da ênfase de que esse é doente, mas possui a capacidade de trabalhar.

Observa-se que a ideia parte da tentativa positiva de reparação e possibilidade de impedir que o sujeito vulnerável continue sem trabalhar, porém, o preço é a estigmatização que o remete sempre a trabalhos operacionais, quando são conseguidos. Nota-se que a autonomia desses usuários é guiada, ou seja, não lhes é oferecido suporte à reflexão e à ressignificação da cadeia de significantes que lhes dizem como doentes.

Neste momento, a análise considerará os dizeres de Kleber:

> Eduardo: e no serviço social? O assistente social ou a assistente social? Como é que está te acompanhando esse tempo todo aí?
> Kleber: está atendendo a gente bem, não está atendendo a gente mal, é o que arruma tudo o que a gente quer, se preocupar muito com a gente aí, está bem.
> Eduardo: tu precisavas de documento quando chegaste aqui? Tu precisaste de alguma ajuda, algum auxílio assim que ele ou ela tenha conseguido para ti?
> Kleber: é, ela arrumou um documento para mim.
> Eduardo: quanto a cursos de trabalho, essas coisas, tem aí?
> Kleber: isso aí agora vai começar um curso aí que a gente se inscreveu, acho que vai começar semana que vem aí.
> Eduardo: antes não tinha, agora vai ter?
> Kleber: é, agora vai ter.

Kleber percebe o engajamento da equipe para a tentativa de integração dos usuários do serviço à vida civil plena, entretanto, revela a falta de interesse genuíno da parte governamental observada no largo do tempo, pois lembra-se que o entrevistado recebe atendimento no CAPS AD III há quatro anos, e somente agora os profissionais do serviço conseguem apoio para direcionar os que demandam esse auxílio.

Vale notar que o perfil de frequentadores em ambos os centros de atenção psicossocial de Araguaína-TO é comum no que tange a alguns riscos e vulnerabilidades sociais. As entrevistas mostram a condição precária destes em relação ao trabalho, à moradia e à assistência, por exemplo, trazendo a constatação de que os serviços substitutivos, organizados como estão nesse município, servem como mantenedores das zonas de transição da coesão social inalteradas.

Os ativos sociais, nesse caso, são mantidos para o impedimento de desfiliação,

mas precários quanto à autonomia de seus servidores e usuários.

6.2 Categorias intermediárias

As categorias intermediárias se formaram de maneira semelhante às iniciais. No entanto, o diferencial das categorias intermediárias é que elas derivam das categorias iniciais. Assim como nas iniciais, as intermediárias partem das primeiras impressões acerca da realidade pesquisada, tendo como objeto de análise as entrevistas transcritas. Elas são formadas com base em recortes selecionados dos dizeres dos entrevistados e conta com o respaldo do referencial teórico.

6.2.1 Medicalização

Evidencia-se nessa categoria que a relação para a necessidade de tratamento é externa, promovida pela medicalização do diferente em suas conceituações expostas ao longo do trabalho. Averígua-se a medicalização como norteadora do atendimento dos usuários dos CAPS de Araguaína-TO. Isto é, há prevalência do saber e do agir médico-psiquiátrico nessas instituições. Essa categoria foi constituída a partir da junção e da relação com as categorias iniciais: Rotulação diagnóstica, Silenciamento dos sintomas e Medicamento como tratamento.

Consideram-se, a seguir, os dizeres de Fernanda em resposta à pergunta nº 01 do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Fernanda: ah, eu tô fazendo tratamento pra me libertar das drogas que eu usava que eu não conseguia passar um dia sem usar ela, quando dava cinco horas da tarde, que tava escurecendo eu já enlouquecia pra usar droga, já automaticamente, num tem? e eu fazia tudo, eu fazia programa eu roubava aprontava, assaltava, eu fazia tudo, tudo que você imaginar pra arrumar dinheiro pra usar essas drogas, então o motivo de eu tá aqui foi pra mim parar de usar droga mesmo...

Fernanda descreve sua relação de uso abusivo de substância psicotrópica, em que subvertia valores morais para a obtenção dessas drogas. No entanto, a entrevistada não descreve qual a motivação para sua drogadição, não estabelecendo conexões emocionais para tais feitos. Ela discorre com certa insegurança sobre a crença de que está recebendo tratamento para não usar mais drogas, como se precisasse se convencer e preterir demais questões não reveladas: “O motivo de eu tá aqui foi pra mim parar de usar drogas mesmo”. Vejam-se outros dizeres de

Fernanda.

> Eduardo: E como que tu te sentiste quando tu soubeste que iria receber tratamento aqui no CAPS?
> Fernanda: Não, eu não senti nada, eu vim por vim, num tem, eu achava que ah, eu vou, porque eu tô perdida não tenho onde ficar se eu não vim meu pai não vai me aceitar dentro da casa dele, eu não posso ficar na rua como é que vai ser, aí eu vim por vim mas aí de acordo com que eu fui vindo eu fui levando a sério, mas eu tava vindo só por vim mesmo.
> Eduardo: Tu acreditas que precisas de tratamento?
> Fernanda: Eu acredito, eu e todos que estão na mesma situação precisam de tratamento.
> Eduardo: É, por quê?
> Fernanda: porque senão o final é o que a gente vê todo dia na televisão né, ou é na cadeia ou é no cemitério.

Nota-se a percepção inicial de Fernanda quanto aos seus sentimentos quando soube que ia receber tratamento no CAPS. A relação para a necessidade de tratamento é externa e denuncia a busca de medicalização para o diferente. Ela descreve seu envolvimento inicial com o tratamento como irrelevante, mas segue frequentando o serviço relatando motivação advinda do julgamento comparativo social de que estava “perdida” e da necessidade de aceitação dos pais.

Hoje a entrevistada acredita que precisa de tratamento reverberando rotulação diagnóstica e generalizando como “mesma situação”. Ela percebe e relata que a falta de enquadramento proposto no tratamento apresenta duas possibilidades: cadeia ou falecimento. Sendo assim, analisa-se nesse relato que o significado de fazer tratamento no CAPS passa pela fuga do julgamento social impregnado de considerações médicas e de sobrevivência, mas não pela elaboração da individualidade de ser. Considerem-se mais alguns dizeres de Fernanda.

> Eduardo: No teu acompanhamento psicológico, por exemplo, ele tá surgindo quando tu requisitas ou tem dia certo, é uma constante tanto psiquiatra quanto psicológico?
> Fernanda: O psiquiatra é todo mês né, agora o da psicóloga é só quando - - eles que reparam, a gente pensa que eles não presta atenção na gente, mas eles reparam como é que tá a gente, se a gente tá muito agitado, se tá - - o jeito da gente eles que marca, eu não me preocupo muito de conversar muito com a psicóloga não.

Observa-se, a partir dos dizeres de Fernanda, que essa não percebe maior importância no acompanhamento de suas questões psicológicas. Ela discorre que o atendimento psiquiátrico ocorre sistematicamente, mas já denunciou, e visto aqui em análise, que o acompanhamento psiquiátrico se dá principalmente por meio de intervenção medicamentosa. Sendo assim, evidencia o emprego do saber médico de forma constante em detrimento de sua própria percepção sobre a importância dos

aspectos psicológicos que a constituem. Apesar das referências sobre sintomas observados pela Psicologia, esses acabam recebendo suporte da Psiquiatria, ou seja, caem na lógica de serem silenciados.

Vejam-se, a seguir, os dizeres de Pedro em reposta à pergunta nº 05 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *prática profissional e caracterização da teoria*.

> Pedro: no primeiro momento o papel mais importante é o da Psiquiatria com essa questão de aprofundamento da patologia, às vezes descoberta do diagnóstico, é o primeiro diagnóstico que o paciente recebe muitas vezes, principalmente na questão aguda da crise de abstinência.

Nota-se, de acordo com os dizeres de Pedro, que, apesar de os serviços substitutivos de saúde mental serem pautados pela intenção de quebra do paradigma em relação à Psiquiatria tradicional, que tem como objeto a doença, a percepção do participante da pesquisa é de que em primeiro lugar deve-se considerar os preceitos da Psiquiatria. Tal consideração denota que as práticas nos CAPS sofrem ingerência de medicalização, em que a patologia se sobrepõe à noção de sujeito de quem busca atenção psicossocial.

Considerem-se, a seguir, outros dizeres de Pedro referentes à pergunta 02 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *contexto de aplicação*.

> Pedro: acredito eu que uma rede bem constituída daria muito mais continuidade e tempo pra que esse paciente conseguisse de uma certa forma pra aqueles que não escolhessem se libertar completamente, mas fazer um uso mais controlado, um uso mais prazeroso da droga, eu acho que se existisse uma continuidade, daria tempo ao organismo para se adequar àquela realidade que ele deseja, se é simplesmente reduzir o uso ou se é simplesmente retirar o uso completamente da vida dele.

A percepção que Pedro traz em seus dizeres contém noções pertinentes à medicalização, como: foco na performance do indivíduo, dissociado de sua historicidade e baseado em seu querer, e entendimento do organismo como controlador do desejo. Vejam-se, a seguir, os dizeres de Carla referentes à pergunta nº 10 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *concepção de saúde mental*.

> Carla: o tratamento, Eduardo, pra esses transtornos eu acho ele uma coisa muito delicado, num é, eu vejo uma preocupação muito grande na questão médica, né, da medicalização, eu vejo de outra forma, eu vejo que a escuta né, do que causou aquilo ali, você ir na raiz, a conversa mesmo mais elaborada, ela auxilia muito.
> Eduardo: e qual seria o papel então dos profissionais então diante dessa pessoa com transtorno mental?

> Carla: eu não se na pesquisa divulgada alguém ficara chateado, mas pra mim é importante a Psicologia, porque é com quem eu converso das minhas angústias, dos meus anseios né, apesar que a equipe toda tem sua importância, mas a gente sabe que existe grau de importância em cada um, pra mim na saúde mental, tá a Psicologia por ser questões emocionais. [...] pra mim o atendimento de A a Z tinha que passar por uma avaliação psicológica, pra mim precisaria, não tô aqui desqualificando as outras categorias, mas pra mim precisaria, pra mim é essencial.

Carla evidencia para a análise, segundo a sua percepção, que o trabalho que acontece no CAPS ainda hoje se baseia em preocupação muito grande na área médica. Ela denuncia discrepância entre o “saber médico” e a “escuta dos usuários do serviço”, em que a investigação mais elaborada em torno da “raiz” da queixa dos pacientes não acontece. Ela cita claramente que a medicalização está como ação primeira dentro do serviço de atenção psicossocial.

Evidencia-se, de acordo com a percepção de Carla, que angústias e anseios não estão sendo acolhidos por meio da dinâmica da Psiquiatria operante no CAPS. Ela aponta que há uma dificuldade para a desconstrução sobre a noção da lógica do serviço baseada no agir médico, quando discorre do receio em dizer que “alguém ficara chateado” com a pesquisa. Porém, Carla deixa transparecer, quando pontua: “Pra mim precisaria”, que não está acontecendo algo além de medicalização nos CAPS.

Traçando um paralelo entre o relato de Carla e considerações de Foucault (1979), percebe-se que a medicina passa a exercer um papel fundamental no controle e gestão do corpo, interferindo nos modos de vida e nas condutas individuais e coletivas por meio da definição de regras que deveriam orientar a vida moderna, não apenas no que diz respeito à doença, mas também às formas gerais do comportamento humano, como a sexualidade, a fecundidade, a fertilidade e outros. O vocabulário e a racionalidade médicos passam a ser utilizados como forma de poder do governo sobre a população, o qual passa a analisar, em termos médicos, comportamentos desviantes, como a delinquência, a criminalidade e o alcoolismo.

A partir dos dizeres de Carla, é possível perceber aquilo que Roudinesco (2000) compreende quando o sujeito do inconsciente não é ouvido e que se acredita que a substituição de um paradigma por outro não é inocente, e que hoje o paradigma seguido é de uma valorização dos processos psicológicos de normalização em desfavor das formas de exploração do inconsciente, em que o conflito neurótico contemporâneo é tratado como uma depressão sem causa psíquica oriunda do inconsciente. Sendo assim, ainda que se diga de ordem psicológica, os fenômenos

na sociedade, principalmente em torno da saúde, são averiguados pelo prisma da medicalização, em que uma performance social deve ser alcançada num comparativo entre estar e não estar doente.

É possível, ainda, a partir dos relatos dos entrevistados, traçar um paralelo com Dias e Fingermann (2005) quando dizem que o saber científico não é sinônimo de atividade de pesquisa pura, pois o capitalismo patrocina a ciência fazendo com que ela seja responsável e respeitada pela produção dos objetos que comandam um sujeito sem inconsciente. Denominam como “covardia moral” o efeito no sujeito, da supressão do gozo, estabelecendo que na depressão o que se recolhe do caráter subjetivo é a base de onde se poderá entender os motivos pelos quais o sujeito fala de si por meio da medicação, quando pontuam que os efeitos do remédio serão parte dele, como ele se sente, e que esse sujeito se avalia sempre como em acordo ou como devedor dos efeitos da medicação. Discorrem que a “covardia moral” por meio da supressão do gozo se constitui em afeto da depressão, tendo o sujeito expressando sua questão por meio dos nomes e efeitos das medicações, pelo discurso do outro. A ação da medicalização faz com que o sujeito não seja capaz de perceber que quanto mais ele fala a língua científica sobre o inconsciente, mais distante da causa de seu desejo ele fica. Nesse contexto, os autores afirmam que a relação dada pela medicalização cria um tipo de separação na qual a fala não toca mais a verdade, e essa não tem mais razão para ser alterada.

A seguir, serão considerados os dizeres de Dolores.

> Eduardo: você chegou a colocar a corda no pescoço?
> Dolores: não coloquei porque o João chegou na hora.
> Eduardo: mas estava com a corda pronta de forca?
> Dolores: estava pronta, ele que mexe com os negócios, janela, tudo ele faz, aí ele estava lá soldando, eu passei, mas eu não me lembro, eu sei que eu passei, aí tem um almoxarifado onde ele guarda as ferramentas, eu entrei e fui certinho nas cordas, eu me lembro que eu fiz isso mesmo, aí eu peguei a corda e coloquei assim, mas eu não me lembro mais, quando eu me lembro foi ele chegando quando eu estava colocando na escapa, aí ele: ‘oh, Dolores, tu foi embora, vendeu nossas coisas, eu te aceitei de volta, mas tu quer fazer isso, teus irmãos vai me cobrar, porque eu garanti para teu irmão que eu ia cuidar de ti’, aí começou a chorar e disse: ‘agora tu vai para o CAPS’, aí foi quando me trousse para cá.
> Eduardo: e você aceitou vir?
> Dolores: aceitei, ele disse: ‘olha, Dolores, se tu não ir para o CAPS agora, eu te levo lá para onde teu irmão’, aí eu vim ( ) (Núbia) é um anjo de Deus, aí estou aqui.

O lugar de suposto saber dirigido aos promotores de cuidados, nesse caso, médicos e psicólogos, entre outros servidores dos centros de atenção psicossocial, é

importante para o estabelecimento de vínculo. Contudo, é psicanaliticamente ético que esses promotores não se coloquem nesse lugar, e confiram possibilidades para que o outro reflita e se implique em sua cadeia significante.

No entanto, o que pode ser observado é que Dolores recebe discursos que a colocam em posição de que somente o saber médico lhe resultará condições de fruir a vida. É notório que Dolores precisa dizer de si quando sai de casa, vende bens, põe uma corda no pescoço, porém, o que acontece é a ideia de que há uma norma a ser aprendida nos CAPS.

A seguir, serão considerados os dizeres de Roberto em reposta à pergunta nº 03 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: tu acreditas que ... o transtorno mental é uma doença, qual a tua concepção de transtorno mental?
> Roberto: então, não sei se eu tenho errado, eu tenho o pensamento que existe o transtorno psiquiátrico, ele é algo meio fisiológico – vamos dizer assim – e tem o estado psicológico da pessoa que esse sofrimento ao longo do processo pode gerar uma doença mental – vamos dizer assim – eu imagino dessa forma, então assim, é como a pessoa, o corpo sofrer ao ponto de adoecer eu penso a mente mais ou menos assim, o sofrimento desse sujeito ai tem o determinante externo, sociais, e pode gerar uma doença mental – vamos dizer assim, generalizando – que pra mim é o transtorno mental, transtorno psiquiátrico, que aí você tem o estado psicológico e esse estado psicológico pode gerar um transtorno psiquiátrico, né... que esse psiquiátrico pra mim já é mais fisiológico, já é mais biológico – vamos dizer assim – e a mente, o psiquê você tem ali que se cuidar para não chegar a isso, mas também penso que tem pessoas que tem uma predisposição maior – igual uma doença biológica, né, de outro órgão, vamos dizer assim – que também se você não cuidar, não prevenir você vai adoecer, como um câncer, né, ou até mesmo um resfriado não cuidado pode gerar uma pneumonia, um sofrimento não cuidado pode gerar um transtorno, e tem pessoas que tem mais facilidade ou não ( ) que deva ser uma fragilidade ou até um determinante genético que facilita para aquela pessoa desenvolver, pessoas que sofrem a vida inteira e consegue manter uma vida estável, não de sofrimento, que acho que todo mundo tem seu sofrimento, né, mas ela consegue equilibrar aquilo ali e não sair daquela normalidade que a gente acredita que seja o ideal para a pessoa conviver em sociedade.

Roberto considera que há uma determinação psicológica para o transtorno mental, mas esse é fisiológico, por fim, biológico. Por instantes, o entrevistado faz referência à noção psicossomática, no entanto, ainda percebe a questão arraigada a determinações genéticas.

O profissional do CAPS AD III fala sobre equilíbrio em torno de uma normalidade almejada como ideal à convivência social, isto é, o saber médico ultrapassando seu objeto de estudo e determinando critérios sobre o sofrimento do sujeito.

Por conseguinte, também serão analisados os dizeres de Amanda em reposta à pergunta nº 01 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: tu sabes me dizer o que seria saúde mental, o que pra ti é saúde mental?
> Amanda: pra mim saúde mental é você ter pensamento normal como da maioria das pessoas, que ninguém tem os pensamentos iguais, ninguém/ eu acho que cada pessoa tem um pensamento diferente, mas pra mim ... é:: é difícil, mas ...

Apesar da reflexão de individualidade, Amanda tem em sua percepção a transversalidade da exigência de uma norma de pensamento, que para ser saudável mentalmente é necessário acompanhar uma estatística. Considera difícil explicar sobre saúde por meio do conhecimento medicalizado.

A seguir, serão considerados os dizeres de Suzy em reposta à pergunta nº 02 da seção *contexto de aplicação* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: e pra finalizar Suzy aqui.
> Suzy: e já tá acabando? Tava achando tão bom.
> Eduardo: já::
> ((risos))
> Eduardo: que bom, ótimo, fico feliz em ouvir isso, é:: quais são os critérios que tu destacarias, que tu pensarias pra mim aqui pra que tua atuação melhorasse de acordo com a ideia de CAPS, tu acreditas que existe alguma coisa que possa melhorar, o que seria?
> Suzy: aqui nós temos muito o que desejar aqui no CAPS, por exemplo, nós tínhamos que ter um carro pra fazer mais visita domiciliares, busca ativa desses usuários que as vezes eles abandonam o tratamento e a gente tem que ter mais profissionais pra atuar dentro desse serviço aqui do CAPS, mais médicos, né, médicos que eu digo assim pra poder tá fazendo visita domiciliar com a gente, fazer mais essa busca ativa, trabalhando a comunidade fazendo os () essas coisas aí é tudo importante.

Suzy destaca em resposta à possibilidade de melhoria do serviço no CAPS II a falta de instrumentos e pessoal, porém, cabe analisar que uma das atividades elencada pela servidora, busca ativa, descrita segundo ela, está determinada a acontecer pela hipótese de evasão do usuário de seu tratamento. Percebe-se que existe uma necessidade de dizer uma verdade sobre o outro, o sujeito, que segundo o olhar da medicalização, deveria estar em tratamento em lugar específico, e não em casa e demais espaços das cidades.

A seguir, serão considerados os dizeres de Kleber.

> Eduardo: saúde, se eu te perguntar o que que é ter saúde? Que que é ter saúde mental? Que que tu acha que é.

> Kleber: é ser sadio, ser sadio inteiro, não ter doença de nada, não ter problema com nada, nem no corpo nem na mente nem nada, acho que é isso.

Kleber refere-se à saúde por meio da impossibilidade conceitual de plenitude de bem-estar. Essa percepção de saúde traz consigo critérios indefinidos do que seria bem-estar biopsicossocial, levando em conta a complexidade dos sujeitos. Porém, apesar de inalcançável, é em busca desta modalidade de saúde que por tempos o saber médico se debruçou, com discursos impondo performances irreais ao sujeito para que esse pudesse se dizer sadio.

O sofrimento é colocado de lado por meio da extração da doença; o entrevistado enfatiza que saúde seria “não ter problema com nada, nem no corpo nem na mente, nem nada”. Tal situação, se possível, negaria a subjetividade do sujeito, portanto, todos seriam iguais, o que não deixa de ser a essência da medicalização, normalizar e excluir os diferentes.

Os dizeres de Manoela em reposta à pergunta nº 07 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço são analisados a seguir.

> Eduardo: como que tu acreditas que o transtorno mental se desenvolve??
> Manoela: quando alguma coisa ali vai dar errado, vai correr contra, e também tem as questões...
> Eduardo: contra o quê?
> Manoela: contra esse... contra esse padrões culturais entendeu, contra o que a gente é educado de um jeito, família, mãe, pai, o meio, e aí quando alguma coisa começa a fugir aí é onde começam a aparecer os problemas.. fora que também tem a doença em si que é o fisiológico, né, que a gente sabe que tem pelos estudos.

Manoela é direta ao expressar sua percepção sobre o domínio de um padrão imposto desde a tenra idade aos sujeitos. Concebe que o desenvolvimento de um transtorno mental está atrelado ao “fugir” dessa determinação, que problemas surgem daí. Estabelece a conexão utilizada pela medicalização, quando utiliza critérios fisiológicos para ratificar que o desejo singular do outro é inadequado, doente. Portanto, passível de ajuste biológico.

6.2.2 Vulnerabilidade

Essa categoria aglutina tematicamente a categoria inicial: riscos e as zonas de transição da coesão social. Ela apresentará a condição dos participantes frente aos riscos e às zonas que compõem o processo de exclusão. A seguir, serão considerados

os dizeres de Fernanda em resposta à pergunta nº 02 do roteiro de entrevista com os usuários.

> Fernanda: ah, eu tô fazendo tratamento pra me libertar das drogas que eu usava que eu não conseguia passar um dia sem usar ela, quando dava cinco horas da tarde, que tava escurecendo eu já enlouquecia pra usar droga, já automaticamente, num tem, e eu fazia tudo, eu fazia programa eu roubava aprontava assaltava, eu fazia tudo, tudo que você imaginar pra arrumar dinheiro pra usar essas drogas, então o motivo de eu tá aqui foi pra mim parar de usar droga mesmo.

Fernanda explicita no início de seu relato que estava fazendo o tratamento para se libertar das drogas. A mesma infere que todos os dias se drogava e que ao cair da noite sentia a necessidade de usar. Para manter o vício, ela relata que fazia de tudo para conseguir o dinheiro necessário para a compra. Quando se olha para a condição de desfiliados descrita por Castel (2005) e, aproximando-a ao conceito de vulnerabilidade de Jesus et al*.* (2018), percebe-se que Fernanda apresenta características de um perfil vulnerável: não tem emprego fixo, regulamentado e mantém acesso precário aos dispositivos sociais.

Ao citar o uso de drogas e a necessidade de se libertar, Fernanda apresenta um fator de risco que afetou sua capacidade frente às adversidades da vida. No entanto, ela reconheceu que o motivo de estar no CAPS fazendo tratamento era uma tentativa de sair da vida que levava.

A seguir, serão considerados os dizeres de Pedro em resposta à pergunta nº 11 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção concepção *de saúde mental*.

> Pedro: olha... o papel eh::: eu acho que ele muda com as fases do tratamento... a fase inicial... que é a fase de busca... onde o paciente tá passando às vezes pela abstinência e pela toda síndrome que envolve a abstinência... seria uma papel realmente de acolhimento... de orientação... de informação... de acompanhamento do tratamento psicológico e do tratamento fármaco-terapêutico... e no decorrer da evolução dos pacientes entram essas outras áreas que são muito mais importantes já após uma evolução que geralmente dura uns 3 a 4 meses... eh::: algumas coisas passam a bloquear essa evolução... após 3 meses normalmente... a falta de perspectiva de trabalho... a ausência de estrutura familiar... sempre jogam novamente o paciente no uso abusivo da droga... então se a gente não interferir nessas áreas a gente vai ficar sempre retornando... tendo aquele paciente retornando em abstinência crítica ou aguda devido à reutilização abusiva daquela droga... se a gente não melhorar... ou não buscar de alguma forma interferir nesses bloqueios que ou a sociedade... ou a família... ou a falta de oportunidades acaba implementando a esse paciente.

Pedro destaca em seu relato as fases de tratamento e de como o usuário se comporta em cada uma delas. Percebe-se, nesse trecho da entrevista, uma espécie de círculo vicioso que afeta diretamente a condição do usuário da rede. A partir da

percepção de Pedro acerca dos serviços ofertados é possível inferir que esse círculo vicioso se inicia com o tratamento e, após alguns meses, por falta de perspectiva, o usuário tende a cair, mais uma vez, no uso de drogas.

Se a vulnerabilidade trata da condição de pessoas ou grupos frente aos fatores de riscos e as zonas revelam os fatores da coesão social, é nítido que esse círculo vicioso pareça operar uma manutenção da condição do usuário. Pedro relata que por muitas vezes o usuário faz o tratamento, apresenta melhoras significativas, no entanto, o não acesso ao trabalho e a ausência de estrutura familiar coesa acaba por bloquear a evolução.

Ao se aproximar a condição de desfiliados à sua função social no processo de coesão, percebe-se que os serviços ofertados na rede de atenção psicossocial tentam subverter o processo de coesão social. No entanto, mesmo nessa tentativa de subversão, ou seja, de tentar reintegrar o usuário na sociedade, os serviços substitutivos esbarram em dispositivos sociais básicos, como, por exemplo, o acesso ao trabalho, e se tornam ineficazes.

Vejam-se, a seguir, outros dizeres de Carla.

> Eduardo: porque assim me pareceu muito pontual, tipo assim, ah, o CAPS que tá em Araguaína, né, mas a ineficiência do acompanhamento no CAPS por ser demanda espontânea enfim?
> Carla: não, aí, Eduardo, essa questão do geral do CAPS, o que é que eu vejo que ficou de dificuldade, de ineficiência são as questões de pessoas que não têm como ficar aqui um período maior pra que eles sejam cuidados, quando as clinicas foram fechadas, a daqui principalmente ficou aí sem suporte pra aquelas pessoas que precisavam ficar, nesse sentido aí o CAPS do modo geral no Brasil com a proposta foi ineficiente, tinha que tá bem mais (costurado) essa coisa aí pra que essas clínicas foram fechadas pra que não ficasse ninguém aí desassistido, porque hoje você vê aí nas ruas de Araguaína muita gente, né, que tão desassistida porque o hospital, o número também de vaga é reduzido aí sim ele foi ineficiente nesse sentido de modo geral no Brasil.

Carla considerou em seu relato a condição de vulnerável e de desfiliados de muitos usuários do serviço. A partir da percepção dela sobre os serviços substitutivos e a maneira como foram implantados, infere-se que os serviços apresentam deficiências estruturais. Carla percebe que o problema não se restringe à forma como a política pública foi pensada, mas, sim, à maneira como foi implantada.

Carla compreende que as deficiências estruturais mais gritantes são as poucas vagas/leitos disponibilizados nos serviços e também na rede de hospitais públicos. Para a entrevistada, a política em si não é ruim, mas a maneira como foi implantada

acaba por operar uma espécie de manutenção da condição de vulneráveis e de desfiliados na sociedade.

A partir do fechamento das clínicas, segundo a percepção de Carla, muitos usuários acabaram por ficar desassistidos e passaram da condição de precariamente assistidos para a condição de desfiliados. Carla ressalta ainda que essa situação parece não afetar apenas os usuários da cidade de Araguaína, mas também aqueles usuários mais vulneráveis no âmbito do território nacional.

A seguir, serão considerados os dizeres de Dolores:

> Eduardo: aí como está se tratando, está fazendo o cursinho e passa tranquilamente.
> Dolores: é porque senão os clientes não ficam, vão ficar aqui ‘ah a dona é doida’, né.
> Eduardo: entendi, e já aconteceu de falarem isso para a senhora?
> Dolores: não, lá porque eu não falo pra ninguém, mas várias pessoas, já vi várias pessoas dizendo a preta - - porque o João me chama de preta, (mas meu nome é Dolores) - - já vi várias pessoas dizerem assim a preta é doida, ela toma remédio do CAPS/ semana passada eu discuti com uma pessoa, ele disse: ‘ah, então tu toma remédio do CAPS então tu é doida’ eu digo não, doidos não somos nós que estamos lá fazendo tratamento, doido é vocês que não tomam remédio e não assumem que é doido, respondi isso, porque realmente eu acho que é assim, né, porque nós estamos aqui, nós tem médico, tem psicólogo, tem psiquiatra, tem tudo, né, e nós estamos aqui, eles estão vendo tomando remédio, como é que nós estamos doido se nós estamos tomando os remédios, agora as pessoas que dizem que nós estamos doido, eles estão mais doido do que nós, eu penso assim, aí essa pessoas disse assim ‘oh, menina, desculpa’.

Seguindo o discurso de Dolores, pode-se verificar a demarcação de exclusão imposta pelo preconceito aos que buscam auxílio nos serviços substitutivos de saúde mental, em que a relação de trabalho fica comprometida ao se revelar frequentador da instituição de atenção.

A seguir, serão considerados os dizeres de Roberto.

> Eduardo: e quando vocês falam que não é para internar?
> Roberto: aí a gente tem que trabalhar bastante esses conceitos, explicar e aí a gente consegue, mas ao mesmo tempo a gente discute porque a gente não consegue ter os equipamentos necessários para dar esse serviço substitutivo e nos deixa deficiente no cuidado e acaba justificando uma internação pelos próprios familiares, pela própria justiça, ah, o CAPS não funciona.
> Eduardo: estão cobrando um resultado, deixa eu ver se entendi.
> Roberto: não é nem cobrando, é porque a gente não consegue ter esse resultado de ofertar um serviço substitutivo e acaba dizendo, principalmente com adolescente para vincular com o serviço.

Roberto esclarece a questão dos riscos e da precariedade dos serviços ofertados que acabam por desencadear um pensamento de impotência trazendo retrocesso a ponto de entender que a solução se fará pelo retorno do enclausuramento

– quebra de paradigma comprometida.

Revela os motivos da falta de equipamentos e estrutura para melhor realização do trabalho substitutivo de saúde mental, o que faz rememorar as atitudes privatistas da história das políticas públicas de saúde no Brasil. Portanto, vê-se a partir da percepção do profissional, há mais de cinco anos no CAPS AD III de Araguaína, que há interesse quanto à vulnerabilidade dos que buscam atenção nesses serviços públicos.

A seguir, serão considerados os dizeres de Amanda em resposta à pergunta nº 08 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: o que tu entendes por cura, Amanda?
> Amanda: cura?
> Eduardo: é.
> Amanda: eu acho que na realidade não existe a cura como as pessoas dizem: 'Ah, eu tive uma recaída' não é a palavra certa 'uma recaída', eu não entendo isso como recaída, não existe recaída, existe apenas uma fraqueza do tipo que hoje você viu uma droga que gostava de usar, aí você foi lá e usou, porque na realidade recaída é uma palavra que alguém inventou para quando você viu não conseguiu se controlar e foi lá e usou de novo, porque é uma coisa, uma vontade que vem de dentro de você, é uma coisa que você está alimentando aquela vontade, aquele desejo, tudo é na base do desejo, porque se você desenvolve desejos bons vai ter coisas boas, e se você desenvolver os desejos ruins vai vim os ruins para te destruir, como no caso a droga, né, e às vezes a pessoa tem/ as que já nasce com problema mental mesmo, a cabeça já vem de berço.

A usuária do serviço CAPS AD relata sua percepção de que a noção de cura é apenas uma convenção a serviço de alguém que está ditando um padrão que o destitui do seu desejo, e da condição de equalização desse. Amanda percebe os diferentes discursos que compõem os laços sociais em benéficos e danosos, e demonstra que a noção de si para além de vulnerável requer implicação, essa última, que seguindo os demais relatos, não se apresenta como diretriz dos serviços.

Nas palavras de Amanda, "tudo é na base do desejo", logo, enquanto esse for negado sem o devido labor, a vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental persistirá.

Analisam-se agora, os dizeres de Suzy.

> Eduardo: e uma pergunta que a Lúcia falou que ia te fazer, né, sobre o CAPS II se tu não conseguir um número exato mas me dizer a noção de quantos usuários a gente tem trabalhando, por exemplo, com trabalho formal?
> Suzy: certo, a gente não pode dar essa estatística, mas uma estimativa nós tem aí um – são pouQUÍssimos usuários trabalhando, são pouquíssimos – e quando eles arrumam trabalho que adoecem no trabalho é demitido, e a gente manda eles procurar os direitos, porque a pessoa quando adoece no

> serviço a gente sabe que não pode ser demitido, então existe mais ou menos uns dez por cento.
> Eduardo: só que tem trabalho formal.
> Suzy: é que tem trabalho formal.
> Eduardo: os outros noventa por cento são de pessoas que recebem benefícios ou pessoas que não estão empregadas, não têm renda, como que é?
> Suzy: desses noventa por cento tem as pessoas que têm o benefício, outras que procuram emprego informal e outros que às vezes trabalha com a família também e a família ajuda.
> Eduardo: mas de relação de trabalho mesmo que informal ainda são poucos também?
> Suzy: são poucos, são poucos, são poucos, porque quando a gente entra em contato com o SINE pra que essa pessoa seje é – que as empresas, né, chama.
> Eduardo: faça a colocação delas no trabalho.
> Suzy: é as colocações, geralmente quando fala que tem um transtorno mental ele prefere uma pessoa com deficiência física do que uma pessoa com transtorno mental e muito deles também trabalham é sempre:: é ... enganando o patrão porque ele acha que se a pessoa vai falar que tem um transtorno mental ela pode ser demitida.
> Eduardo: então eles precisam esconder até hoje pra poder conseguir ingressar em algum trabalho senão.
> Suzy: isso, às vezes eles falam pra mim, e Suzy eu preciso fazer o tratamento mas eu consegui um trabalho de diarista, mas se eu falar pra minha patroa que eu faço tratamento mental eles vão me demitir
> Eduardo: e a área na cidade, Suzy, que a maioria mora assim, geralmente eles são de periferia, eles moram mais do centro da onde vêm essas pessoas que estão aqui?
> Suzy: a maioria são de é:: localidades distante, né, do centro que são nas áreas de abrangência dos CRAs que fica mais nos setores distante da cidade, a minoria é no centro da cidade.
> Eduardo: e essa maioria nesses setores, são setores então que a moradia tem ativos sociais apesar de ter CRAs, mas de difícil acesso tu dirias ou não?
> Suzy: sim de difícil acesso, a maioria não tem formação, por isso que o serviço social sempre passas as informações do que tem no território pra eles poder participar, né, dessas atividades, dessas ações sociais e tudo mais.
> Eduardo: então eles já ficam vinculados a situação de apoio nesses territórios afastados ainda tipo bota o CRAS lá e eles ficam lá e fazendo essa ligação aqui.
> Suzy: é, tem também aqueles centros de convivência, né, porque tem – vai falar de idoso aí também?Eduardo: sim pode falar se quiser.
> Suzy: porque aqui tem muito idoso, né, aqui no CAPS e a gente encaminha eles pra esses centros de convivência e os usuários, a gente tá sempre encaminhando eles pra os benefícios que tem nesse território deles, né, a área de abrangência.

Suzy aponta uma estimativa de que “pouquíssimos” usuários possuem trabalho formal ou até informal. De antemão são estigmatizados, considerados problemáticos e/ou incapazes, e, ao aparecimento de qualquer peculiaridade e crise, são demitidos, quando por raridade são contratados.

Nota-se que os usuários em sua maioria são destinados a receber benefícios sociais, que nesse caso dão suporte à sobrevida (essencial), porém, inscreve esses sujeitos numa lógica, que, por meio dessa avaliação, percebe-se ser de manutenção dessa vulnerabilidade, quando reverberam o discurso de que os usuários são em

primeiro lugar doentes e, dessa forma, impedidos no processo de implicação de suas relações psíquicas. Sendo assim, o estigma e a fragilidade desses, relacionados às suas condições individuais, sociais e contextuais, perpassam os centros de atenção psicossocial, que, dessa forma, apesar da prerrogativa de promoção à saúde, discriminam negativamente esses sujeitos.

A seguir, serão considerados os dizeres de Kleber:

> Eduardo: grau de instrução, até que série tu estudaste?
> Kleber: estudei a oitava série, daí parei no primeiro ano e não também mais.
> Eduardo: tu chegaste a estudar o primeiro ano, a começar?
> Kleber: eu cheguei a estudar e:: (...)
> Eduardo: e largou.
> Kleber: e larguei.
> Eduardo: porque Kleber que tu saíste?
> Kleber: teve um tempo aí que foi em noventa e sete, eu fui trabalhar em uma. empresa, aí na empresa que eu trabalhava me botava para fora, aí não tinha. como eu estudar e não ficava em casa.
> Eduardo: botava para fora o que que é, para viajar?
> Kleber: é para viajar.
> Eduardo: tu fazia o que nessa empresa?
> Kleber: era cobrador de ônibus.
> Eduardo: cobrador de ônibus, aí era interestadual?
> Kleber: é, no tempo que era a Viajar Bem aqui.
> Eduardo: aí ela viajava as cidades?
> Kleber: é, viajava para fora, era um que viajava só para fora mais, era para. dentro e para fora da cidade, mas era mais para fora aí.
> Eduardo: aí não tinha condição de manter o estudo?
> Kleber: é não tinha condição de eu manter o estudo, sempre, trabalhei em um serviço grosseiro, nesse tempo botaram eu para essa área aí de (grosseria).

O entrevistado relata sua relação com o trabalho e os motivos que o fizeram interromper sua instrução escolar. Kleber denota que não possuía escolha quanto aos mandamentos da empresa, em nenhum momento de sua fala cogita a possibilidade de sair do emprego para manter seus estudos.

Quando Kleber coloca a configuração de seus trabalhos, é permitido antever que a relação com a escola já estava fragmentada, e que essa ficava inviável dada a possibilidade de trabalho e sustento.

A entrevista mostra da condição do usuário do CAPS, entretanto, como sabido e mostrado, não é característica e caso incomum nessas instituições. Portanto, traz a percepção sobre uma via para os vulneráveis ao atendimento nos serviços de saúde mental, mesmo entendendo-se que não há prevalência de incidência de sofrimento mental para as situações de pobreza, então fazendo supor que a caracterização dos usuários não se dá pela ideia declarada de doença, mas pela condição social do “doente”.

Aqui se analisam os dizeres de Manoela em resposta à pergunta nº 07 da seção *prática profissional e caracterização da teoria* do roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: e os aspectos filosóficos da Reforma Psiquiátrica, como que isso interfere na tua atuação? A ideia de Reforma Psiquiátrica, isso te guia, tu acreditas na ideia de Reforma Psiquiátrica...
> Manoela: eu acredito, eu acho que é bonito essa reforma.
> Eduardo: tu achas que é bonito, mas funciona?
> Manoela: funciona, só que, eu não sou 100% a favor dela, ACABAR com hospital psiquiátrico, porque eu acho que tem casos e casos, e tem casos que NÃO tem condição de ficar no CAPS, é aberto, porta aberta, então teria que ser assim que a gente ter um local pra essas pessoas ficarem ali – trancadas – não seria trancadas, mas fechadas por um certo momento até ele retornar muitas vezes... não é nem pro 100%, mas assim, estabilizar, ficar estável, né, deixar um pouco aquele quadro de agressividade, de... de sei lá... pra depois vir pro CAPS, né, então assim, concordo e discordo em algumas coisas.

Manoela, em seu discurso, remonta à ideação de isolamento para tratar, como outrora vivida pelos ditos alienados. Representa a percepção sobre a falta de quebra de paradigma em relação à Psiquiatria tradicional, quando considera “bonita” a Reforma Psiquiátrica, mas não é completamente a favor quando essa preconiza o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

A profissional entende que existem casos que não podem ser comportados pelos CAPS, devido à característica de não internação dos serviços substitutivos de saúde mental, e que, por isso, existe a necessidade de um lugar que mantivesse os usuários fechados em momentos de crise.

Contudo, os centros de atenção psicossocial são criados em observância da necessidade de cuidado considerando as vulnerabilidades dos que ali se apresentarem, pois a medida de enclausuramento indefinido mostrou-se, no mínimo, antiética e incoerente com a complexidade do sujeito, e muito eficaz ao controle e execução dos banidos como perigosos à busca higiênica social.

Sendo assim, é mostrada, ainda que difusa, uma serventia para acoplar a vulnerabilidade.

6.3 Categoria final

A presente categoria é uma formulação que agrega em uma escala maior todas as categorias intermediárias e, consequentemente, as categorias iniciais.

6.3.1 Fragilização da cidadania

Essa categoria abordará as percepções dos usuários e de servidores acerca dos serviços que são ofertados na rede de atenção psicossocial, especificamente no âmbito do CAPS de Araguaína, Estado do Tocantins. Além dessa percepção, a categoria evidenciará a fragilização da cidadania dos usuários que são atendidos na rede. A seguir, serão considerados os dizeres de Fernanda em resposta ao roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: nesse tempo que tu fala assim ‘eu fazia tudo e tudo mais’ tu já procuraste algum outro tipo de tratamento de refúgio?
> Fernanda: não, nunca, eu chegava na minha família e pedia ajuda, falava que não dava conta de sair das drogas que eu precisava de ajuda e eles falavam pra mim que eu não tinha era vergonha na minha cara, que eles não me criaram me ensinando a usar droga, que eu usava era porque eu era sem vergonha e não tinha vergonha na cara, aí aquilo me deixava mais louca, num tem, aqui cada vez eu me afundava mais [...].
> Eduardo: e é isso que significa fazer tratamento no CAPS pra ti, o que significa fazer tratamento?
> Fernanda: o que significa é você recuperar sua dignidade, desenterrar seus sonhos, porque pra mim meus sonhos que eu tinha morreram todos, eu não tinha mais sonhos, eu não tinha perspectiva de vida, hoje em dia eu acordo disposto, eu acordo feliz.
> Eduardo: hoje tu tem sonhos?
> Fernanda: tenho, meu sonho de antigamente que eu tinha, que eu brincava quando era criança e eu vou conseguir realizar, eu queria ser professora, sempre eu era a professora nunca queria ser aluno quando eu era criança, num tem.

Fernanda apresenta nesse trecho da entrevista alguns aspectos relevantes quando se olha para as questões da fragilização da cidadania. Desses aspectos podem-se destacar o preconceito familiar, a falta de perspectiva de vida e a morte de seus sonhos. Na primeira parte do relato acima, Fernanda destaca que, ao procurar sua família para pedir ajuda em um possível tratamento, não conseguiu o apoio necessário.

Traçando um paralelo com o pensamento de Correa (2009) e a compreensão de que a cidadania advém do direito de partilhar do nível de vida, segundo os padrões prevalecentes na sociedade, percebe-se, no relato de Fernanda, uma fragilização aprofundada de sua cidadania: agora ela era desassistida tanto pelo Estado quanto por sua família e se via “afundando” cada vez mais. Sem perspectiva de vida, de trabalho, de apoio familiar e dos aparelhos governamentais, Fernanda se vê totalmente desfiliada, em outros termos, ela se vê abandonada e empurrada para as margens da sociedade.

Na segunda parte do relato, Fernanda significa a oportunidade de tratamento recebida como uma possibilidade de recuperar a dignidade perdida. Nas palavras dela, o tratamento poderia “desenterrar seus sonhos”. Ela não inferiu claramente quais seriam esses sonhos, com exceção o fato de querer ser professora, no entanto, percebe-se uma tentativa de ressignificar a relações de abandono e de desamparo.

Vejam-se, seguir, os dizeres de Pedro em resposta à pergunta nº 04 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *prática profissional e caracterização da teoria*.

> Pedro: o tratamento no CAPs tem como principal porta de entrada a questão de manter o paciente ainda com a socialização, ainda com um vivência familiar, uma vivência em comunidade, isso é completamente retirado quando há uma internação clínica compulsória em local fechado onde ele não tem acesso a praticamente nada, inclusive a família fica com um acesso bastante limitado.

No tocante à questão da fragilização, Pedro apresenta alguns aspectos essenciais no relato acima. O entrevistado destaca que a lógica “clínica”, bem próxima da lógica “asilar”, tem a capacidade de fragilizar as relações ao compulsoriamente apartar o usuário em um confinamento. Em vez de providenciar ao usuário um serviço que proporcione uma busca por uma autonomia, a lógica clínica bloqueia o acesso desse indivíduo à sociedade e, consequentemente, à sua família.

Por outro lado, segundo Pedro, o CAPS teria como porta principal a questão de devolver o usuário, por meio de uma socialização e de uma vivência familiar, à comunidade. A lógica clínica apontada por ele fragiliza ainda mais a situação do usuário do serviço. Além de vulnerável e a um passo de desfiliar, essa lógica consegue impedir a circulação desse usuário no seio da sociedade. Vejam-se outros dizeres de Pedro.

> Eduardo: por que as pessoas acham que é ineficiente o tratamento no CAPS?
> Pedro: eu não acredito que as pessoas acham que é ineficiente, eu acredito que as pessoas têm pouca sensibilidade [...] mas ainda há uma descrença, eu tenho que falar dessa forma e isso foi muito claro nas ultimas ocorrências onde o poder público agiu no local chamado Feirinha, que era um local de acúmulo de usuários no uso abusivo de drogas e a gestão tentou transformar a unidade em uma ferramenta política, no momento em que mexia com todo um ambiente e deslocava, esse grupo de pessoas, ele tentou mostrar como uma ferramenta de tratamento o CAPS AD quando na realidade isso não se mostrou hábil, a gente realmente foi figurante em todo aquele processo de atuação, um pouco militarizada, um pouco agressiva do Estado como entidade sobre aquele grupo de pessoas, uma minoria.

Pedro relata ainda a fragilização da cidadania ao responder sobre o imaginário de que o tratamento ofertado pelo CAPS é ineficiente. O entrevistado infere que as

pessoas têm pouca sensibilidade sobre as questões que englobam o serviço do CAPS até por uma questão do público-alvo do órgão. Ele apresenta em seu relato aspectos de fragilização da cidadania de algumas pessoas com perfil de desfiliados e de vulneráveis moradores de um bairro que foi demolido na cidade de Araguaína.

Quando se olha para a fragilização da cidadania e a correlação que ela mantém com a vulnerabilidade e, consequentemente, as zonas de transição da coesão social, percebe-se, no relato de Pedro, a atuação “militarizada” de higienização social partida pela força do Estado sobre aquelas pessoas que ocupavam a Feirinha. O Estado, mesmo se apoiando na política pública da rede de atenção psicossocial, não foi efetivo em devolver aqueles desassistidos à sociedade. Por outro lado, o Estado apenas os retirou daquela localidade que fica no centro da cidade e os empurrou para longe do centro da cidade, impedindo, de certa forma, sua a circulação em um espaço notoriamente comercial e com uma grande movimentação de pessoas. Vejam-se outros dizeres de Carla referentes à pergunta nº 03 do roteiro de entrevista com os profissionais na seção *concepção de saúde mental*.

> Carla: o transtorno é aquilo que eu já falei, a questão da pessoa desenvolver ali um problema que ela não conseguiu lidar, né, e acabou que ela precisou de auxílio, e a saúde é igual eu te falei é mais o preventivo, né, é você ter a capacidade de lidar com as situações e a doença, o transtorno, eu acho que aí vem só mudando de nomenclatura, né, doença, transtorno, e que o portador, né, e com o tempo vai se mudando pra ver se suaviza mais, né, uma coisa que não vai, né ((risos)) só nomenclatura, né. [...] a gente sabe, como eu te falei a questão do estigma que é muito grande, tem muitas pessoas aí precisando de ajuda, mas por uma questão desse estigma num vai a procura, né, hoje você percebe que tem mais assim uma procura, mas aí ela ainda existe muito, até porque existe, né, não adianta a gente querer esconder a questão do preconceito ainda é muito grande, nesses dias eu até falei que as pessoas não têm dificuldade de procurar um médico por qualquer outra questão que esteja acontecendo no teu corpo, mas quando parte pra cabeça aí sim o negócio ficou feio, né.

Carla elabora a noção de que as pessoas que se apresentam para receber atenção psicossocial desenvolveram transtorno mental devido a alguma condição problemática pessoal com a qual não conseguiram lidar, atribuindo saúde mental à capacidade de conseguir passar por situações do cotidiano sem sucumbir. A percepção de Carla traz uma ambiguidade que pode ser relacionada à fragilização da cidadania, pois atribui à performance individual as causas do sofrimento mental. Quando a entrevistada percebe dessa forma, ela desloca o sujeito de seu caráter social e relativiza todo um conjunto de fatores atrelados à convivência cidadã.

Acompanhando o sentido descrito acima, pode-se observar fragilização da cidadania quando é relatado que há estigmatização de alguns membros da mesma sociedade, causando exclusão desses sujeitos. A percepção de Carla indica que existe somente oferecimento de paliativo para a questão do sofrimento mental, alertando que com o tempo o estigma é tratado de forma mais branda, mas que é uma realidade que não mudará. Então, a participante da pesquisa aponta que a noção de cidadão dos sujeitos em atenção psicossocial é estigmatizada e, ainda hoje, apesar do atendimento no CAPS, fragilizada e com pouca perspectiva de inclusão.

Nota-se também a partir do relato de Carla que essa percebe facilidade nas pessoas em procurar tratamento médico em detrimento da procura por saúde mental. É possível inferir dessa elaboração que há dificuldade para a implicação das pessoas em busca de auxílio a questões psíquicas, sugerindo que essas temem o labor da investigação sobre suas constituições históricas e contextuais. Tratar da fisiologia orgânica requer ação das substâncias para o restabelecimento da homeostase do indivíduo, e esse tende somente a esperar o efeito do remédio proposto. Porém, cuidar da saúde mental reivindica percebe-se imerso em peculiaridades individuais e dinâmicas da sociedade em sua história e contemporaneidade, o que elucida que um CAPS, ao priorizar atendimento norteando as questões médicas em desfavor de maior implicação dos sujeitos em sofrimento mental, contribuirá para a fragilização desses cidadãos, aumentando o preconceito em relação a eles.

A seguir, também foram analisados os dizeres de Dolores em resposta ao roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: a senhora acredita então que precisa estar aqui para lhe sentir bem?
> Dolores: para me sentir bem.
> Eduardo: se a senhora não vem, a senhora não se sente bem?
> Dolores: não me sinto bem, eu estou que nem meu filho, não disse que lá é a casa dele? Eu acho assim, quando saiu lá de casa, tomo banho e vou, eu tenho os cliente, né, que gente tem o dormitório, só que eu não digo - - não é vergonha do CAPS - - eu não digo para os clientes que eu faço tratamento no CAPS que eles vão dizer: ‘ ah, eu não venho mais para cá que a mulher é doida’, então eu digo que venho para fazer um cursinho.

Dolores reporta que hoje vê o CAPS como seu filho concebe o local de sua internação, como sua casa. Percebe-se, então, os dizeres de uma grande institucionalização sem a necessidade de muros, como no passado; a entrevistada discorre sobre um cotidiano que não lhe configura como uma cidadã aceita em suas condições.

Fica entendido que a senhora Dolores se compreende em maior parte como usuária do CAPS, e sem o aporte de tal significação sente-se sem casa, sem direcionamento. E, dentro dessa relação precisa esconder-se para não revelar sua condição de “cidadã incomum”.

É visto, portanto, o efeito da falta de busca comprometida da autonomia dos usuários e a percepção de que entendem que não são aceitos como cidadãos. Dolores revela o efeito dessa situação contando sobre o prejuízo em seu negócio. Perante a lei, os usuários são descritos como detentores de direitos comuns ao demais cidadãos, porém, mostra-se aqui a permanência de um padrão que os reduz, os marca e os impede de seguir.

A seguir, serão considerados os dizeres de Roberto em resposta ao roteiro de entrevista com os profissionais do serviço.

> Eduardo: então seguindo esse raciocínio, como tu acreditas que deve ser o tratamento, em caso de transtorno mental?
> Roberto: eu acredito ele inserido no processo familiar, social e pra nós na nossa perspectiva de trabalho é ocupação, né, porque eu acho que o sujeito ele precisa se sentir importante naquele meio que ele se insere, então assim é um estratégia de dar importância para aquela pessoa é muito importante, seja no meio familiar, seja no meio religioso, seja no meio social dele, mas isso é importante, acho que isso ajuda muito.

Roberto fala de inserção no processo familiar e social, porém todos os usuários são inclusos e resultados desses processos, visto a impossibilidade de alguém, de qualquer sujeito, não ser. Portanto, o profissional discorre sobre uma pretensão moldada de família, de seguir uma postura social adequada, ou seja, normalização das dimensões do sujeito.

Compreende-se por meio do discurso de Roberto, que os usuários devem se enquadrar à importância descrita pelo serviço, para poderem se fazer cidadãos, já que são considerados não inseridos. Isto é, pertencem – com muito custo por meio da lei –, mas ainda lhes falta o aval dos inseridos.

Neste momento, para a análise, foram considerados os dizeres de Amanda.

> Eduardo: como que tu acreditas que deve ser o tratamento para o teu caso?
> Amanda: [...] pode você fazer o tratamento que for, sempre você vai lembrar, sempre você vai sentir ... se você tem uma boa lembrança você sentir aquela lembrança boa, aquela sensação boa, quando é um lembrança ruim, você sente a mesma sensação ruim do momento que você passou por tudo aquilo, então pra mim não existe cura sobre isso, existe uma tranquilidade mental com o tempo (há tempo pra tudo).

A usuária Amanda fala sobre a dificuldade em dar sentido para suas relações psíquicas e por vezes traumáticas. Consegue perceber que não há como “curar-se” da condição de ser sujeito.

Elabora que a visão sobre o auxílio ao sofrimento mental deve considerar as lembranças e as sensações dos sujeitos, que não cabe em um modelo, mas as diferenças e suas ressignificações no tempo.

A seguir, serão considerados os dizeres de Suzy.

> Eduardo: no CAPS, né, e de que maneira é:: Suzy, tu acredita que o tema da saúde mental deve ser trabalhado na sociedade?
> Suzy: olha eu penso que esse problema deve ser através de orientação à comunidade, eu acho que seja assim, de mais envolvimento da equipe do CAPS com palestras nas escolas, nas instituições, nós temos algumas parcerias, com a transporte coletivo que a gente tem que tá sempre fazendo é:: palestras pros motoristas pra eles poderem tá cuidando bem desses pacientes e.. – que mais?
> Eduardo: era isso, de que maneira que tu achas que deve ser trabalhado na sociedade.
> Suzy: Ah, sim, sim.
> Eduardo: o tema da saúde mental.
> Suzy: a pessoa não ter tanto preconceito, né, aceitar o usuário como uma pessoa, não digo normal, mas uma pessoa que precisa da ajuda da comunidade na questão do emprego e várias coisas.

Suzy expõe o pensamento sobre a sensibilização ao tema de saúde mental perante a sociedade, entretanto, deixa transparecer que as atividades propostas considerarão os sujeitos em atendimento no CAPS, “não normais”, e que esses devem ser ajudados em suas fragilizações.

Pode-se avaliar que os auxílios serão mediados por esse pensamento, os empregos, a moradia, todos os ativos serão formados a partir da concepção de cidadãos que fogem à norma.

A seguir, serão considerados os dizeres de Kleber em resposta à pergunta nº 02 da seção *concepção de saúde mental* do roteiro de entrevista com os usuários do serviço.

> Eduardo: e o que seria doença, então? Que que tu entendes por doença?
> Kleber: rapaz, a pessoa doente eu () eu acho que é pro resto da vida é uma pessoa doente aí.

O usuário Kleber tem como convicção que seus laços sociais serão para sempre estruturados pelo discurso referente à doença. Um cidadão que para sempre deverá dar respostas em busca de uma melhoria nunca alcançável.

A seguir, serão considerados os dizeres de Manoela.

> Eduardo: e tu sente diferença entre trabalhar no CAPS II, no AD... qual seria

> essa diferença? Dificuldade ou melhoria...
> Manoela: sinto, eu vejo que no CAPS II a gente tem mais resultados, o paciente psiquiátrico parece ter/ parece ter não, você tem mais resultados, e lá não, lá tem muito...
> Eduardo: e porque tu acha que lá tem resultado e lá tem menos?
> Manoela: porque eu acho que o paciente psiquiátrico/ eu acho que a dor e o sofrimento dele ele não busca, e quando ele adoece ele procura melhora, ele assume/ ele faz o tratamento direitinho entendeu, ele se compromete... muitas vezes a família tá do lado... já no AD não, no AD não tem isso, ele muitas vezes quer mas...
> Eduardo: tu acha que falta um comprometimento então?
> Manoela: eu acho que falta... eu que muitas vezes, muitos que tão ali tão atrás de outras coisas, e não realmente de tratamento, e eu vejo que essa questão de drogadição é meio complicado, mas, lógico ( )
> Eduardo: e tu acreditas na proposta de tratamento do CAPS?
> Manoela: eu acredito, vejo bons resultados.
> Eduardo: e como com esses resultados que tu vês, porque que tu achas que algumas pessoas consideram ineficaz, que não funciona? Tem gente que diz tratamentos nos CAPS, tanto o II, quanto no AD, não é eficiente, porque tu acreditas que algumas pessoas pensam assim?
> Manoela: eu acho que pra não ser eficiente vai acontecer falhas nesse meio aí, ou o paciente é resistente e não adere o tratamento, ou o paciente não aceita e aí acaba ele mesmo se burlando, ficando de fora, ou as situações que a gente passa e convive de dificuldade que isso aí não cabe a nós, que não depende da gente, então...

Manoela traz sua visão como profissional, fazendo inferir com seu discurso que os usuários do CAPS II são mais mobilizados pela lógica que lhes conferem doença, a ideia de que são acometidos, sem possível implicação por sua condição. E, em comparação com os usuários do CAPS AD III de Araguaína-TO, lhes imputa querer agir irresponsavelmente diante de sua vida.

O insucesso é dito referente à fuga por não aceitação da necessidade de tratamento, no caso do CAPS AD III. Porém, vê-se no mesmo discurso que as situações de dificuldades dos usuários não cabem aproximação. Ou são cidadãos doentes, ou querem estar doentes, e, por isso, precisam de tratamento e devem aceitá-lo, sem necessariamente dizer de si elaborando tempo anterior, presente e além da fala profissional de suposto saber.

Nesse contexto, percebe-se que a cidadania dos usuários dos serviços substitutivos de saúde metal está atrelada à instituição e aos discursos que reverberam nela, sobre ela e seus componentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação foi realizada com o objetivo de averiguar se no processo de atendimento, problematizando, a partir da percepção dos usuários e servidores sobre as práticas e conceitos no âmbito dos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína-TO, esses usuários são mantidos em uma condição de vulnerabilidade, em decorrência do frágil manejo de políticas públicas em saúde mental. Nesse sentido, tem-se como hipótese que a medicalização se sobrepõe no âmbito dos mencionados serviços de saúde mental, e que sem considerar a noção do desejo inconsciente, em função do tamponamento de sintomas, da rotulação diagnóstica e da não implicação do sujeito sobre si, mantém a condição de vulnerabilidade do usuário.

As instituições administrativas do Estado interferem e regulam vários aspectos da vida em sociedade e por meio das políticas públicas medeiam essa relação Estado e sociedade. E para as políticas públicas alcançarem seus objetivos, é necessário o conhecimento da realidade social para definir qual conteúdo e como será a gestão dos programas de utilidade pública. Dessa feita, suas ações devem considerar os laços sociais que engendram a população a ser contemplada, ou seja, os diferentes modos de subjetivação ali presentes e o fato de a cultura afetar o sofrimento do sujeito, haja vista que cada sociedade gera formas diferentes de sofrer. Sendo assim, é imperativo, para o bom funcionamento de uma política pública, saber quem são os sujeitos que sofrem, por que e como sofrem, suas inscrições mediadas pelo discurso da sociedade, isto é, como esses estão referidos no laço social e seus efeitos.

Todo discurso cria um laço social, e esse laço acontece em torno da verdade inconsciente do sujeito, é a relação do desejo com um discurso, ou seja, uma ordem singular de significantes em torno da verdade inalcançável do ser. O laço social irá confortar o sujeito em sua condição de angústia, porém, também pontuará que lhe falta algo que não aparece, mas que pode ser dito em parte pelos sintomas e demandas, logo, esses devem ser considerados, e não calados. Portanto, ao se considerar a singularidade desejante dos sujeitos, consideram-se igualmente as inscrições de como a sociedade vem se tratando no momento, o que pode possibilitar a operacionalização de uma ética na política pública de saúde mental, que por meio do laco social, isto é, de um discurso que traga enredado significantes que não digam de um doente como ser, nem de um limitado que deva ser excluído.

A atenção psicossocial possui pelo menos duas particularidades relevantes

para o contexto de mudanças na Psiquiatria. Uma delas é a luta pelos direitos dos pacientes, relacionada à questão da cidadania, outra é a oportunidade de participação desses em diferentes espaços na sociedade. Essas características são as grandes novidades do campo da saúde mental.

Percebe-se, então, as rupturas pretendidas pela Reforma Psiquiátrica, sendo a de que a cura não é mais o objetivo exclusivo do tratamento, e sim a produção de saúde das pessoas por meio da luta por uma vida mais digna para todos, e a ideia de que o tratamento da doença mental não tem como finalidade a construção de um sujeito ideal, completamente “normal”, perfeito e sem problemas, visto a impossibilidade concreta dessa ideia para qualquer ser humano da sociedade. Contudo, pode-se observar que não vem ocorrendo dessa forma, quando a percepção sobre como os sujeitos em sofrimento mental são atendidos sob a perspectiva do transtorno mental, guiados por meio de classificações diagnósticas que sugerem como causa/doença o fator biológico indiscriminadamente e exclui o sujeito de suas implicações, com o desejo.

Desse modo, a partir dos relatos das entrevistas, foi possível constatar uma fragilização da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental de Araguaína-TO, tecida numa relação de proximidade com a medicalização e a hegemonia do saber médico, que traz consigo a predominância da ação da rotulação diagnóstica, que acaba por delimitar os laços sociais envoltos nos dizeres engessados dos diagnósticos e definições de enfermidades, ocasionando o silenciamento dos sintomas trazidos pelos sujeitos que buscam auxílio psicossocial nessas instituições, posto que o discurso sobre si é tamponado por meio do foco medicamentoso como forma principal de tratamento, confundido com a eliminação dos sintomas, e a manutenção de vulnerabilidade sem a percepção crítica dos interesses por trás dos discursos a pretextos de uma coesão social em detrimento do outro. Essa relação não é apenas teórica, pois que se demonstra ao resvalar nos discursos dos entrevistados.

Por meio das categorias de análises constituídas a partir das entrevistas realizadas, foram analisadas e problematizadas as percepções dos usuários e servidores, as práticas e os conceitos no âmbito dos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, Estado do Tocantins, e averiguou-se que, por meio do processo de atendimento e entendimento sobre os contextos desses sujeitos e dessas instituições, os usuários são mantidos em uma condição de vulnerabilidade, dado que a noção de promoção à saúde é rarefeita quanto à sua essencial perspectiva na busca de

mudanças nas condições de vida observando fatores de risco no intuito da melhoria da qualidade autônoma de viver dos que requerem atenção psicossocial.

Percebeu-se dessa forma, pois as políticas públicas de saúde mental no Brasil, apesar de descritas como se tivessem transposto o paradigma do isolamento e exclusão do doente para tratá-lo, ainda fazem as vezes de instituições para higienizar as cidades de seus “cidadãos” mais pobres. Sendo todos esses pertencentes às zonas de vulnerabilidade e desfiliação, trazem fragilizações educacionais, trabalho formal quase inexistente, moradia precária e periférica.

No decorrer da análise, viu-se que as políticas públicas são mobilizadas para o acompanhamento do sujeito em suas relações com o mundo, com suas configurações e com seus sofrimentos, identificando quais as percepções dos usuários sobre si mesmos e seu sofrimento mental. Contudo, constatou-se que as percepções dos usuários e servidores mostram a prevalência do saber e do agir médico-psiquiátrico e da normalização pela via da medicalização dos sintomas e da utilização de medicamentos. Embasando tal constatação, viu-se o manejo público em que estão usuários que após anos de atendimento só conseguem descrever suas chegadas e permanência em tratamento pela identificação diagnóstica, utilização de remédios e necessidade de amparo social. Não discorrem sobre relação autônoma com as instituições, e não demonstram implicação quanto à possibilidade de melhor sentido às suas relações psíquicas. Referem-se aos centros de atenção psicossocial como refúgio, sem expectativas genuínas que os remetam aos seus significantes como sujeitos.

Durante os relatos dos servidores entrevistados, pôde-se notar que esses possuem expertise sobre o campo da saúde mental e protocolos de atendimento dos serviços substitutivos, não sendo possível observar conduta antiética de nenhum dos envolvidos com a pesquisa. Entretanto, percebeu-se que a reflexão e os atos sobre o acolhimento e tratamento dos sujeitos que demandam cuidados nessas instituições ainda são conduzidos pelos entraves paradigmáticos de outrora, trazidos pelo foco na distinção entre doentes e saudáveis para triar cidadãos que produzem, por isso sãos e cidadãos – pela força da lei – que necessitam de ajustes em suas condições, mas que tais arranjos, apesar dos esforços em contrário, são desvinculados do processo histórico-social, do mundo, das ciências humanas e do próprio sujeito composto nesse.

Robert Castel (2011) faz uma pergunta no título de seu livro A discriminação

negativa, “cidadãos ou autóctones?”, e, na discussão da mesma obra, estabelece que não basta ser natural ou descendente dos que sempre habitaram a região onde se vive para ser considerado cidadão. Considera que parte privilegiada estabelece critérios de integração, e que esses estão presentes até mesmo nas políticas públicas. Isto é, que a exclusão é prática a ser confrontada.

Portanto, por meio das percepções dos usuários e servidores dos CAPS de Araguaína-TO, a medicalização parece promover a manutenção de uma condição de vulnerabilidade em relação aos seus usuários, visto que não vem sendo efetiva quanto à fragilização da cidadania.

Foi apresentado no capítulo 3, Políticas Públicas de Saúde no Brasil, histórico do desenvolvimento das políticas de saúde no país, mostrando que em seu nascedouro as políticas de saúde no Brasil apresentavam categorias diversificadas de cidadãos e critérios específicos para exclusão de algumas consideradas não contribuintes e/ou não estabelecidas, revelando também que para a modificação desse quadro, movimentos sociais tiveram que ser aguerridos pela busca da democratização do acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, apesar dos avanços em lei, modificações estruturais, éticas e conceituais, observando-se alguns dados de saúde mental encontrados nos CAPS II e CAPS AD III de Araguaína, buscou-se verificar como a soberania da medicalização expressa correlação com a vulnerabilidade.

Os dados apresentados retratam que o público atendido nos serviços considerados nesta pesquisa está em situação de exclusão social, marginalizados, apresentam indicadores socioeconômicos de baixa escolaridade e/ou analfabetismo, relações de trabalho inexistentes e/ou precárias, dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica, moradia em sua maioria periférica. Entretanto, apesar da premissa evolutiva no que diz respeito ao atendimento de cidadãos excluídos, infere-se que, com a falta de desprendimento dos conceitos que auxiliavam na própria exclusão, a situação se remonta, e os CAPS não somente atendem, mas ajudam na manutenção dessas condições, em que os usuários não são esclarecidos de suas potencialidades e seguem procurando refúgio em vez de apropriação e cidadania positiva. Para além disso, o empenho público notoriamente renega maior estruturação desses serviços, que em descrição incluem, mas na prática não operam em favor da possibilidade real de transição ascendente às zonas de inclusão.

Os resultados aqui obtidos não podem ser generalizados, visto que refletem

apenas a realidade dos centros de atenção psicossocial de Araguaína-TO.

Como sugestão para futuros estudos, recomenda-se replicar esta pesquisa com mais atores dos serviços e em demais CAPS do Estado do Tocantins.

REFERÊNCIAS

ARAGUAÍNA. Secretaria Municipal de Planejamento, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia **Plano Municipal de Água e Esgoto (PMAE)**. 2013. Disponível em: <http://araguaina.to.gov.br/portal/pdf/13.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

AMARANTE, P. D. C. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. São Paulo: IPUSP, 1999.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMENDOLA, F. et al. Family vulnerability index to disability and dependence (FVI-DD), by social and health conditions. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2063-2071, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-2063.pdf. Acesso em: 30 dez. 2018.

ARENDT, H. **Eichmann em Jerusalém**: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras, 1963/1999.

ARIES, P. **L'enfant et la vie familiale sous Pancien régime.** Paris: Éditions du Seuil, 1973.

ASTA, L. L.; GUARESCHI, N. M. de F.; CRUZ, L. R. da. A Psicologia e os Centros de Referência em Assistência Social: problematizações pertinentes. In: CRUZ, L. R. da; GUARESCHI, N. (org.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis: Vozes, 2016.

AYRES, J. R. C. M. et al. Ways of comprehensiveness: adolescentes and young adults in Primary Healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n. 40, p. 67-81, jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

BARROS, D. das N. B.; GOMES JÚNIOR, L. C.; PARTATA, A. K. Reforma psiquiátrica: fluxograma de dispensação de controlados sugerido à farmácia do CAPS II Araguaína-TO. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 1, Pub. 3, Jan. 2013. Disponível em: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/61/3.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

BASAGLIA, F. **A instituição negada** (relato de um hospital psiquiátrico). Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica:** história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BIRMAN, J. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE, 2., 1992, São Paulo. **Atas do 2º encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise.** São Paulo, 1992, p. 7-37.

_____. **Freud & a filosofia**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2003.

BRANDÃO, T. J. C. **Os alienados no Brazil**. Rio de Janeiro: Impressa Nacional, 1886.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 01 de março de 2019.

_____. _____. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: M. S., 2006.

_____. _____. **Portaria nº 189, de 20 de março de 2002**. Brasília: M. S., 2002.

_____. _____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: M. S., 2002.

CALDAS, R. W. (Coord.). **Políticas Públicas**: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1982.

CANTISANO, P. J. Quem é o sujeito de direito? A construção científica de um conceito jurídico. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 37, p. 132-151, jul./dez. 2010.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 01-14, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf. Acesso em: 30 dez. 2018.

CASTEL, R. **A discriminação negativa**. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. **Metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTRO, J. **Psicanális**e: ética, discurso e ensino. Curitiba: Appris, 2013.

CLARKE, A. et al. **Biomedicalization**: technoscience, health, and illness in the U.S biomedicine. London: Duke University Press, 2003.

CONTE, B. Reflexões sobre o método e a metodologia em psicanálise. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 1, n. 3, p. 6-10, 2004.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Soc. Prob**., v. 23, n.1, p.12-21, 1975.

CORREA, L. F. **Sociedade, cidadania e direitos sociais**. Tubarão: Unisul, 2009.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

_____. **História da psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.

CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **Int. J. Health Serv**., v. 7, n. 4, p. 663-680, 1997.

CRESTANI, V.; ROCHA, K. B. Risco, vulnerabilidade e o confinamento da infância pobre. **Psicol. Soc**., Belo Horizonte, v. 30, p. 01-11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v30/1807-0310-psoc-30-e177502.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

CRUZ, A. O. da; FERNANDES, B. C.; ANJOS, R. M. P. dos. Saúde mental e vulnerabilidade social: pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, CAPS Sorocaba-SP. Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, out. 2015. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/24830. Acesso em: 21 jan. 2019.

DALLAZEN, L. (2010). **O superego e o ideal do ego: um destino ao romance familiar (Dissertação de Mestrado)**. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

DALLAZEN, L. et al. Sobre a ética em pesquisa em psicanálise. **Psico**, v. 43, n. 1, p. 47-54, 2012. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/%20revistapsico/article/view/11098/7618. Acesso em: 10 out. 2018.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora Instituto Franco Basaglia, 1992.

DIMENSTEIN et al. (ed.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

DIAS, R. S. da L. S. **Interações espaciais entre cidade média e pequenas cidades**: um estudo de Araguaína-TO, Campos Lindos-TO, Carolina-MA e São Geraldo do Araguaia-PA. 2016. 238f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

DOCKHORN, C. N. B. F. **O sujeito psíquico e a condição de servidão ao objeto-droga**: do rigor da psicanálise à pesquisa na escuta. 2014. 188f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

EVARISTO, P. **Psiquiatría y salud mental**. Trieste: Asterios Editore, 2000.

FERNANDES, M. E. Memória Camponesa. **Anais da 21ª Reunião Anual de Psicologia, SPRP,** Ribeirão Preto, 1991. 20 p. (no prelo).

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-58352006000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2018.

FINGERMANN, D; DIAS, M. M. **Por causa do pior**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FISCHMAN, G. E.; HASS, E. Beyond “Idealized” Citizenship Education: embodied cognition, metaphors and democracy. Review of Research. **Education (RRE), Education, Democracy and the Public Good**, v. 36, n. 1, p. 190-217, 2012.

FLEMING, M. **Ideologia e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da loucura da idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977a.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: vozes, 1977b.

FREITAS, H.; CUNHA Jr., M.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistema de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, v. 32, n. 3, p. 97-109, jul./set.1997.

FREUD, S. **A interpretação dos sonhos** (1900). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1900/1911. v. 4.

_____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise** (1915-1916). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de

Janeiro: Imago, 1911. v. 15.

_____. **O futuro de uma ilusão, o Mal-estar na civilização e outros trabalhos** (1927-1931). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. IV, 1911. v. 21.

_____. **Cinco lições da psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos** (1910). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1911. v. 11.

_____. (1917-1918). **História de uma neurose infantil e outros trabalhos**. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 17.

_____. (1977). **Análise de um caso de neurose obsessiva**. O homem dos ratos. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 10, pp. 157-252). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).

_____. (1977). **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos**. O caso do pequeno Hans. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 10, pp. 13-154). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).

_____. (1996). **Estudos sobre a histeria**. In J. Strachey (Ed., Trad.). Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. 2, pp. 13-27). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1895).

_____. (1996). **Fragmento da análise de um caso de histeria**. In J. Strachey (Ed. Trad.). Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. 7, pp. 15-116). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1905).

_____. (1996). **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In J. Strachey (Ed., Trad.). Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. 12, pp. 123-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1912).

_____. (1996). **Os instintos e suas vicissitudes**. In J. Strachey (Ed., Trad.). Edição standard das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. 14, pp. 115-144). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1915).

_____. (1996). **Dois verbetes de enciclopédia**. In J. Strachey (Ed., Trad.). Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas Sigmund Freud (2ª ed., v. 18, pp. 251-274). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1923).

_____. **Estudos sobre a histeria** (1893-1895). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. 2.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984/2011.

GARCIA, W. E. **Administração educacional em crise**. São Paulo: Cortez, 1991.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-142.

GONÇALVES, A.; SENA, R. A. Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 32-47, 2001.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

GUIMARAES, C. G. de. **Saúde e medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro, 1979.

GUTIERREZ-ROBLEDO L. M; AVILA-FUNES, J. A. How to include the social factor for determining frailty? **J Frailty Aging**. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288609728_How_to_include_the_social_factor_for_determining_frailty. Acesso em: 30 dez. 2018.

HÖFLING, E. de M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JARDIM, L.; ROJAS HERNÁNDEZ, M. de C. Investigación psicoanalítica en la universidad. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 529-536, 2010.

JESUS, I. T. M. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto contexto – enferm,** Florianópolis, v. 27, n. 4, p. 01-09, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e4300016.pdf. Acesso em: 30 dez. 2018.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1978.

LACAN, J. **O seminário, livro 11**. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, [1964] 1988.

_____. **O seminário, livro 1**. Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., [1953-1954] 1986.

_____. **O Seminário, livro 2**. O eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1954-1955] 1985.

_____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **O seminário, livro 5**. As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., [1957-58] 1999.

_____. **O Seminário, livro 7**. A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1959-1960] 2008.

_____. **O Seminário, livro 9**. A identificação (inédito), 1961-1962. Recife: Centro de Estudos Freudianos, 2003.

_____. **O seminário, livro 17**. O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., [1969-1970] 1992.

_____. **O Seminário, livro 15**. O Ato Psicanalítico, 1967 – 1968. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., [1967-1968] 2003.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: LACAN, J. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1958/1998. p. 591-652.

_____. Intervenção sobre a transferência. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1951/1998. p. 215-225.

LAING, R. **Sobre loucos e sãos**. São Paulo: Brasilense, 1982.

LO BIANCO, A. C. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. **Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 115-123, jul./dez. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v8n2/v8n2a03.pdf. Acesso em: 01 fev. 2019.

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (org.). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MACHADO, R. et al. **Danação da Norma**: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (org.). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

_____. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MIGUEL, Renata. As reflexões de Robert Castel sobre os conceitos de “risco” e “vulnerabilidade social”. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICA PÚBLICAS, 7., 2015, São Luis. **Anais**.... São Luis: UFMA, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3730908/mod_resource/content/1/CASTEL%201%20%282%29.pdf. Acesso em: 02 jan. 2019.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos

quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, A.M.H. (org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.117-142.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, E. G.; MACEDO, M. M. K. **Vivência de indiferença**: do trauma ao ato-dor. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

OLIVEIRA, J. A. TEXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social**: 60 anos de previdência social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesas e italianas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, J. B. **O portador de transtorno mental e as instituições psiquiátricas no imaginário social**: Araguaína 1995-2006. 2006. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em História) – Universidade Federal do Tocantins, Araguaína, 2006.

PINHEIRO, A. C. B. **Avaliação das práticas de gestão do centro de atenção psicossocial de Araguaína CAPS II – 2011**. Araguaína: UFT, 2011 (Relatório técnico científico de Pós-graduação Lato Sensu).

QUINET, A. **Os Outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

RESENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil**: Uma Visão Histórica. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde,** v. 2, out. 2008. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/865>. Acesso em: 10 jan. 2019.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à medicina social**: ensaios sobre história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora Unesp/Abrasco/Hucitec, 1994.

ROTELLI, F. A experiência da desinstitucionalização italiana: o processo Trieste. **Saúde Debate**, n. 2, jun. 1992. (Cadernos Polêmicos).

ROUDINESCO, E. **Por que a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RUSSO, J. A. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S.

(org.). **Sexualidade e saberes**: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 95-114.

SANDER, B. **Políticas Públicas e Gestão Democrática da Educação**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

SILVA, J. M. C. Políticas públicas como instrumento de inclusão social. **Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização**, Brasília, UNICEUB, v. 7, n. 2, p. 161-211, jul./dez. 2010.

SUSIN, L.; POLI, M. C. O singular na assistência social: do usuário ao sujeito. In: CRUZ, Lilian R. da; GUARESCHI, N. (org.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis: Vozes, 2016. p. 195-204.

TAVARES, A. **Políticas Públicas e a Produção da Subjetividade**. 2014. Disponível em: http://silencioq.blogspot.com/2014/11/politicas-publicas-e-producao-da.html. Acesso em: 22 fev. 2019.

TEIXEIRA, S. M. F. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES/Sonia Fleury (org.). São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface (Botucatu)**, v.10, n. 20, p.347-362, 2006. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006. Acesso em: 02 jan. 2018.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3505.pdf. Acesso em: 02 jan. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.) **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VENANCIO, A. T. **O campo da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora-Instituto Franco Basaglia, 1997.

VENOSA, S. de S. **Direito civil**: parte geral. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2013. (Coleção direito civil, v. 1)

VIOLANTE, M. L. V. **Pesquisa em Psicanálise**. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JUNIOR, N.; ROSA, M. D. (org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

YASUI, S. **CAPS**: aprendendo a perguntar. São Paulo: Hucitec, 1989.

Anexo 01 – Roteiro de entrevista

Roteiro de entrevista destinado à população pesquisada

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO

Perfil Profissional:

Qual o seu nome?
Qual sua idade?
Data de nascimento?
Sexo?
Raça/ Cor/ Etnia?
Grau de Instrução?
Profissão?
Local de Trabalho?
Endereço?
Telefone?

01. Como foi para você se formar em sua área? Você é satisfeito com a área? Acredita em sua contribuição, principalmente para a área de saúde mental?
02. Como ocorreu para você trabalhar num CAPS? Houve escolha?
03. Se houve escolha, por escolheu este lugar?
04. Como se sentiu ao saber que trabalharia no CAPS?
05. Porque escolheu trabalhar com Saúde Mental?
06. Há quantos anos você trabalha no CAPS?

Concepção de Saúde Mental:

01. Qual sua concepção de Saúde Mental?
02. Qual sua concepção sobre doença?
03. Qual sua concepção sobre Transtorno Mental?
04. Qual é o lugar da Saúde Mental na prática da sua profissão?
05. Porque estudar sobre Saúde Mental é importante para a realização do seu trabalho no CAPS?
06. De que forma os processos culturais influenciam a Saúde Mental?
07. Como você acredita que o transtorno mental se desenvolve?
08. Qual sua concepção de Cura?
09. Você acredita que transtorno mental tem Cura?
10. Como você acredita que deve ser o tratamento em caso de Transtorno mental?
11. O que considera ser papel dos profissionais diante de pessoa com transtorno mental?
12. O que considera ser o papel da sua profissão diante de pessoa com transtorno mental?
13. Descreva segundo sua concepção quais as pessoas que necessitam de atendimento no CAPS?
14. De que maneira você acredita que o tema Saúde Mental deve ser trabalhado na sociedade? Por quê?

Prática profissional e caracterização da teoria:

01. Quais são as ideias principais presentes para a realização do trabalho no CAPS?
02. Você acredita na proposta de tratamento do CAPS?
03. Porque o tipo de tratamento oferecido pelo CAPS, por alguns, é considerado como ineficiente?
04. Quais são as diferenças entre o tratamento no CAPS e outras formas de tratamento?
05. Qual o papel da Psiquiatria para a realização do tratamento oferecido no CAPS?
06. Qual o papel da sua profissão para a realização do tratamento oferecido no CAPS?
07. Até que ponto os aspectos filosóficos da Reforma Psiquiátrica interferem na sua atuação?
08. O que você entende por Diagnostico?
09. Para que serve o Diagnostico?
10. Qual a importância do Remédio para o Tratamento oferecido pelo CAPS?

Contexto de aplicação:

01. Como o profissional de sua área atua no CAPS?
02. Quais critérios você destacaria para que sua atuação melhorasse de acordo com a perspectiva de tratamento oferecida pelo CAPS?

ROTEIROs DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO SERVIÇO

Perfil:

Qual o seu nome?
Qual sua idade?
Data de nascimento?
Sexo?
Raça/ Cor/ Etnia?
Grau de Instrução?
Profissão?
Local de Trabalho?
Endereço?
Telefone?

Filiação:
Pai ou Substituto

Nome:
Idade:
Estado civil:
Tempo de União Conjugal:
Profissão:
Local de Trabalho:

Filiação:
Mãe ou Substituto

Nome:
Idade:
Estado civil:
Tempo de União Conjugal:
Profissão:
Local de Trabalho:

01. O que você está fazendo no CAPS?
02. Por que você está fazendo tratamento no CAPS?
03. Como ocorreu sua vinda inicial ao CAPS? Houve escolha?
04. Se houve escolha, por que escolheu este lugar?
05. Como se sentiu ao saber que receberia tratamento no CAPS?
06. Você acredita que necessita de tratamento?
07. O que significa para você fazer tratamento no CAPS?
08. Porque escolheu trabalhar com Saúde Mental?
09. Há quanto tempo você recebe tratamento no CAPS?
10. Como é seu tratamento no CAPS?

11. O que é Plano Terapêutico Singular?
12. Se você possui um Plano Terapêutico Singular, como este é?
13. Descreva seu cotidiano?
14. Por quais profissionais você é atendidX?
15. Você toma remédios para seu tratamento? Quantos? Quais?
16. Você acredita precisar usar remédios para seu tratamento?
17. Qual a importância do uso de remédios para o seu tratamento?
18. Como é para sua família o fato de você receber tratamento no CAPS?
19. Como é a sua relação com sua família e/ou cônjuge com você fazendo tratamento no CAPS?
20. Você acredita sofrer preconceito por fazer tratamento no CAPS?

Concepção de Saúde Mental:

01. Qual sua concepção de Saúde Mental?
02. Qual sua concepção sobre doença?
03. Qual sua concepção sobre Transtorno Mental?
04. Qual é o lugar do tratamento de Saúde Mental em sua vida?
06. De que forma você acredita que as pessoas ao seu redor influenciam em sua Saúde Mental?
07. Como você acredita que o transtorno mental se desenvolve?
08. Qual sua concepção de Cura?
09. Você acredita que transtorno mental tem Cura?
10. Como você acredita que deve ser o tratamento para o seu caso?
11. O que considera ser papel dos profissionais diante de pessoa com transtorno mental?
12. O que considera ser o papel do médico Psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social... diante de pessoa com transtorno mental?
13. Descreva segundo sua concepção quais as pessoas que necessitam de atendimento no CAPS?
14. De que maneira você acredita que o tema Saúde Mental deve ser trabalhado na sociedade? Por quê?

Prática profissional e caracterização da teoria:

01. Você sabe quais são as idéias principais presentes para a realização do seu tratamento no CAPS?
02. Você acredita na proposta de tratamento do CAPS?
03. Quais são as diferenças entre o tratamento no CAPS e outras formas de tratamento?
04. Qual o papel da Psiquiatria para a realização do seu tratamento oferecido no CAPS?
05. O que você entende por Diagnóstico?
06. Você possui Diagnostico?
07. Qual a importância do Remédio para o seu Tratamento oferecido pelo CAPS?
08. Quais critérios você destacaria para que seu tratamento melhorasse?